

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Wydział Nauk Społecznych
Instytut Psychologii

Psychologia, stacjonarne doktoranckie

Anna Maria Mańkowska

Nr albumu: 135347

**Poczucie zdrowienia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu utrzymujących
abstynencję w świetle wybranych cech podmiotowych**

Promotor rozprawy doktorskiej:
dr hab. Dorota Mącik, prof. KUL
Promotor pomocniczy:
dr Małgorzata Łysiak

Lublin, 2023

Spis treści

| | |
|--|----|
| Wstęp..... | 4 |
| Rozdział I – Wybrane aspekty problematyki uzależnienia od alkoholu oraz abstynencji | 9 |
| 1.1. Uzależnienie od alkoholu – definicja oraz kryteria diagnostyczne | 9 |
| 1.1.1. Uzależnienie od alkoholu w świetle klasyfikacji ICD-10 i ICD-11 | 9 |
| 1.1.2. Mechanizmy uzależnienia od alkoholu | 14 |
| 1.2. Wybrane koncepcje uzależnienia | 19 |
| 1.2.1. Uzależnienie jako choroba | 19 |
| 1.2.2. Typologie uzależnienia od alkoholu | 21 |
| 1.2.3. Poznawczo-behawioralny model uzależnienia | 28 |
| 1.3. Leczenie uzależniania od alkoholu..... | 31 |
| 1.3.1. Abstynencja – definicja i problematyka pojęcia | 31 |
| 1.3.2. Uzależnienie od alkoholu a abstynencja | 32 |
| 1.3.3. Formy wsparcia instytucjonalnego oraz grupy samopomocowe sprzyjające utrzymaniu abstynencji..... | 33 |
| Rozdział II – Poczucie zdrowienia w leczeniu uzależnienia od alkoholu i czynniki je wyjaśniające | 36 |
| 2.1. Problematyka poczucia zdrowienia..... | 36 |
| 2.1.1. Transteoretyczny Model Zmiany | 38 |
| 2.1.2. Etapowy model poczucia zdrowienia..... | 39 |
| 2.2. Podmiotowe czynniki poczucia zdrowienia | 42 |
| 2.2.1. Osobowość | 43 |
| 2.2.2. Prężność..... | 45 |
| 2.2.3. Perspektywa temporalna..... | 47 |
| 2.2.4. Przebaczenie | 50 |
| Rozdział III – Metodologia badań własnych..... | 52 |
| 3.1. Problematyka pracy i hipotezy badawcze | 52 |

| | |
|---|-----|
| 3.2. Operacjonalizacja zmiennych..... | 59 |
| 3.3. Procedura badań | 61 |
| 3.3.1. Kryteria doboru próby | 61 |
| 3.3.2. Sposób prowadzenia badań | 61 |
| 3.4. Charakterystyka grupy badanej | 62 |
| Rozdział IV – Analiza wyników badań własnych..... | 67 |
| 4.1. Statystyki opisowe dla zastosowanych metod badawczych..... | 67 |
| 4.2. Weryfikacja hipotez badawczych..... | 71 |
| 4.2.1. Różnice w zakresie czynników podmiotowych pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia | 71 |
| 4.2.2. Czynniki wyjaśniające poszczególne etapy poczucia zdrowienia..... | 76 |
| Rozdział V - Dyskusja wyników badań własnych | 82 |
| 5.1. Różnice w zakresie czynników podmiotowych pomiędzy osobami znajdującymi się na różnych etapach zdrowienia | 85 |
| 5.2. Predyktory poczucia zdrowienia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu na poszczególnych jego etapach | 95 |
| 5.3. Ograniczenia i kierunki przyszłych badań, implikacje praktyczne | 106 |
| Zakończenie..... | 109 |
| Streszczenie | 111 |
| Abstract | 112 |
| Bibliografia..... | 113 |
| Aneks..... | 145 |
| Spis tabel | 146 |
| Spis rysunków | 147 |
| Spis załączników | 148 |

Wstęp

Uzależnienie od alkoholu jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń związanych z używaniem substancji na świecie (CINN¹, 2020; Dao i in., 2020; EMCCDA², 2021; Rowicka i in., 2021). Dostępność i różnorodność alkoholu na rynku sprzyja jego używaniu, na co dodatkowo ma wpływ przyzwalająca postawa społeczeństwa. Osoba doświadczająca coraz częściej złudnych korzyści z picia alkoholu, takich jak chwilowe odprężenie, zapomnienie o problemach czy wrażenie uspokojenia się z czasem może uzależnić się od niego. Niezwykle trudne jest wychwycenie tej granicy, kiedy osoba traci kontrolę nad przyjmowaną substancją i w konsekwencji uzależnia się. Wówczas całe dotychczasowe życie osoby ulega zmianie, szczególnie w aspekcie myślenia, przeżywania emocji oraz podejmowania konkretnych zachowań. Niezwykle istotna wydaje się tu motywacja osoby, która może wzmacniać podejmowanie zachowań alkoholowych. Zaprzeszanie picia i decyzja abstynencji często wiąże się z podjęciem decyzji zmiany.

Abstynencja zazwyczaj jest pierwszym krokiem do zmiany, początkiem procesu zdrowienia, a więc życia w trzeźwości, które związane jest ze zmianą sposobu myślenia, stylu życia, wypracowaniem nowych strategii radzenia sobie z emocjami i aktualnymi trudnościami (Becker, 2008; Dao i in., 2020; Hershon, 1977; Modrzyński, 2017; Smith i in., 2019; Włodarczyk, 2016). Jednak programy terapeutyczne w Polsce nie są dostosowane do dynamiki procesu zdrowienia, w którym znajduje się osoba zmagająca się z uzależnieniem. Za główne kryterium uznaje się bowiem fakt czy osoba utrzymuje abstynencję czy nie. Konsekwencją takiego myślenia jest czasem kilkukrotne przechodzenie tego samego programu terapii przez jednego pacjenta. Dodatkowo oferta terapeutyczna dla osób będących na terapii po raz pierwszy i dla tych, którzy na niej już byli, jest taka sama. Pomija się fakt, że osoby decydujące się po raz kolejny na leczenie mogą wykazywać już inne potrzeby, a przede wszystkim są bogatsze o doświadczenia z poprzedniej terapii. Ponadto proces zdrowienia jest procesem indywidualnym, który składa się z poszczególnych etapów (Andresen i in., 2003; Napierała, 2013; Włodarczyk, 2016; Woronowicz, 2009).

Analizując literaturę przedmiotu można dostrzec, że badacze starali się uchwycić charakter zdrowienia osób uzależnionych. Już w latach 90-tych powstał „dynamiczny model zdrowienia” Stephani Brown (1999). Podjęła ona próbę uchwycenia opisu funkcjonowania osoby uzależnionej, wskazując 4 fazy powrotu do zdrowia (tj. faza picia, faza przejścia, faza

¹ Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

² Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii [EMCDDA].

wczesnego powrotu i faza trzeźwienia) (Brown, 1999). Nieco inaczej zdrowienie rozumieją Andresen, Oades i Caputi (2003). Zdrowienie jest w ich przekonaniu etapowym procesem, którego efektem jest spostrzeżenie przez osoby zdrowiejące swojego życia jako satysfakcjonującego, pełnego sensu i nadziei. Samych siebie natomiast zaczynają postrzegać w sposób pozytywny i odpowiedzialny (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Sam proces zdrowienia opisywany jest tu jako 5 etapów kolejno osiągniętych przez osobę na drodze do zdrowia. Początkowy etap to moratorium, w którym osoba nie uświadamia sobie istnienia problemu i nie podejmuje w związku z tym zmiany. Kolejne etapy to przechodzenie przez coraz większą świadomość problemu, podjęcie decyzji o zmianie i wprowadzanie tych zmian w życie, aż do etapu określanego jako etap rozwoju, w którym osoba osiąga zdolność do realizacji siebie w sposób adaptacyjny i dający poczucie satysfakcji (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). W trakcie tego procesu zapewne zachodzą w osobie zmiany, które z jednej z strony umożliwiają osiągnięcie kolejnych etapów w procesie zdrowienia, z drugiej – zmiany te mogą być wspomagane przez określone oddziaływania terapeutyczne.

Oddziaływania te mają za zadanie pomóc osobie zmagającej się z uzależnieniem w jego leczeniu. Na świecie istnieje wiele nurtów terapeutycznych, jednak literatura przedmiotu podaje, że najbardziej efektywną w stosunku do osób z zaburzeniem uzależnienia wydaje się terapia poznawczo-behawioralna (Beck i in., 2022; McHugh i in., 2010; Napierała, 2017). Polega ona na pracy nad przekonaniem osoby, emocjami, zachowaniami oraz na znalezieniu konstruktywnych strategii radzenia sobie (Popiel i Pragłowska, 2022; Tekin, 2018). Program leczenia odwykowego oparty głównie na technikach terapii poznawczo-behawioralnej zakłada nabycie nowych strategii radzenia sobie przez pacjenta oraz umiejętności ich wykorzystania (Adamson i in., 2009; Chodkiewicz i Gruszczyńska, 2013). Nabycie adaptacyjnych strategii radzenia sobie jest niezwykle ważne u pacjentów uzależnionych od substancji, ponieważ nie posiadają oni konstruktywnego repertuaru strategii zaradczych. Stosując zazwyczaj niekonstruktywne strategie unikowe sięgają po alkohol pogłębiając problem. Podjęcie decyzji terapii ma pomóc osobie zmagającej się z uzależnieniem przerwać funkcjonowanie w niekonstruktywnych schematach zachowania i zapoczątkować zdrowienie.

Cechy osobowości oraz prężność osobowa mogą utrudniać bądź rozwijać poczucie zdrowienia. Osoba podejmująca terapię posiada określone cechy osobowości oraz charakterystyczne dla niej nasilenie prężności, które w trakcie terapii mogą być w pewnym stopniu modyfikowane (Alim i in., 2012; Cadet, 2016; Cousijn i in., 2018; Dash i in., 2019; Franken i in., 2006; Jauk i Dieterich, 2019). Ponadto podczas procesu terapeutycznego ważną rolę odgrywa perspektywa czasowa, która w sposób istotny może określać sposób myślenia pacjenta oraz motywować go bądź nie do podejmowania kolejnych kroków terapeutycznych

(Lukavska, 2012; Przepiórka i in., 2019). Przykładowo osoba skoncentrowana na swojej trudnej przeszłości może zdrowieć wolniej, niż osoba skoncentrowana na pozytywnej przeszłości, która będzie dla niej silnym motywatorem do zmiany. Dla procesu zdrowienia istotny może być także fakt dokonania przebaczenia – wybacząc osobie, która krzywdziła lub wybacząc sobie swoje słabości – osoba może zmienić sposób myślenia taki, który uwolni ją od nieprzyjemnych emocji oraz pozwoli funkcjonować bez poczucia winy bądź krzywdy, co znacznie zwiększa poczucie komfortu życia i sprzyja zdrowieniu (Webb i in., 2015; Webb i in., 2009; Worthington i in., 2001).

Jak można dostrzec podejmowanie konkretnych działań medycznych i terapeutycznych jest kluczowe w leczeniu. Proces zdrowienia w aspekcie uzależnienia od alkoholu jest niezwykle złożony i powinien być dostosowany indywidualnie do osoby zgłaszającej się na terapię uzależnień. Złożoność tego procesu odnosi się do konkretnych cech osobowości pacjenta, jego historii życia, wcześniejszych doświadczeń czy postrzegania swojego aktualnego funkcjonowania. Celem oddziaływań terapeutycznych jest szeroko rozumiana poprawa jakości życia pacjenta, nie tylko w aspekcie uzależnienia, ale także we wszystkich obszarach jego funkcjonowania. Interesującym wydaje się zatem zbadanie, czy i w jaki sposób powyżej wskazane czynniki wiążą się z osiągnięciem kolejnych etapów zdrowienia przez osoby biorące udział w terapii wykorzystującej techniki poznawczo-behawioralne.

Tematyka poruszanych badań jest niezwykle ważna zarówno dla środowiska akademickiego, jak i terapeutycznego. Analiza literatury wykazała niedobór aktualnych badań w tym zakresie, szczególnie w obszarze podtrzymywania abstynencji oraz czynników sprzyjających jej utrzymaniu. Sprawdzenie zależności pomiędzy zaproponowanymi zmiennymi, pozwoli nie tylko na lepsze zrozumienie poczucia zdrowienia osób uzależnionych, ale także wskaże kierunki dalszych oddziaływań zdrowotnych wobec tych osób na różnych etapach zdrowienia, poprzez wykorzystanie właściwych dla etapu zasobów osobowościowych. Pozwoli więc na bardziej efektywne dostosowanie konkretnych technik terapii poznawczo-behawioralnych do etapu poczucia zdrowienia, na jakim znajduje się osoba uzależniona od alkoholu, utrzymująca abstynencję (Tekin, 2018). Zaproponowane badania mogą także pokazać kierunek krótkich interwencji, które specjalista mający kontakt z osobami uzależnionymi może wdrożyć, by przeciwdziałać tzw. nawrotom, ale także dodatkowo już na wczesnym etapie rozwoju choroby wdrożyć oddziaływania prozdrowotne.

Współczesna literatura i doniesienia z badań pozwoliły na postawienie celu naukowego projektu, jakim jest identyfikacja oraz opisanie podmiotowych czynników związanych z poczuciem zdrowienia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu utrzymujących abstynencję.

W realizacji projektu doktorskiego wzięło udział 240 mężczyzn deklarujących utrzymywanie abstynencji, u których wcześniej zdiagnozowano uzależnienie od alkoholu (zgodnie z kryteriami ICD-10). Do przeprowadzenia badań wykorzystano *Skalę Etapów Zdrowienia (STORI)*, *Kwestionariusz IPIP-BFM-20*, *Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25)*, *Kwestionariusz Postrzegania Czasu Zimbardo (ZTPI)*, *Skalę Przebaczenia Heartland (HFS)* oraz ankietę socjodemograficzną.

Niezwykle ważnym wydaje się także zwrócenie uwagi na wykorzystaną w badaniu stosunkowo nową metodę kwestionariuszową *Skalę Etapów Zdrowienia (STORI)*, którą do tej pory nie badano osób uzależnionych. Być może ujęcie zdrowienia osób zmagających się z uzależnieniem w zaproponowanym modelu pozwoli lepiej zrozumieć proces leczenia oraz zwróci uwagę na konkretne potrzeby pacjentów w odniesieniu do etapu, na którym się znajdują. Może to rzucić nowe światło na indywidualny charakter zdrowienia oraz pokazać, że zdrowienie osób uzależnionych nie kończy się z momentem zakończenia leczenia instytucjonalnego, ale trwa dalej.

Dość interesującym rozwiązaniem jest również zaproponowany układ zmiennych wyjaśniających oraz odniesienie ich do procesu zdrowienia osoby uzależnionej. Badane zmienne zazwyczaj w literaturze przedmiotu były weryfikowane rozłącznie. W niniejszej pracy postanowiono sprawdzić jak ich wzajemne zależności oddziałują na poczucie zdrowienia. Ciekawym wydaje się także zbadanie aspektu przebaczenia. Badania pokazują, że przebaczenie może być ważnym elementem leczenia. Nie sprawdzano jednak, czy dokonanie przebaczenia sprzyja zdrowieniu osoby uzależnionej, a więc tu utrzymywaniu przez nią abstynencji. Nie wiadomo również, na jakim etapie leczenia powinno stać się ono przedmiotem pracy terapeutycznej. Przegląd literatury pokazał, że nie sprawdzono także w jaki sposób osobowość czy perspektywa czasowa wpływają na poczucie zdrowienia oraz czy ta ewentualna zależność dotyczy poszczególnych etapów poczucia zdrowienia.

Niniejsza praca składa się z pięciu rozdziałów, które są poprzedzone Wstępem, a zwieńczone kolejno Zakończeniem, Bibliografią i Aneksem. Pierwszy rozdział przedstawia charakterystykę osób zmagających się z uzależnieniem. Rozdział drugi został poświęcony zagadnieniu zdrowienia. Trzeci rozdział przedstawia opis celu pracy, problematyki badawczej oraz opisu grupy. Rozdział czwarty to opis wyników przeprowadzonych analiz. Piąty rozdział to dyskusja wyników badań własnych oraz refleksja nad ich ograniczeniami i dalszymi kierunkami badań.

W tym miejscu chciałabym także złożyć serdeczne podziękowania dla osób, które przyczyniły się do powstania niniejszej pracy doktorskiej. Jako pierwszej pragnę podziękować dr hab. Dorocie Mącik, prof. KUL za nieocenioną, wielogodzinną pomoc w trakcie tworzenia

projektu pracy oraz każdą cenną wskazówkę. Dr Małgorzacie Łysiak za cenne wsparcie merytoryczne i uwagi na całym etapie tworzenia pracy. Ponadto prof. Stanisławie Steuden za wsparcie emocjonalne oraz zainteresowanie mnie tematyką zdrowienia. Dziękuję Rodzicom Marii i Zbigniewowi Mańkowskiemu za nieustanne wsparcie. Bliskim i przyjaciołom, szczególnie Justynie Nowickiej-Kostrzewskiej i dr Robertowi Modrzyńskiemu za cenne sugestie odnoszące się do pracy oraz odkrywanie dalszych kierunków rozwoju. Ponadto serdeczne podziękowania chcę skierować do pacjentów, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu oraz koleżankom i kolegom z ośrodków terapeutycznych za pomoc w ich przeprowadzaniu.

Rozdział I – Wybrane aspekty problematyki uzależnienia od alkoholu oraz abstynencji

Rozdział ten został poświęcony zagadnieniu uzależnienia od alkoholu oraz utrzymywanej abstynencji przez osoby zmagające się z uzależnieniem. Zaprezentowano w nim definicje pojęć oraz odniesiono je do współczesnych przemian społecznych, kulturowych i medycznych. Zawarto tu także typologię i charakterystykę osób uzależnionych, specyfikę ich funkcjonowania w życiu codziennym oraz opis dostępnych form wsparcia instytucjonalnego i grup samopomocowych.

1.1. Uzależnienie od alkoholu – definicja oraz kryteria diagnostyczne

Diagnozowanie uzależnienia od alkoholu wiąże się z przeprowadzeniem wywiadu diagnostycznego w oparciu o konkretne kryteria. Podczas procesu diagnozy specjalista psychoterapii uzależnień lub lekarz psychiatra posługuje się Międzynarodową Klasyfikacją Chorób (ICD) oraz zawartymi w niej kryteriami dotyczącymi uzależnienia. W 2019 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uaktualniła Klasyfikację Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania do wersji ICD-11 (Rehm i in., 2019). Obecnie w Polsce obowiązuje klasyfikacja ICD-11, jednak okres przejściowy pozwala na korzystanie jeszcze z kryteriów zawartych w ICD-10. Obok klasyfikacji ICD zaburzenia związane z używaniem alkoholu uwzględnia Amerykańska klasyfikacja DSM-5-TR, która w swojej terminologii uzależnienie nazywa zaburzeniem związanym z używaniem substancji psychoaktywnej lub substancji działającej hamująco na ośrodkowy układ nerwowy (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011; Miller i in., 2014; Morrison, 2016; First i in., 2022). Podczas realizacji prezentowanych w pracy badań obowiązującą klasyfikacją była wersja ICD-10, dlatego też tą właśnie wersją posługiwano się w celu klasyfikacji osób do uczestnictwa w badaniu.

1.1.1. Uzależnienie od alkoholu w świetle klasyfikacji ICD-10 i ICD-11

W klasyfikacji ICD-10 kryteria uzależnienia znajdują się w rozdziale: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Kategorie diagnostyczne odnoszące się do używania alkoholu obejmują kody F10 i oznaczają:

F10.0 – Ostre zatrucie;

- F10.1 – Używanie szkodliwe;
- F10.2 – Uzależnienie od alkoholu;
- F10.3 – Zespół abstynencyjny;
- F10.4 – Zespół abstynencyjny z majaczeniem;
- F10.5 – Zaburzenia psychotyczne;
- F10.6 – Zespół amnestyczny;
- F10.7 – Rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne;
- F10.8 – Inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- F10.9 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nieokreślone.

Uzależnienie od alkoholu w ICD-10 definiuje się jako: „kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji dominuje nad zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość” (WHO, 2000, s. 73). Oznacza to, że rozwój uzależnienia jest ściśle związany z podejmowanymi przez osobę decyzjami w sferze zachowań, ale również z zachodzącymi procesami poznawczymi czy określonymi odczuciami i zaburzeniami fizycznymi organizmu. Inaczej mówiąc, osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych, w tym przypadku od alkoholu, w miarę rozwoju uzależnienia doświadczają niekorzystnych zmian w swoim zdrowiu (np. martwica wątroby, problemy stomatologiczne, itp.) (Anderson, 2007; Rehm, 2004; Bogucki i in., 2013), zachowaniu (np. podejmowanie zachowań ryzykownych – jazda samochodem lub rowerem pod wpływem alkoholu) (Graham i in., 2011), myśleniu (np. działanie systemu iluzji i zaprzeczeń) (Mellibruda, 1997), emocjach (np. działanie mechanizmu nałogowego regulowania emocji) (Mellibruda, 1997) czy postrzeganiu siebie (np. działanie mechanizmu rozproszonego i rozdwojonego Ja, deprivacja potrzeb) (Oh i in., 2009). Zmiany dokonują się także w obszarze wartości oraz przekonań (Destoop i in., 2019; Hauck i in., 2020; Jakimiec, 2019; Kulikowska, i in., 2009; Włodarczyk, 2021).

Stwierdzenie uzależnienia od alkoholu wiąże się z potwierdzeniem 3 z 6 wymienionych niżej kryteriów diagnostycznych, które muszą wystąpić u osoby w przeciągu ostatnich 12 miesięcy w sposób nieregularny lub przez okres 3 miesięcy w sposób ciągły (WHO, 2000):

- 1) silne pragnienia przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania;
- 2) trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości;
- 3) fizjologiczne objawy stanu odstawienia [...], występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego, albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji, w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych;

- 4) stwierdzenie tolerancji, mianowicie w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe (typowym przykładem są osoby uzależnione od alkoholu lub opiatów, przyjmujące dobowe dawki, które u osoby bez zwiększonej tolerancji mogą być przyczyną zatrucia albo śmierci);
- 5) z powodu przyjmowania substancji psychoaktywnych – narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania;
- 6) przyjmowanie substancji, mimo wyraźnych dowodów takich jawnie szkodliwych następstw, jak: uszkodzenie wątroby na skutek intensywnego picia, stany obniżonego nastroju w wyniku okresów intensywnego przyjmowania substancji albo polekowe upośledzenie funkcji poznawczych; należy dążyć do ustalenia, czy osoba przyjmująca substancję była lub mogła być świadoma rodzaju i rozmiaru szkód.

Podczas diagnozy należy także przyjrzeć się zawężonemu repertuariowi wzorców przyjmowania substancji, np. konkretnemu miejscu, czasowi, sposobowi przyjmowania czy rodzajowi przyjmowanej substancji (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011; WHO, 2000; Woronowicz, 2009).

Kolejną istotną kategorią diagnostyczną różnicującą uzależnienie jest szkodliwe używanie alkoholu, oznaczone kodem F10.1. Szkodliwe używanie alkoholu oznacza, że osoba przyjmując alkohol naraża się na negatywne szkody: somatyczne (np. problemy z wątrobą), psychiczne (np. epizody depresji), społeczne (np. kłótnie, powtarzające się kłamstwa) (Frąckowiak i Motyka, 2015; WHO, 2000).

W najnowszej klasyfikacji chorób, ICD-11, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła szereg zmian, także w obszarze zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, mających ułatwiać wstępną diagnozę specjalistom oraz sprzyjać stosowaniu krótkich interwencji.

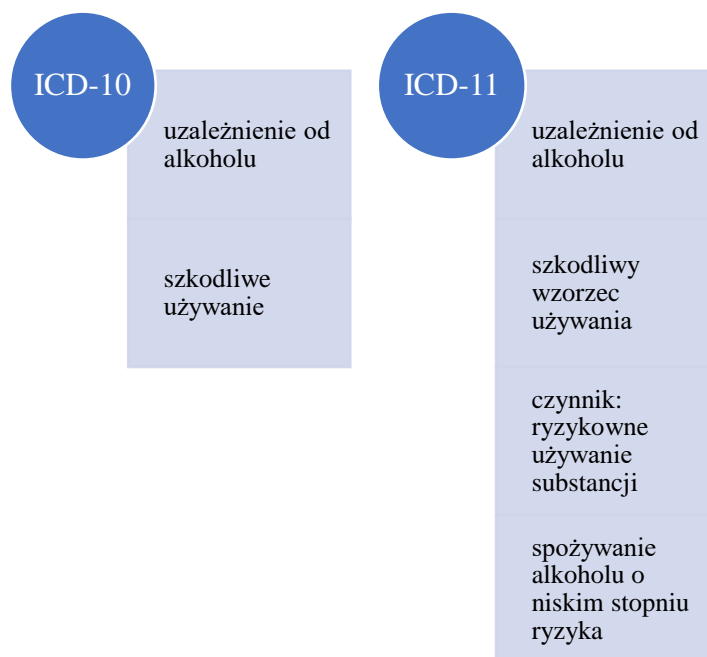
Krótkie interwencje to kilkuminutowe, 1-3 spotkania z osobą używającą substancji psychoaktywnej. Mają one na celu zwrócenie uwagi osobie na sposób i motyw sięgania po alkohol oraz na pojawiające się negatywne konsekwencje używania. Służą także wzbudzeniu motywacji do podjęcia zachowań prozdrowotnych (Modrzyński i in., 2022; Prokop, 2005). Interwencje te, prowadzone już na poziomie wstępnej diagnozy, mają ograniczyć konsekwencje związane z piciem alkoholu czy używaniem innych substancji psychoaktywnych (Prokop, 2005; Saunders i in., 2018).

Ze zmian wprowadzonych w ICD-11 w odniesieniu do używania substancji wyróżnia się (Lundin i in., 2021; Modrzyński, 2022; Matone i in., 2022; WHO, 2022):

- rozszerzenie klas substancji psychoaktywnych;
- wyszczególnienie czynnika ryzyka rozwoju uzależnienia, czyli ryzykowanego używania substancji;
- zwrócenie uwagi na szkodliwe wzorce używania substancji, które są rozpatrywane w kategoriach: ciągłego lub pojedynczego użycia substancji.

Wprowadzone zmiany wpłynęły także na różnice w zakresie rozumienia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Klasyfikacja ICD-11 rozpoznaje następujące kategorie: niepijący, spożywanie alkoholu o niskim ryzyku, ryzykowne używanie alkoholu (czynnik ryzyka), szkodliwy wzorec używania alkoholu (w tym epizod szkodliwego używania) oraz uzależnienie (Gaebel i in., 2020; Modrzyński, 2019; Reed i in., 2019; Saunders, 2017; Saunders i in, 2019). Porównanie terminologii klasyfikacji ICD-11 i ICD-10 przedstawia Rysunek.1.

Rysunek 1. Porównanie kategorii diagnostycznych w ICD-10 oraz ICD-11



Źródło: Opracowanie własne

Ryzykowne używanie substancji definiowane jest jako czynnik ryzyka rozwoju uzależnienia. Dotyczy on wzorca używania alkoholu, szczególnie w odniesieniu do ilości i częstotliwości. Przy rozpoznaniu czynnika ryzyka nie diagnozuje się zaburzenia, a jedynie wzorec zachowania, który pozostawiony bez odpowiedniej interwencji specjalisty może skutkować dotkliwymi konsekwencjami. Wzorce zachowań dotyczą ilości, częstości i sposobów przyjmowania substancji oraz podejmowania zachowań ryzykownych w czasie działania substancji psychoaktywnej, np. prowadzenia pojazdów mechanicznych, prac na

wysokości, narażenia na konflikty z prawem itp. (Poznyak i in., 2018; Iehm, i in., 2019; Saunders, i in., 2019; Wawrzyniak, 2020). Ryzykowne używanie substancji zwiększa ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji fizycznych i psychicznych (Poznyak i in., 2018; Modrzyński i in., 2022).

Szkodliwy wzorzec używania substancji w ICD-11 definiowany jest jako powtarzający się schemat używania alkoholu, który przynosi szkody: zdrowotne, fizyczne lub psychiczne u osoby używającej oraz jej otoczenia. Szkody te wiążą się ze stanem odurzenia (np. występowanie zachowań agresywnych), bezpośrednim lub wtórnym toksycznym wpływem na organizm (np. zaostrzenie przewlekłych stanów chorobowych) oraz szkodliwą drogą podania substancji (np. używanie jednej igły czy pozyskiwanie alkoholu z niepewnego źródła). Szkody w stosunku do otoczenia osoby używającej dotyczą urazów spowodowanych, np. bójkami czy wypadkami oraz napaści na innych, kiedy osoba jest pod wpływem substancji. Wzorzec zachowania powinien utrzymywać się co najmniej przez okres 12 miesięcy, kiedy osoba używa substancji sporadycznie lub przez okres 1 miesiąca w sposób ciągły, codzienny (Modrzyński, 2019; Saunders i in., 2018; WHO, 2022).

Nowym rozpoznaniem w ICD-11 jest epizod używania substancji psychoaktywnej. Stwierdza się go u osoby, która doświadczyła szkodliwych konsekwencji dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Ponadto konsekwencje te doprowadziły także do szkód u innych osób. Rozpoznanie to jest dopuszczalne w sytuacjach, kiedy specjalista, np. z oddziału ratunkowego, nie może zebrać dokładnego wywiadu z osobą będącą pod znaczącym wpływem substancji (Saunders i in., 2019; WHO, 2022).

Uzależnienie w ICD-11 definiowane jest jako zaburzenie kontroli używania substancji, które występuje w sposób ciągły lub powtarzający się. Wskutek tego osoba uzależniona nadaje alkoholowi bądź innej substancji coraz większe znaczenie, przedkładając spożywanie go nad swoje codzienne obowiązki, zainteresowania czy relacje. Postawienie diagnozy uzależnienia wiąże się z obecnością 2 lub 3 cech, które powtarzały się przez okres ostatnich 12 miesięcy okresowo lub w sposób ciągły w przeciągu 3 miesięcy. Do głównych cech uzależnienia zaliczamy (Gaebel i in., 2020; Modrzyński, 2022; Poznyak, 2017; Saunders i in., 2019; WHO, 2022):

- upośledzoną kontrolę używania substancji – dotyczy takich aspektów jak początek używania, ilość przyjmowanej substancji, intensywność używania, czas trwania i zakończenia używania. Cechom tym może towarzyszyć silna potrzeba zażycia substancji, czyli głód;
- pierwszeństwo nadane substancji przed innymi obszarami życia – osoba uzależniona przedkłada zażywanie substancji ponad inne obowiązki, role życiowe, zainteresowania,

obowiązki zawodowe, dbałość o zdrowie, itp. Nasila to doświadczanie negatywnych konsekwencji zażywania;

- objawy fizjologiczne wskazujące na neuroadaptację do konkretnej substancji. Zaliczamy tu zachowania i odczucia fizyczne osoby związane ze wzrostem tolerancji na przyjmowaną substancję oraz występujące po zażyciu objawy odstawienne, które są charakterystyczne dla danej substancji, tu alkoholu.

Stwierdzenie uzależnienia u osoby wydaje się prostsze w najnowszej klasyfikacji ICD-11, jednak specjalista patrząc holistycznie na pacjenta ma za zadanie zwrócić uwagę na wiele czynników (Gaebel i in., 2020; Poznyak, 2017; Saunders i in., 2019; WHO, 2022).

1.1.2. Mechanizmy uzależnienia od alkoholu

Uzależnienie od alkoholu uznawane jest za problem zdrowotny i społeczny (Alptekin i in., 2018; Frąckowiak i Motyka, 2015). Osoby są diagnozowane za pomocą konkretnych kryteriów diagnostycznych, jednak istotną rolę w diagnozie odgrywa także historia życia pacjenta, historia używania i związane z nią powtarzające się schematy zachowania czy współtowarzyszące uzależnieniu choroby współistniejące oraz zaburzenia psychiczne (Alptekin i in., 2018; Modrzyński, 2017). Podkreśla się również mnogość mechanizmów, jakie prowadzą do uzależnienia oraz je podtrzymują. Najważniejsze z nich zostaną pokrótce wskazane poniżej.

Czynniki neurobiologiczne

Do najważniejszych czynników neurobiologicznych zalicza się mechanizmy podatności na uzależnienie, wzmocnienia pozytywne oraz neuroadaptację (Crews i in., 2006; Edwards i in., 2010; Ewing i in., 2011; Ghin i in., 2022; Heinz i in., 2011; Wiers i in., 1994).

- Podatność na uzależnienie – wiąże się z interakcją biologicznych cech organizmu z czynnikami środowiskowymi, które prowadzą do rozwoju uzależnienia. Czynniki biologiczne związane są tu z rozwojem i specyficznymi dla danej jednostki cechami ośrodkowego układu nerwowego, które są zależne od ładunku genetycznego. Natomiast czynniki środowiskowe wypływają z otoczenia, w którym jednostka funkcjonuje. Mózg przetwarza dane napływające ze środowiska, co potwierdza interaktywność tej zależności (Clapp i in., 2009; Modrzyński, 2020; Wojnar i Brower, 2012). Ważnym czynnikiem jest także przebieg metabolizmu, który zależy od genów odpowiedzialnych za kodowanie enzymów oraz jest uwarunkowany genetycznie. To właśnie poszczególne enzymy wpływają na reakcję mózgu w odpowiedzi na spożycie alkoholu. Najczęściej

wyróżnianą reakcją w odniesieniu do podatności na działanie alkoholu jest niska tolerancja na etanol oraz brak możliwości jego szybkiego przetwarzania. Badania (ICAP, 2010; Loh i Ball, 2000) potwierdzają w tym obszarze dysfunkcję działania enzymu ALDH (dehydrogenaza aldehydowa), który powoduje drastyczną reakcję na nawet niewielką ilość alkoholu. Wśród narodowości podatnych na zaburzenie działania enzymu ALDH wymienia się: mieszkańców Azji, Żydów oraz rdzennych mieszkańców Ameryki Południowej (Gill i in., 1999; ICAP, 2010; Loh i Ball, 2000). Zaburzenie enzymu rozpoznaje się po konkretnych zachowaniach lub reakcjach organizmu występujących po zażyciu alkoholu, są to np. zaczerwienienie twarzy, kołatanie serca, bóle i zawroty głowy czy nudności. Na rozwój dysfunkcji wpływają także wzorzec i częstotliwość picia (Wall i Ehlers, 1995).

- Wzmocnienie pozytywne – alkohol i inne substancje psychoaktywne wykazują działanie wzmacniające, ponieważ ich aktywność jest ukierunkowana na konkretne struktury mózgowia, w tym przypadku na układ nagrody (Modrzyński, 2020; Wojnar i Brower, 2012). Układ ten jest ściśle związany z aktywnością neuronów dopaminowych i powiązanych z nimi szlaków neuronalnych. Szlaki dopaminowe wskazywane są jako spoiwo wszelkiego rodzaju uzależnień, zwłaszcza tych odnoszących się do konkretnych substancji psychoaktywnych (Wojnar i Brower, 2012). Przyjmując substancję psychoaktywną w obszarze układu nagrody zostają uwolnione neuroprzekaźniki (np. dopamina, serotonina, kwas gamma aminomasłowy czy endorfiny), które są odpowiedzialne za doznawanie przyjemności. Z tego powodu spożycie alkoholu czy narkotyków skutkuje doznawaniem różnego rodzaju przeżyć od euforii do uczucia błogiej ulgi (Clapp i in., 2009; Modrzyński, 2020; Wojnar i Brower, 2012).
- Neuroadaptacja – polega na przystosowaniu się mózgu poprzez zmianę swojej funkcji w taki sposób, że spodziewane efekty działania konkretnej substancji na układ nerwowy są minimalne (Clapp i in., 2009; Modrzyński, 2020; Wojnar i Brower, 2012). Początkowo po zażyciu substancji mózg wychodzi ze stanu homeostazy, po czym podejmuje próby powrotu do stanu równowagi. Jednak dalsze używanie uniemożliwia całkowity powrót do równowagi i prowadzi do wykształcenia się allostazy, czyli stanu pozornej równowagi. Wiąże się ona z powstaniem nowego punktu odniesienia związanego z obecnością substancji. Alkohol jest substancją psychoaktywną, która w złożony sposób działa na ośrodkowy układ nerwowy. Wchodzi on w interakcję z neuroprzekaźnikami i hormonami, aktywując je. Do wspomnianych neuroprzekaźników i hormonów zalicza się: kwas gammaaminomasłowy (GABA), dopamina, glutaminian, endogenne opioidy, adrenalina, noradrenalina, acetylocholina,

serotonina, kannabinoidy, CLF (hormon uwalniający kortykotropinę oraz neuropeptydy Y) (Ochwanowska i in., 2012; Sandberg, 2011; Seo i in., 2020). Obecność substancji skutkuje dalszym rozwojem patologicznych mechanizmów, natomiast jej brak prowadzi do powstania symptomów chorobowych, np. objawów odstawiennych (Clapp i in., 2009; Modrzyński, 2020; Wojnar i Brower, 2012). W wyniku wejścia w stan allostazy osoba zmagająca się z uzależnieniem podejmuje zachowania mające na celu zminimalizowanie objawów odstawiennych lub niedopuszczenie do nich (np. klinowanie) (de Miguel i in., 2019; Hogle i in., 2010; Phillips i in., 2022; Mierzejewski i in., 2022).

Czynniki środowiskowe

Drugą grupą czynników wiążących się z rozwojem uzależnienia są czynniki środowiskowe, ściśle związane z otoczeniem, w którym żyje i rozwija się osoba. Przyzwolenie kulturowe oraz akceptacja spożycia alkoholu w dużych ilościach sprzyja rozwojowi i podtrzymywaniu uzależnienia (Niewiadomska i Stanisławczyk, 2004). Wchodzenie w uzależnienie występuje zazwyczaj w konkretnym kontekście relacyjnym i społecznym. Osoba zmagająca się z uzależnieniem bowiem najczęściej funkcjonuje w środowisku, gdzie są obecne substancje psychoaktywne (Hunter-Reel i in., 2009; Nordfjaern, 2011). Ponadto wzorce przekazywane w rodzinie pochodzenia związane z używaniem substancji również wpływają na sięganie po substancje psychoaktywne przez dzieci w życiu nastoletnim i dorosłym (Trzęsowska-Greszta i in., 2017; Woronowicz, 2009). Wiele osób podczas leczenia przyznaje, że w rodzinie pochodzenia alkohol był obecny i zazwyczaj używany w celach odprężenia czy doznania przyjemności. Ważnym aspektem dotyczącym zagadnienia relacji oraz środowiska jest deprivacja potrzeb. To stan, w którym potrzeby, szczególnie poczucia bezpieczeństwa i miłości, są niezaspokajane, co prowadzi do frustracji. W konsekwencji osoba sięga po alkohol, by poradzić sobie z silnymi, nieprzyjemnymi emocjami, które przeżywa w związku z niezaspokojonymi potrzebami (Niewiadomska i Stanisławczyk, 2004).

Czynniki psychologiczne

Ostatnią dużą grupą czynników wskazywanych jako istotne w rozwoju uzależnienia są czynniki psychologiczne. Wśród nich wymienia się najczęściej cechy osobowości, odporność na stres, trudne (traumatyczne) wydarzenia czy samoocenę.

Claude Robert Cloninger wraz z zespołem (1987) wskazuje, że cechami osobowości, które mogą predysponować do uzależnienia się są: poszukiwanie nowości, unikanie konsekwencji,

zależność od gratyfikacji oraz sumienność. Wymienione przez niego cechy są ściśle związane z czynnikami biologicznymi, np. poszukiwanie nowości koreluje z układem dopaminergicznym, a zależność od gratyfikacji z układem noradrenergicznym (Bukowska, 2012; Jakubczyk i Wojnar, 2009). Podaje się również, że osoby zmagające się z uzależnieniem cechuje niska sumienność, niska ugodowość oraz wysoki neurotyzm, impulsywność (Cloninger i in., 1987; Bętkowska-Korpała i in., 2012; Bukowska, 2012).

Odporność na stres, a w zasadzie brak tej odporności również wskazywana jest jako cecha podatności, ponieważ ludzie sięgają po alkohol między innymi ze względu na nieradzenie sobie w sytuacjach stresowych (Goeders, 2003; Sarvandani i in., 2021). Ponadto badania dowodzą, że osoby uzależnione częściej są narażone na działanie stresorów różnego typu oraz o wiele rzadziej niż osoby nie zmagające się z uzależnieniem posiadają i stosują adaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem (Debell i in. 2014; Pohorecky, 1991).

Kolejnym czynnikiem osobowościowym wskazywanym przez badaczy jako czynnik ryzyka jest samoocena (Bukowska, 2012). Jest ona rozumiana jako pozytywna lub negatywna postawa wobec siebie (Bukowska, 2012; Rossenberg i in., 1965). Osoby uzależnione doświadczają szybkich i intensywnych zmian w zakresie obrazu siebie. Spożywając alkohol widzą siebie w pozytywnym świetle, natomiast trzeźwiejąc konfrontują się z konsekwencjami picia. W tym momencie zazwyczaj oceniają siebie bardzo negatywnie, tworząc pewnego rodzaju rozbieżność między Ja idealnym a Ja realnym (Bukowska, 2012; Higgins, 1989). Ponadto zauważa się, że problem niskiej samooceny jest jednym z najczęściej zgłaszanym przez osoby uzależnione podejmujące terapię (Bukowska, 2012; Steffenhagen, 1980; Zdybek i Derbis, 2018). Teorią dotyczącą rozważnego problemu jest teoria samooceny w odniesieniu do uzależnień Steffenhagena (1980). Zgodnie z tą teorią, niska samoocena skłania do sięgania po substancje psychoaktywne, by uchronić własne „Ja”. Stawianie osobie zbyt wygórowanych oczekiwań, którym nie jest w stanie sprostać skutkuje obniżeniem samooceny. By chronić swoje „Ja” i uśmierzyć nieprzyjemne emocje osoba wykorzystuje mechanizmy unikania, np. sięgnięcie po substancje psychoaktywne (Bukowska, 2012; Higgins, 1989; Rossenberg i in., 1965; Steffenhagen, 1980; Zdybek i Derbis, 2018).

Do czynników psychologicznych zaliczamy także mechanizmy uzależnienia. Zakładają one, że funkcjonowanie osoby zmagającej się z uzależnieniem z perspektywy psychologicznej odbywa się w oparciu o trzy mechanizmy uzależnienia: mechanizm nałogowego regulowania uczuć (MRU), mechanizm rozproszonego i rozdwojonego „Ja” oraz system iluzji i zaprzeczeń (SIiZ). Mechanizmy te nie działają osobno, lecz tworzą kompleksową całość zaburzając sferę emocjonalną, poznawczą i behawioralną człowieka (Frąckowiak i Motyka, 2015; Mellibruda, 1997; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011; Włodarczyk, 2014).

Mechanizm nałogowego regulowania uczuć polega na regulacji emocji przyjemnych i nieprzyjemnych za pomocą alkoholu. Pojawiające się napięcie związane z konkretnym stanem emocjonalnym budzi pragnienie uśmierzenia nieprzyjemnych emocji lub wzmacniania przyjemnych, co w pewnym momencie reguluje alkohol.

System iluzji i zaprzeczeń składa się z mechanizmów takich jak: uogólnianie, zaprzeczanie, racjonalizacja, minimalizowanie, magiczne myślenie itp. Mechanizmy te działając na osobę zmagającą się z uzależnieniem ograniczają jej świadomość w odniesieniu do zagrożeń związanych z dalszym piciem oraz podtrzymują iluzję „normalnego” funkcjonowania osoby, mimo już ponoszonych negatywnych konsekwencji picia.

Z kolei mechanizm rozproszenia i rozdwojenia „Ja” odnosi się do poczucia tożsamości osoby. Mechanizm ten uszkadza zdolność osoby do podejmowania decyzji, kierowania własnym życiem, podważa poczucie kompetencji oraz odpowiedzialności i poczucia sprawczości kierowania swoim życiem (Mellibruda, 1997; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011).

Mechanizmy te prowadzą do utraty kontroli nad życiem osoby uzależnionej od alkoholu. Może mieć ona wrażenie, że życie toczy się wokół niej, ale ona nie jest jego częścią (Frąckowiak i Motyka, 2015; Mellibruda, 1997; Włodarczyk, 2014). Z kolei pojawiająca się utrata kontroli nad życiem związana z alkoholem czy innymi substancjami psychoaktywnymi zwrótnie potęguje działanie mechanizmów (Frąckowiak i Motyka, 2015; Mellibruda, 1997; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011; Włodarczyk, 2014).

Rozpatrując problematykę uzależnienia od alkoholu w kontekście wyżej wskazanych mechanizmów i uwarunkowań, należy także zwrócić uwagę na problem nawrotów po okresie utrzymywania abstynencji. Nawrót choroby alkoholowej jest nieodłącznym elementem uzależnienia od alkoholu oraz częścią zdrowienia. Sytuacja nawrotu pojawia się w momencie, kiedy osoba najpierw podjęła i zakończyła leczenie, a następnie wróciła do picia po okresie abstynencji (Allsop i Saunders, 1997; Ledda i in., 2019).

Podczas terapii pacjent uczy się zapobiegać tzw. nawrotom. Mogą one pojawić się po zakończeniu leczenia odwykowego, z tego powodu tak ważne jest nabycie konkretnych umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Dzieje się to poprzez opracowanie wraz z terapeutą strategii radzenia sobie w sytuacji pojawienia się nawrotu, a przede wszystkim psychoedukację pacjenta, by potrafił rozpoznać jego etapowy charakter (Chodkiewicz, 2006; Sliedrecht i in., 2019). Nawrót jest procesem, a więc dzieje się w określonym czasie oraz ma konkretny przebieg, a jego konsekwencją jest powrót do zachowań sprzed terapii (Allsop i Saunders, 1997; Chodkiewicz, 2006). Pacjent po odbyciu leczenia może ulec tzw. wpadce (jest to jednorazowe wypicie alkoholu), co wiąże się z podjęciem przez niego dalszej decyzji: zaprzestania lub kontynuowania picia. Dalsze picie skutkuje powrotem nałogowych zachowań

oraz mechanizmów uzależnienia opisanych wyżej, co nazywamy nawrotem choroby alkoholowej (Allsop i Saunders, 1997; Chodkiewicz, 2006; Deutsch-Link i in., 2020).

Za główne predyktory zaistnienia nawrotu podaje się: przeżywanie trudnych sytuacji życiowych, ogólne pogorszenie stanu zdrowia oraz złamanie abstynencji powiązanej z konkretnymi zmiennymi psychologicznymi takimi jak: stres, niskie poczucie własnej skuteczności, brak wsparcia społecznego, słaby wgląd w przeżywane stany emocjonalne, niski poziom samooceny, brak akceptacji uzależnienia jako choroby, zmienne socjodemograficzne (np. miejsce zamieszkania, stan cywilny) oraz zmienne sytuacyjne (np. wizyta w lokalu, wypadki, zakochywanie się) (Amuge i Atuk, 2019; Chodkiewicz, 2006).

Warto w tym miejscu wspomnieć o terapii poznawczo-behawioralnej, z której technik korzystają terapeuci uzależnienie podczas leczenia, a która zostanie szerzej opisana poniżej. Poznawczo-behawioralna koncepcja nawrotu zakłada, że abstynencja wpływa na podwyższenie poczucia kontroli jednostki oraz jej poczucia skuteczności (Bottlender i Soyka, 2015; Chodkiewicz, 2006; Valyear i in., 2022). Znalezienie się w sytuacji podwyższonego ryzyka jest weryfikacją czy osoba sobie poradzi, jeśli tak, jej poczucie kontroli wzrasta, jeśli nie - niebezpieczeństwo nawrotu rośnie (Beck i in., 2022; Chodkiewicz, 2006). Największe zagrożenie nawrotem pojawia się około roku po zakończeniu stacjonarnego leczenia zamkniętego (Bottlender i Soyka, 2015; Chodkiewicz, 2006; Valyear i in., 2022).

Mnogość uwarunkowań uzależnienia omówionych powyżej wskazuje, że leczenie jest bardzo trudne i skomplikowane, a ryzyko nawrotów duże i wpisane w zdrowienie osoby zmagającej się z uzależnieniem. Pokazuje to, że leczenie wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta oraz dostosowania terapii do jego potrzeb. Realizacja tego celu na przestrzeni lat zaowocowała licznymi koncepcjami uzależnienia, typologiami osób uzależnionych. Powstało również wiele propozycji oddziaływań terapeutycznych, w tym protokoły w modalności poznawczo-behawioralnej, które uznawane są za jedno z najskuteczniejszych podejść w zdrowieniu osób zmagających się z uzależnieniem (Beck i in., 2022; McHugh i in., 2010; Napierała, 2017).

1.2. Wybrane koncepcje uzależnienia

1.2.1. Uzależnienie jako choroba

Już w roku 1785 dr Benjamin Rush napisał, że: „nieumiarkowane używanie spirytualiów (...) przypomina pewne choroby dziedziczne, rodzinne i zakaźne” (za: Woronowicz, 2009, s. 137).

Oznacza to zatem, że na rozwój uzależnienia mają wpływ czynniki biologiczne, społeczne i psychologiczne.

Elvin Morton Jellinek (1960) wyróżniając w swoich pracach alkoholizm przewlekły, zwrócił uwagę na czynniki wywołujące chorobę alkoholową, do których zaliczył czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne (Bowman i Jellinek, 1941; Jellinek, 1960; Woronowicz, 2009; Zhao i in., 2018). To właśnie Jellinkowi przypisuje się istotny wkład w uznanie uzależnienia od alkoholu jako choroby. (Morawska i Chodkiewicz, 2019; Woronowicz, 2009). Jellinek ponadto wskazał, że choroba alkoholowa przebiega według określonych 4 faz:

- Faza wstępna – charakteryzuje się zażywaniem alkoholu w celu doznania ulgi, przy stopniowym wzroście tolerancji na alkohol;
- Faza ostrzegawcza – pokazuje, że osoba koncentruje się na alkoholu, poprzez picie w ukryciu, poszukiwanie okazji do wypicia (np. organizacja przyjęć), piciem zachłannym. Ponadto osoba w tej fazie może odczuwać poczucie winy w związku z piciem oraz unikać rozmów dotyczących alkoholu;
- Faza krytyczna – to czas, kiedy osoba traci kontrolę na piciem alkoholu, zмага się z objawami głodu alkoholowego, poszukuje usprawiedliwień picia, reaguje agresją na osoby ze swojego otoczenia często także obwiniając je za picie. Jednostka stara się zapanować nad chorobą, np. narzucając sobie okresy abstynencji, zmieniając wzorce picia. Nie jest to jednak możliwe, przez co zмага się ona z dużym poczuciem winy, zaczyna oszukiwać siebie (np. poszukiwać bezpodstawnych usprawiedliwień picia, w które uparcie stara się wierzyć), zaniedbuje relacje interpersonalne (np. mogą pojawić się epizody bezpodstawnej zazdrości, osłabienie popędu seksualnego), ale także obszar zawodowy (np. spóźnienia do pracy, absencje) czy zainteresowań (rezygnacja z hobby). Alkohol i jego pozyskiwanie staje się centralnym punktem życia, co skutkuje dbaniem przez osobę uzależnioną o stałe utrzymanie stężenia alkoholu we krwi.
- Faza przewlekła – charakteryzuje się ciągami alkoholowymi (piciem przez wiele dni, także alkoholi niekonsumpcyjnych), płynnością w granicach moralnych, zaburzeniami w myśleniu i ocenie sytuacji, drżeniami, lękami, napadami drgawkowymi, ostrymi i przewlekłymi psychozami. Wszystkie te symptomy nieleczone mogą prowadzić do śmierci (Jellinek, 1960).

Również Światowa Organizacja Zdrowia już w 1951 roku potwierdziła, że jest to problem natury medycznej. W ICD-8 w roku 1967, problemy związane z używaniem alkoholu zostały zaliczone do zaburzeń osobowości i nerwic. Klasyfikacja ICD-10 podobnie jak ICD-11, zalicza uzależnienie od alkoholu do grupy zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (WHO, 2000; WHO, 2022). Woronowicz w swojej publikacji podaje, że

alkoholizm jest chorobą, ponieważ: „narusza stan równowagi między zdrowiem i patologią, charakteryzuje się swoistą etiologią, a wśród przyczyn zmian patologicznych obecny jest czynnik fizyczny” (2009, s. 153). Rozwijając tę myśl, możemy odwołać się do faktu, że używanie alkoholu oddziałuje na ośrodkowy układ nerwowy, zmieniając skład chemiczny mózgu, oddziałuje również na funkcjonowanie w sferze psychicznej oraz ma związek z życiem społecznym i kulturowym.

1.2.2. Typologie uzależnienia od alkoholu

Podczas pierwszych lat zajmowania się przez badaczy problemem uzależnienia od alkoholu pojawiały się próby klasyfikacji osób uzależnionych pod względem poszukiwania ich wspólnych cech prowadzących do uzależnienia (Barbor i in. 1992; Cloninger i in., 1981; Jellinek, 1960; Lesch i in., 1988; Moss i in., 2007). Klasyfikacja ta miała pomóc nie tylko lepiej zrozumieć zachowanie osób uzależnionych, ale także poznać lepiej mechanizmy odpowiadające za rozwój uzależnienia czy wskazać predyktory jego wystąpienia. Przytoczone poniżej typologie osób uzależnionych wskazują, że jest to grupa niejednorodna i wymaga indywidualnego podejścia, nie tylko poprzez diagnozę nozologiczną, ale przede wszystkim diagnozę problemową (Iwanicka i in., 2011; Morawska i Chodkiewicz, 2019).

1.2.2.1 Typologie klasyczne

Jedną z najwcześniejszych zaprezentowanych typologii osób uzależnionych od alkoholu podał Jellinek (1960), który wyróżnił i opisał 5 typów alkoholizmu:

- Typ Alfa – dotyczy osób, które mierzą się z psychologicznym uzależnieniem od alkoholu, nie radząc sobie ze stresem, niekorzystną sytuacją życiową, frustracją przy niezbyt nasilonych objawach utraty kontroli nad spożyciem alkoholu i możliwością rozwinięcia się w typ Gamma.
- Typ Beta – wyróżnia się głównie doznawanymi przez osobę somatycznymi konsekwencjami picia, które mogą doprowadzić także do uzależnienia fizycznego.
- Typ Gamma – charakteryzuje się obecnością psychicznych i fizycznych symptomów uzależnienia łącznie z utratą kontroli nad spożyciem substancji, objawami odstawiennymi oraz zmniejszoną tolerancją.
- Typ Delta – dotyczy osób, które mają umiejętność kontrolowania ilości, ale także nie potrafią powstrzymać się przed sięgnięciem po alkohol.

- Typ Epsilon – dotyczy ciągów alkoholowych, pomiędzy którymi są okresy całkowitej abstynencji.

Niektórzy z badaczy do wyróżnionych przez Jellinka typów uzależnienia od alkoholu dodają jeszcze typ Zeta. Charakteryzuje się on dopuszczeniem aktów przemocy osób będących pod wpływem alkoholu (Cierpiałkowska i Chodkiewicz, 2020; Cierpiałkowska i Ziarko, 2010; Jellinek, 1960; Leggio i in., 2009; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011; Modrzyński, 2017; Morawska i Chodkiewicz, 2019; Woronowicz, 2009).

Następną znaną typologię wraz ze współpracownikami stworzył Cloninger (1981). Wyróżnili oni 2 typy alkoholizmu: typ I i typ II. Oceny typów dokonali w oparciu o przeprowadzone badania na grupie osób adoptowanych w dzieciństwie. Brali oni pod uwagę takie zmienne jak: płeć, styl życia, zaburzenia psychiczne, uzależnienie rodziców biologicznych i adopcyjnych oraz osobowość.

- Typ I opisywany jest jako środowiskowy, dotyczący głównie kobiet, które uzależniały się po 25 roku życia. Rozwój tego typu uzależnienia od alkoholu wg Cloningera jest szybki, szczególnie u osób neurotycznych ze skłonnościami do nastrojów depresyjnych. Możemy tu zaobserwować ciągi alkoholowe z okresami całkowitej abstynencji oraz niejednokrotnie z krytycznym stanowiskiem osoby do uzależnienia. Przypuszcza się, że typ ten jest związany z zaburzeniem układu noradrenergicznego.
- Typ II dotyczy głównie mężczyzn, a uzależnienie rozpoczyna się zazwyczaj do 25 roku życia. Jest on uwarunkowany genetycznie z niewielkim udziałem środowiska życia. Możemy tu zaobserwować zachowania antyspołeczne, którym towarzyszy brak krytycyzmu, uciekanie przed sytuacjami stresogennymi, pragnienie aprobaty społecznej, ciekawość próbowania nowych rzeczy. Sam problem uzależnienia może być postrzegany przez osobę powierzchownie. Rozwój uzależnienia trwa tu dłużej niż w typie I (Cierpiałkowska i Chodkiewicz, 2020; Cierpiałkowska i Ziarko, 2010; Cloninger i in., 1981; Leggio i in., 2009; Morawska i Chodkiewicz 2019; Woronowicz, 2009).

Kolejną typologię alkoholizmu opisał Thomas F. Barbor (1992). Założył on, że grupa osób uzależnionych od alkoholu charakteryzuje się heterogenicznością, na co wpływ mają czynniki biologiczne, genetyczne, społeczno-kulturowe oraz psychologiczne. Wyróżnił on typ A i B uzależnienia od alkoholu.

- Typ A, charakteryzuje się dość późnym początkiem uzależnienia, mniej znaczące są tu czynniki genetyczne, występowanie zaburzeń psychicznych czy doświadczanych konsekwencji picia (np. konflikty z prawem). Ten typ był także postrzegany jako lepiej rokujący w procesie zdrowienia.

- Typ B reprezentują osoby, które mają w swojej historii rodziny osoby uzależnione. Zazwyczaj uzależniają się wcześniej oraz są podatne na występowanie zaburzeń psychicznych (Barbor i in. 1992; Cierpiałkowska i Chodkiewicz, 2020; Cierpiałkowska i Ziarko, 2010; Leggio i in., 2009; Morawska i Chodkiewicz 2019; Woronowicz, 2009).

Popularnie cytowaną typologią uzależnienia od alkoholu jest typologia zaproponowana przez Ottona Michaela Lescha i jego współpracowników (1988). Wyróżnili oni 4 typy osób uzależnionych od alkoholu. Typy te zostały wyróżnione na podstawie pięcioletnich badań oraz rozpatrzone w oparciu o konkretne czynniki: biochemiczne, fizjologiczne, behawioralne i kliniczne. Wyróżniono:

- Model alergii – typ I – osoba spożywa alkohol w celu wzmocnienia doznań, uzyskania przychylności grupy społecznej. Konsumpcja alkoholu wymyka się spod kontroli, osoba wypija coraz więcej alkoholu aż do upojenia. Pojawiają się pierwsze objawy abstynencyjne.
- Model lęku – typ II – dotyczy osób, które mogą mierzyć się z zaburzeniami lękowymi bądź zaburzeniami osobowości. Osoby uzależnione w tym modelu zazwyczaj mają obniżoną samoocenę, słabo rozwinięte ego, ciężko stawiać im granice, mogą przejawiać trudności w relacjach z rodziną pochodzenia. Alkohol może działać na te jednostki w sposób rozmywający granice i prowadzić do agresji, prób samobójczych czy zachowań ryzykownych.
- Model antydepresantu – typ III – dotyczy osób uzależnionych samoleczących się za pomocą alkoholu z zaburzeń psychicznych (afektywnych). Występują tu okresy abstynencji lub umiarkowanego picia. Zadaniem alkoholu w tym modelu jest wpłynięcie na nastrój jednostki czy pomoc w zaśnięciu.
- Model warunkowany – typ IV – dotyczy osób z pierwotnie uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym, które mogło nastąpić np. w okresie okołoporodowym czy we wczesnym stadium rozwojowym. Osoby te charakteryzują się ograniczonym funkcjonowaniem poznawczym, co wpływa także na jakość oddziaływań terapeutycznych. (Lesch i in., 1988).

Powyższa typologia jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych na świecie oraz była przedmiotem wielu badań w grupie osób uzależnionych (Cierpiałkowska i Chodkiewicz, 2020; Cierpiałkowska i Ziarko, 2010; Leggio i in., 2009; Lesch i in., 1988; Iwanicka i in., 2011; Morawska i Chodkiewicz 2019; Schlaff i in., 2011; Woronowicz, 2009).

Jedną z nowszych typologii jest typologia zaproponowana przez Howarda B. Mossa i jego współpracowników (2007). Wyróżnili oni 5 typów osób uzależnionych od alkoholu: młody dorosły, funkcjonujący, średniozaawansowany, młody antyspołeczny oraz przewlekły ciężki. Typy te zostały wyróżnione dzięki uwzględnieniu następujących czynników: wieku uzyskania

diagnozy uzależnienia, wieku pierwszego kontaktu z alkoholem, historii rodziny w oparciu o diagnozę uzależnienia od alkoholu, obecności zaburzeń psychicznych, oraz obecności innych zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem substancji. Typologia ta opisuje następujące grupy (Moss i in., 2007):

- Typ I – Młody dorosły – osoby w tym typie rzadko poszukują pomocy w sprawie uzależnienia od alkoholu, okres intensywnego picia jest umiarkowany, a wskaźnik chorób współistniejących oraz występowanie diagnozy uzależnienia od alkoholu w rodzinie są niskie.
- Typ II – Wysoko funkcjonujący – charakteryzuje się późnym początkiem zdiagnozowania uzależnienia od alkoholu. Cechują go niskie wskaźniki występowania zaburzeń osobowości i chorób współistniejących. Wykazano umiarkowane korelacje odnośnie wystąpienia tego typu a przypadkami uzależnienia od alkoholu w znajomym środowisku. Osoby te odznaczają się wysokim funkcjonowaniem zawodowym, rodzinnym i społecznym.
- Typ III – Średniozaawansowany – charakteryzuje się wyższym wskaźnikiem zaburzeń osobowości oraz innych chorób współistniejących. Zarejestrowano dość częste przypadki uzależnienia od alkoholu w historii rodziny.
- Typ IV – Młody antyspołeczny – u osób w tym typie uzależnienie od alkoholu rozwija się stosunkowo szybko w młodym wieku. Są to też osoby, które mogą z dużym prawdopodobieństwem przekazać wzorce uzależnienia od alkoholu swoim dzieciom/rodzinie. Osoby narażone są także na ryzyko wystąpienia depresji, choroby afektywnej dwubiegunowej, fobii społecznej, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.
- Typ V – Przewlekły ciężki – są to osoby, które zaczęły spożywać alkohol w dość młodym wieku, jednak uzależnienie rozwinęło się u nich stosunkowo późno. Charakteryzują się najdotkliwszymi objawami odstawiennymi.

Powyższa typologia wyróżnia nową podgrupę osób uzależnionych, którą możemy nazwać wysokofunkcjonującą. Jest to stosunkowo nowy kierunek w leczeniu uzależnień (Leggio i in., 2009; Morawska i Chodkiewicz 2019; Moss i in., 2007).

Grupa osób uzależnionych wysokofunkcjonujących została wyodrębniona jak wspomniano wyżej, w oparciu o badania typologiczne (Moss i in. 2007). Podczas badań zauważono, że część osób, których wzorzec i częstotliwość sięgania po alkohol wskazywały na uzależnienie, nie poszukiwała pomocy specjalistycznej. Ponadto osoby te cechowały się dość dobrym funkcjonowaniem w sferze zawodowej, społecznej i rodzinnej. Z tego powodu postanowiono wyodrębnić typ osób uzależnionych wysokofunkcjonujących (high functioning alcoholics, HFA).

Osoby uzależnione od alkoholu wysokofunkcjonujące charakteryzują się utrzymaniem pracy zarobkowej, prowadzeniem z powodzeniem gospodarstwa domowego, utrzymywaniem satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Nie rezygnują z aktywności fizycznej czy zainteresowań. Proces uzależnienia się przebiega u nich wolniej i ma odmienny charakter rozwojowy. Uzależnieni wysokofunkcjonujący sporadycznie zgłaszają się po pomoc terapeutyczną, co może być powodem działania mechanizmu systemu iluzji i zaprzeczeń, jakim jest racjonalizacja, wypieranie uzależnienia oraz brak doświadczenia negatywnych konsekwencji związanych z pićm (Moss i in., 2007; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011; Włodarczyk, 2014). Oznacza to, że osoba uzależniona sprawia wrażenie doskonale radzącej sobie z codziennością, o nienaganej reputacji, solidnym zapleczu finansowym, stylowym i zadbanym ubiorze, a sięga po alkohol w ukryciu lub w małych ilościach podczas spotkań towarzyskich czy biznesowych. Zazwyczaj poziom tolerancji na alkohol jest wysoki, choć osoba może doznawać działania objawów odstawiennych. W sferze zawodowej i naukowej osoba uzależniona wysokofunkcjonująca stara się intensywnie rozwijać oraz podnosić swoje kwalifikacje. Doświadczenie konsekwencji związanych z pićm alkoholu u tych osób odbywa się stosunkowo późno, właśnie ze względu na ich wysoki poziom funkcjonowania na zewnątrz (Benton, 2009; Morawska i Chodkiewicz, 2019; Moss i in., 2007; Zaworska-Nikoniuk, 2021).

Typologie osób uzależnionych mogą pomóc w doborze konkretnych interwencji, wdrożeniu odpowiednich działań medycznych oraz w zidentyfikowanie czynników ryzyka oraz rozwoju uzależnienia. Tabela 1 przedstawia syntetyczne podsumowanie omówionych powyżej typologii wraz z wyszczególnieniem najbardziej typowych cech.

Tabela 1. Zbiór podglądowy przedstawionych typologii osób uzależnionych od alkoholu.

| Twórca typologii | Rok | Typ | Cechy charakterystyczne |
|-------------------------|------|--------------------------------|--|
| Elvin Morton Jellinek | 1960 | Typ alfa | - nieumiejętność radzenia sobie ze stresem i frustracją |
| | | Typ beta | - somatyczne konsekwencje picia |
| | | Typ gamma | - pełne objawy uzależnienia |
| | | Typ delta | - osoba potrafi kontrolować ilość wypijanego alkoholu, ale nie potrafi powstrzymać się przed sięgnięciem po alkohol |
| | | Typ epsilon | - występowanie ciągów alkoholowych pomiędzy okresami abstynencji |
| Claude Robert Cloninger | 1981 | Typ I | - występujące ciągi alkoholowe - nastroje depresyjne |
| | | Typ II | - zachowania antyspołeczne |
| Thomas F. Barbor | 1992 | Typ A | - późny początek rozwoju uzależnienia - brak obciążenia rodzinnego |
| | | Typ B | - obciążenie uzależnieniem występującym w rodzinie |
| Otto Michael Lesch | 1988 | Typ I – model alergii | - ważny czynnik akceptacji środowiska - utrata kontroli i objawy abstynencyjne |
| | | Typ II – model lęku | - występowanie zaburzeń lękowych bądź zaburzeń osobowości - trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym |
| | | Typ III – model antydepresantu | - spożycie alkoholu ma na celu redukcję objawów chorób psychicznych |
| | | Typ IV – model warunkowy | - osoby z pierwotnie uszkodzonym układem nerwowym |
| Howard B. Moss | 2007 | Typ I – młody dorosły | - sporadyczne poszukiwanie pomocy z zewnątrz odnośnie picia |
| | | Typ II – wysoko funkcjonujący | - późny początek uzależnienia - wysokie funkcjonowanie psychospołeczne |
| | | Typ III – średniozaawansowany | - częste występowanie zaburzeń osobowości - wystąpienie uzależnienia w historii rodziny |
| | | Typ IV – młody antyspołeczny | - uzależnienie rozwija się w młodym wieku - zaburzenia w sferze emocjonalnej |
| | | Typ V – przewlekły ciężki | - dość wczesne sięgnięcie po alkohol, jednak uzależnienie rozwinęło się stosunkowo późno - silne objawy odstawienne |

Źródło: opracowanie własne

1.2.2.2. Strategiczno-strukturalna koncepcja uzależnienia i jego leczenia

Jedną z pierwszych koncepcji uzależnienia na gruncie polskim była koncepcja psycho-bio-społeczna. Została utworzona w latach 1986-1990 w ramach projektu „Ludzie pomagający ludziom z problemami alkoholowymi” realizowanym w Instytucie Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Jerzy Mellibruda tworząc tą koncepcję, zintegrował ówczesną wiedzę na temat uzależnienia, odnosząc ją do perspektywy psychologicznej, neurobiologicznej, społecznej oraz doświadczeń Wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Wraz z przedstawieniem koncepcji zaprezentowano także model terapii, który nazwano strategiczno-strukturalną psychoterapią uzależnienia (Mellibruda, 1997; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011). Przedstawiona koncepcja zakłada, że alkohol i jego spożycie niszczy podstawowe obszary funkcjonowania pacjenta, szczególnie w następujących aspektach:

- uszkodzenia instynktu samozachowawczego;
- występowania tzw. głodu alkoholowego, co wiąże się z odczuwaniem przymusu picia;
- stopniowego zanikania umiejętności samokontroli przy rozpoczęciu, ale także przerwaniu picia oraz niepowodzeniach przy próbach zaprzestania picia;
- odczuwania, nieprzyjemnego stanu związanego z doznaniem samotności, cierpienia i bezradności;
- centralizacji alkoholu w codziennym funkcjonowaniu;
- obniżonemu krytycyzmowi w odniesieniu do naruszenia ogólnie przyjętych norm społecznych czy wartości (Mellibruda, 1997).

Podkreśla się tu współdziaływanie czynników neurobiologicznych, środowiskowych i psychologicznych, co sprzyja rozwijaniu się uzależnienia – czynniki te zostały opisane już wcześniej (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011). Oprócz czynników podstawą tego modelu są mechanizmy uzależnienia: mechanizm nałogowego regulowania uczuć, system iluzji i zaprzeczeń oraz mechanizm rozdwojonego i rozproszonego „Ja”. Obecnie wciąż wskazuje się na powyższe czynniki i mechanizmy jako na sprzyjające rozwojowi lub podtrzymaniu zachowań nałogowych.

Postępowanie terapeutyczne z pacjentem w ramach prezentowanej strategii odbywa się poprzez zwiększenie jego zdolności i motywacji do utrzymywania abstynencji oraz zdrowego trybu życia, nauczania go sposobów rozwiązywania problemów życia codziennego, minimalizowania zaburzeń o podłożu somatycznym i psychicznym, polepszeniu jego

funkcjonowania w relacjach interpersonalnych z najbliższym otoczeniem (Mellibruda, 1997; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011).

Model ten do tej pory jest wykorzystywany w niektórych ośrodkach leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce (Frackowiak i Motyka, 2015; Mellibruda, 1997; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011; Włodarczyk, 2014).

1.2.3 Poznawczo-behawioralny model uzależnienia

Terapia poznawczo-behawioralna jest jedną z najbardziej polecanych i przynoszących konkretne rezultaty w leczeniu uzależnień (Beck i in., 2022; McHugh i in., 2010; Napierała, 2017). Badania potwierdzają, że leczenie oparte na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej jest równie skuteczne jak uczestnictwo w programie 12 Kroków AA czy w terapii opartej na motywacji (Finney, 2000; Marlatt, 1996; Zweben, 2001).

Podejście poznawczo-behawioralne rozumie uzależnienie jako wynik wczesnych, nieprzyjemnych doświadczeń jednostki, które prowadzą do rozwoju negatywnych przekonań kluczowych, a uzależnienie jest rozumiane jako strategia radzenia sobie z nieadaptacyjnymi przekonaniami i związanymi z nimi nieprzyjemnymi emocjami (Napierała, 2017). Praca w tym nurcie opiera się głównie na podejmowaniu interwencji psychoterapeutycznych opartych o takie mechanizmy jak: habituacja, modelowanie poznawcze, warunkowanie klasyczne, warunkowanie instrumentalne, restrukturyzacja poznawcza, wygaszanie, rozwiązywanie i strategie radzenia sobie z problemami, samokontrola (Napierała, 2017; Popiel i Pragłowska, 2022). Terapia osób zmagających się z uzależnieniem opiera się głównie na identyfikacji przekonań i postaw o charakterze dysfunkcyjnym oraz sytuacji z życia osoby, które mogły w istotny sposób wpłynąć na rozwój uzależnienia (Kurza, 2005; Maisto i in., 2000; O'Farrell i in., 1998). Niewątpliwie czynnikiem leczącym w terapii poznawczo-behawioralnej jest zmiana sposobu myślenia, a dodatkową wartością nauka lub doskonalenie umiejętności o charakterze społecznym, takich jak: funkcjonowanie w relacjach, rozwiązywanie konfliktów, stawienie granic (Kurza, 2005; Popiel i Pragłowska, 2022; Riahi, 2004).

Poznawczy model uzależnienia, jak już wspomniano, zakłada rozpoznanie dysfunkcyjnych przekonań, które odgrywają kluczową rolę w procesie uzależniania się. Przekonania te rozwijają się na przestrzeni życia osoby, opierając się o życiowe doświadczenia osoby oraz odnosząc się zazwyczaj do takich treści jak „bycie nieważnym” czy „niezasługiwanie na miłość”. Z przekonań kluczowych wynikają przekonania pośredniczące, które osoba kształtuje w oparciu o zasady panujące w domu rodzinnym czy własne doświadczenie. Zasady te zazwyczaj potwierdzają przekonania kluczowe, którymi kieruje się osoba, np. „Jeśli nie przyniosę dobrej oceny w szkole,

to rodzice nie będą mnie kochać” – zasada ta odnosi się do przekonania kluczowego, które brzmi „Jestem niekochany” lub „Jestem niewystarczający”. Przekonania kluczowe i pośredniczące są trwałe oraz aktywizują się w dorosłym życiu. Oddziałują one między innymi na sposób interpretacji różnych sytuacji przez osobę, poprzez determinowanie treści pojawiających się automatycznie myśli, przykładowo dorosły człowiek w sytuacji braku pochwały jego pracy może doświadczyć myśli: „do niczego się nadaję, wyrzucą mnie”.

Sytuacje, z którymi na co dzień zmagają się osoby powodują pojawianie się tego rodzaju negatywnych myśli, które z kolei rodzą napięcie wewnętrzne, prowadzące do odczuwania przez nią dyskomfortu psychicznego (Beck, 2011; Beck, 2020). Sytuacje takie można nazwać pewnego rodzaju wyzwalaczami. Osoba chcąc zredukować napięcie może podejmować różnego rodzaju zachowania w celu poradzenia sobie. Beck wskazuje na trzy podstawowe strategie radzenia sobie: podporządkowanie, unikanie i kompensację (2007; zobacz też: Ellis, 1999). Specyficznym rodzajem strategii unikania jest sięganie po substancje psychoaktywne, aby zmniejszyć nasilenie odczuwanych emocji. Sięganie po lampkę wina na rozluźnienie może jednak z czasem przekształcić się w uzależnienie (Kleszczewska-Albińska, 2022; Modrzyński, 2012).

Niezwykle istotne miejsce w podejściu poznawczo-behawioralnym ma regulacja emocji, która polega na stosowaniu strategii radzenia sobie (konstruktywnych bądź nie) w konfrontacji z odczuwanymi emocjami (Beck i in., 2022; King i in., 2012; Liese i Tripp, 2018; McHuhg i in., 2010; Popiel i Pragłowska 2022). Badania potwierdzają, że praca nad regulacją emocji w nurcie poznawczo-behawioralnym wpływa korzystnie na utrzymanie abstynencji – warto przytoczyć tu badania przeprowadzone przez Berking i współpracowników (2011). Przeprowadzili oni badania w grupie 116 pacjentów poddanych oddziaływaniom terapii poznawczo-behawioralnej, głównie w obszarze przeciwdziałania nawrotom, pracy nad motywacją oraz treningowi umiejętności społecznych. Po zakończeniu wykazano, że 50% badanych pacjentów utrzymywało abstynencję przez przynajmniej 3 miesiące (Berking i in., 2011). Oznacza to, że praca nad regulacją emocji u pacjentów zmagających się z uzależnieniem jest bardzo ważna.

Osoba zmagająca się z uzależnieniem najczęściej zmagają się z nieprzyjemnymi emocjami, które wpływają na wzrost napięcia emocjonalnego. W zachowaniu osoby możemy wówczas zauważyć izolowanie się od innych, objadanie się, atakowanie innych czy zwiększoną drażliwość. W celu redukcji napięcia osoba zaczyna poszukiwać strategii poradzenia sobie, chcąc wyregulować emocje. Pacjenci zmagający się z uzależnieniem zazwyczaj sięgają po problematyczne strategie radzenia sobie (np. sięganie po alkohol lub inne substancje psychoaktywne), które tylko w pozorny, chwilowy sposób redukują napięcie (Leahy i in., 2014).

Warto w tym miejscu zauważyć, że osoby uzależnione najczęściej tłumaczą powrót do picia niemożnością poradzenia sobie z własnymi uczuciami (Marlatt, 1996; Rahill i in., 2009). To właśnie przykre stany emocjonalne są podawane jako jedne z predyktorów nawrotu uzależnienia (Marlatt, 1996).

Model uzależnienia w ujęciu poznawczo-behawioralnym możemy przedstawić jako model tworzenia błędnych kół. Został on przedstawiony na Rysunku 2.

Rysunek 2. Model uzależnienia w podejściu poznawczo-behawioralnym.



Źródło: Opracowanie własne. Na podstawie: Beck i in., 2007; Beck i in. 2022.

Jak przedstawiono na rysunku, najpierw pojawia się sytuacja wyzwalająca wewnętrzna (np. konkretna emocja) lub zewnętrzna (np. spotkanie osoby, z którą osoba spożywała zazwyczaj alkohol). Następnie uruchamiają się przekonania pośredniczące oraz myśli automatyczne odnoszące się do alkoholu, np. „Jak się napiję to się uspokoję”. One wyzwalają pragnienie substancji psychoaktywnej. W tym momencie pojawiają się także tzw. myśli przyzwalające, które skłaniają osobę do sięgnięcia po alkohol, np. „Może nikt się nie dowie” lub „Przecież 30-stkę ma się raz w życiu”. Następnie osoba ulegając treściom myślowym sięga po alkohol, co

skutkuje jego konsumpcją. Częste powtarzanie takiego schematu prowadzi do rozwoju uzależnienia lub do jego całkowitego nawrotu (Beck, 2007; Beck, 2022).

1.3 Leczenie uzależnienia od alkoholu

1.3.1 Abstynencja – definicja i problematyka pojęcia

Abstynencja jest pojęciem ściśle związanym i kojarzonym z leczeniem osób zmagających się z uzależnieniem oraz stosowanym w lecznictwie w tym obszarze. Abstynencja definiowana jest jako zaprzestanie przyjmowania substancji psychoaktywnej. Taką definicję abstynencji przyjął pierwszy nastawiony właśnie na abstynencję model terapii Minnesota, znany także pod nazwą model abstynencji (Kaskutas i Subbaraman, 2010; McElrath, 2011). Został on utworzony w 1950 roku, a jednym z jego głównych założeń było zaprzestanie picia zarówno przy pomocy profesjonalistów, jak i wyszkolonego personelu nieprofesjonalistów, głównie z kręgu Anonimowych Alkoholików (Anderson i in., 2008; Borkman i in., 2008; Winters i in., 2000). Obecnie Modrzyński (2017) przyjmuje, że decyzja o podjęciu abstynencji jest momentem kryzysu, w którym osobie mogą towarzyszyć nieprzyjemne trudności i doświadczenia. Włodarczyk (2016) natomiast przyjmuje, że abstynencja to zaprzestanie picia, a trzeźwość polega na zmianie sposobu życia, myślenia, odczuwania, podejmowania działań. Oznacza to, że podjęcie przez osobę decyzji abstynencji wiąże się z dużą zmianą, która społeczeństwu może wydawać się prosta i łatwa do osiągnięcia, jednak dla osoby uzależnionej wiąże się z ogromnym wysiłkiem. Ponadto warto zwrócić uwagę, że terminy abstynencja i trzeźwość są używane zamiennie, co jest błędem. Abstynencja jest zaprzestaniem picia, natomiast trzeźwienie jest procesem – którego początkiem może być właśnie abstynencja. W konsekwencji osoba zmienia swój sposób myślenia czy podejmuje próby wychodzenia z dysfunkcyjnych zachowań (Modrzyński, 2017; Włodarczyk, 2016). Odstawienie alkoholu niesie za sobą również możliwość wystąpienia stanów lękowych i depresyjnych (Becker, 2014; Dao i in., 2020; Hershon, 1977; Smith i in., 2019), które dodatkowo utrudniają wprowadzenie zmiany w życie. Abstynencja w świetle badań własnych jest traktowana jako zaprzestanie picia oraz początek procesu zdrowienia. Abstynencja nie zawsze jest jednak związana z rozpoczęciem leczenia, choć wiele osób z tym ją utożsamia. Spora grupa osób uzależnionych podejmuje decyzję o samodzielnym wprowadzeniu i utrzymaniu abstynencji, bez pomocy konkretnych instytucji lub grup samopomocowych (Modrzyński, 2017). Jest jeszcze grupa osób, która rezygnuje z podtrzymywania abstynencji już na początku leczenia, nie wchodząc wcale w dalsze oddziaływania prozdrowotne.

Często decyzja o abstinencji determinowana jest obawami, emocjami, wcześniejszymi doświadczeniami (np. mierzeniem się z objawami odstawiennymi) czy wpływami środowiska, w którym funkcjonuje osoba uzależniona (Włodarczyk, 2016).

Decyzja podjęcia abstinencji związana jest z konkretną motywacją osoby uzależnionej. W badaniach przeprowadzonych przez Amodeo i Kurtz (1998) osoby pijące problemowo, a utrzymujące podczas badania 3 miesięczną abstinencję, za powody decyzji niepicia podawały: relacje rodzinne, zdrowie fizyczne oraz powody materialne. Bernards (2009) wraz z zespołem wskazali podobne motywy decyzji abstinencji: brak zainteresowania pić, jego szkodliwość dla zdrowia oraz straty finansowe. Z kolei Peannay (2018) wskazuje na takie powody niepicia jak zdrowie, styl życia (lepsza praca, więcej możliwości, rodzina), niedopuszczenie do przemocy oraz wiara w możliwość uniknięcia substancji. Rosansky i Rosenberg (2020) w swoich badaniach wyróżnili takie motywy podjęcia abstinencji jak: brak zainteresowania pić na korzyść innych aktywności rekreacyjnych, obawy związane z negatywnymi konsekwencjami sięgania po alkohol oraz niechęć do odurzających efektów działania alkoholu czy względy zdrowotne. Z przytoczonych badań wynika więc, że motywy zaprzestania sięgania po alkohol u osób pijących problemowo oscylują wokół aspektów zdrowotnych, relacji rodzinnych, względów finansowych oraz przeniesienia zainteresowania z alkoholu na aktywności rekreacyjne. Wskazuje to na ważny kierunek w zdrowieniu osób uzależnionych – nie wystarczy bowiem zaprzestać picia, ale przede wszystkim należy wzbudzić w osobie motywację do niesięgnięcia po alkohol przez poszukiwanie konkretnych korzyści, które daje abstinencja. Korzyści te powinny być namacalne dla osoby uzależnionej oraz zaspokajać te same potrzeby, które wcześniej iluzorycznie zaspokajał alkohol (Barrio i in., 2021; Horrell i in., 2020; Rosansky i Rosenberg, 2020).

1.3.2 Uzależnienie od alkoholu a abstinencja

Uzależnienie od alkoholu i abstinencja są pojęciami ściśle ze sobą związanymi. Kojarzone są z czynnym okresem zażywania, próbami odstawienia i utrzymania abstinencji oraz z nawrotem uzależnienia. Wcześniejsze programy terapeutyczne oparte np. o filozofię modelu Minnesota, zakładały bezwzględną abstinencję od alkoholu (Cook, 1988; Leppo i Hecksher, 2011; Winters i in., 2000). Obecnie podczas leczenia osoba uzależniona we współpracy z terapeutą decyduje, jaki kierunek przyjmuje terapia: ograniczenia picia, redukcji szkód czy dążenia do całkowitej abstinencji. Kierunki te zostaną opisane poniżej.

Wybór ograniczenia picia nie jest proponowany wszystkim osobom podejmującym leczenie. Program ten nastawiony jest na wypracowanie ograniczonego wzoru spożywania alkoholu

zgodnie z ustalonym, razem z terapeutą planem picia, który zawiera ilość, częstotliwość, kontekst, czas i miejsce spożywania. By osoba mogła skorzystać z takiego rodzaju terapii zaleca się, by (Anderson, 2010; Bętkowska-Korpała i in., 2021; Conigrave i in., 2021; Klingemann i in., 2005; Motta-Ochoa i in., 2023):

- nie miała przeciwwskazań zdrowotnych (takich jak: ciąża, cukrzyca, choroby układu krążenia, wątroby, trzustki, padaczka, niedokrwistość, zaburzenia psychiczne, podczas leczenia których stosowane są leki wchodzące w interakcję z alkoholem);
- nie nadużywała alkoholu więcej niż 10 lat;
- nie ponosiła już poważnych negatywnych konsekwencji picia;
- miała wsparcie społeczne;
- była aktywna zawodowo;
- nie chciała podjąć decyzji całkowitej abstynencji.

Najkorzystniejsze rezultaty pracy nad ograniczeniem picia wykazują osoby, u których zdiagnozowano stopień lekki uzależnienia wg DSM-5 lub picie szkodliwe wg ICD-10 (Anderson, 2010; Bętkowska-Korpała i in., 2021; Conigrave i in., 2021; Klingemann i in., 2005; Motta-Ochoa i in., 2023).

Redukcja szkód jest programem mającym ograniczyć szkody zdrowotne, psychologiczne i społeczne. Przeznaczona jest dla osób, które nie chcą utrzymywać abstynencji, były wiele razy leczone odwykowo w programie nastawionym na abstynencję oraz mają problem z jej utrzymaniem (Anderson, 2010; Bętkowska-Korpała i in., 2021; Conigrave i in., 2021; Klingemann i in., 2005; Miller i Munoz, 2006; Motta-Ochoa i in., 2023).

W badaniach przeprowadzonych do celów tej pracy wzięły udział osoby, które podjęły decyzję o całkowitej abstynencji od alkoholu.

1.3.3 Formy wsparcia instytucjonalnego oraz grupy samopomocowe sprzyjające utrzymaniu abstynencji

Obecnie w Polsce osoba zmagająca się z uzależnieniem może skorzystać z form leczenia zamkniętego oraz ambulatoryjnego. Wszelkie wytyczne odnoszące się do leczenia odwykowego w Polsce reguluje:

- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1983 r. – Rozdział 2. Postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu;

- Ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw z dnia 24 listopada 2017 r.;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu.

Instytucjonalne leczenie uzależnienia od alkoholu w Polsce obrazuje różne formy leczenia zamkniętego lub ambulatoryjnego.

Przez leczenie zamknięte rozumie się pobyt osoby na oddziale szpitalnym przez okres od 6 do 8 tygodni. Taki charakter leczenia jest odpowiedni dla osób, którym trudno jest utrzymać abstynencję na co dzień oraz kiedy mają znaczne trudności w dojeździe do placówek ambulatoryjnych. Innym rodzajem placówek odwykowych jest oddział dzienny.

Leczenie na oddziale dziennym trwa od 6 do 8 tygodni, podczas którego pacjent od poniedziałku do piątku uczestniczy w intensywnych sesjach indywidualnych i grupowych. Osoby pracujące zawodowo mogą otrzymać zwolnienie z pełnienia obowiązków. Pacjenci po odbyciu leczenia w placówce stacjonarnej oraz dziennej są kierowani do placówek ambulatoryjnych.

Placówki ambulatoryjne proponują osobom zmagającym się z uzależnieniem spotkania indywidualne ze specjalistami psychoterapii uzależnień 1 lub 2 razy w tygodniu oraz sesje grupowe, które zazwyczaj odbywają się 1 raz w tygodniu. Terapia ambulatoryjna trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. Nie wymaga od osoby rezygnacji z obowiązków życia codziennego, pracy czy wyjazdu na dłuższy okres czasu z miejsca zamieszkania. Ten rodzaj terapii przeznaczony jest dla osób niemogących podjąć terapii zamkniętej, będących po leczeniu zamkniętym, a chcących kontynuować proces zdrowienia zapoczątkowany w placówce zamkniętej oraz dla osób, u których stopień zaawansowania uzależnienia nie jest głęboki.

Ważnym elementem na początku zdrowienia, dla pacjentów pijących destrukcyjnie są Oddziały Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych. Leczenie na tych oddział trwa około 10 dni. Czas pobytu jest zależny od stanu zdrowia pacjenta oraz przebiegu terapii motywacyjno-terapeutycznej, która ma charakter krótkiej interwencji mającej na celu zmotywowanie pacjenta do podjęcia dalszych kroków leczenia (Bukowska, 2013; Fudała i Dąbrowska, 2013; Hoffman, 2022; PARPA: <https://parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/system-lecznictwa-odwykowego>).

Pozainstytucjonalną formą wsparcia są grupy samopomocowe. Jedną z nich jest Wspólnota Anonimowych Alkoholików - organizacja skupiająca i wspierająca osoby zmagające się z uzależnieniem na całym świecie. Spotkania AA odbywają się wśród różnych środowisk etnicznych, rasowych, przyciągając zarówno kobiety, jak i mężczyzn (Kelly i in., 2020; Kołodziej, 2020). Głównym warunkiem uczestnictwa w grupie AA jest chęć zaprzestania picia

alkoholu. Grupa nie jest związana z instytucjami zewnętrznymi, publicznymi. Ważną rolę w zdrowieniu wg członków AA odgrywa Program 12 Kroków, który ma za zadanie „uzdrowić” i pomóc odzyskać balans w życiu osoby zmagającej się z uzależnieniem (Anonimowi Alkoholicy, 2018; Chrost, 2020; Kołodziej 2020). Istotnym wydaje się stanowisko, że Program 12 Kroków AA pokrywa się swoim zamysłem z technikami wykorzystywanymi w terapii poznawczo – behawioralnej – oba podejścia bazują na zmianie procesu myślenia oraz zmianie zachowania (Breuninger i in., 2020; Kołodziej, 2020).

Badania nad skutecznością uczęszczania na mitingi AA i długości utrzymywania abstynencji pokazują, że osoby uczęszczające na mitingi przynajmniej 1 raz w tygodniu przez okres co najmniej 6 miesięcy o wiele dłużej utrzymywały abstynencję (Kaskutas, 2009; Kołodziej, 2020; Timko i in., 2014). Ponadto coraz więcej specjalistów psychoterapii uzależnień łączy oddziaływanie terapeutyczne z zachęceniem pacjenta do uczestniczenia w mitingach AA.

Uzależnienie od alkoholu oraz utrzymywanie abstynencji są elementem procesu zdrowienia. Proces ten jest niezwykle złożony, a jego zadaniem jest przygotowanie osoby do społecznego funkcjonowania na poziomie dla niej zadowalającym. Skuteczność tego procesu zależy od wielu czynników, w tym od czynników osobowościowych osoby, które mogą być zasobami umożliwiającymi zdrowienie. Literatura podaje wiele grup czynników (Jauk i Dieterich, 2019; Moriarty i in., 2011; Przepiórka i in., 2019; Webb i in., 2015), których znaczenie zostało potwierdzone w badaniach. W tej pracy przyjęto, że istotne dla wyjaśniania procesu zdrowienia mogą być osobowość, prężność, perspektywa czasowa oraz przebaczenie. Zostaną one szczegółowiej omówione w kolejnym rozdziale.

Rozdział II – Poczucie zdrowienia w leczeniu uzależnienia od alkoholu i czynniki je wyjaśniające

Rozdział ten został poświęcony zagadnieniu poczucia zdrowienia oraz czynnikom, które związane są ze zdrowieniem i mogą ten proces wyjaśniać. Zaprezentowano w nim definicje zmiennych, które są przedmiotem analiz w tej rozprawie oraz odniesiono je do współczesnych przemian społecznych, kulturowych i medycznych.

2.1. Problematyka poczucia zdrowienia

Problematyka zdrowienia jest złożona i odnosi się do specyfiki oraz przebiegu konkretnego zaburzenia. Jedną z propozycji rozumienia tej złożoności proponuje Fitzpatrick (2002), który rozpatruje to pojęcie w odniesieniu do modelu medycznego czy modelu rehabilitacyjnego. Model medyczny traktuje dane zaburzenie, z którym zmagają się osoba jako chorobę, a zdrowienie odnosi się do powrotu do funkcjonowania jednostki sprzed zdiagnozowania zaburzenia. Model rehabilitacyjny zakłada, że pomimo nieuleczalności choroby pacjent może wrócić dzięki określonym oddziaływaniom do pozornie „normalnego” życia, podobnego do tego sprzed diagnozy.

Przedstawione modele zdrowienia nie spełniają jednak oczekiwań pacjentów. Przykładowo model medyczny zakłada wyleczenie, co nie jest tożsame ze zdrowieniem. Mimo ustąpienia objawów choroby pacjenci mogą nadal odczuwać dyskomfort związany z chorobą lub jej skutki w codziennym funkcjonowaniu. Ponadto chorzy, u których nie są widoczne objawy choroby, np. chorujący psychicznie mogą nie czuć się zdrowymi, a ich funkcjonowanie często nie wraca na taki poziom jak sprzed choroby.

Andresen wraz z zespołem (2003) wskazuje model psychologiczny, który ma być odpowiedzią na wątpliwości i potrzeby pacjentów. Zakłada on, że zdrowienie polega na satysfakcjonującym i sensownym życiu, odzyskaniu pozytywnej tożsamości, nadziei oraz samostanowieniu o sobie. Oznacza to, że pacjent podczas zdrowienia zaczyna nie tylko akceptować chorobę i ograniczenia, które się z nią wiążą, ale także odzyskuje poczucie integralności i wpływu na swoje życie. Zdrowienie więc, to nie tylko brak objawów chorobowych, powrót do dawnych aktywności czy radzenie sobie z czynnikami stresogennymi, ale przede wszystkim indywidualny proces mający na celu odzyskanie satysfakcjonującego

życia wraz z odzyskaniem pozytywnego obrazu siebie i poczuciem sprawczości (Andresen i in., 2003).

Pojęcie zdrowienia (w aspekcie: zdrowia psychicznego, dobrego samopoczucia psychicznego, nadziei, odporności i regeneracji) jest niezwykle ważne u osób chorujących przewlekle, mających świadomość, że ich chorób nie da się wyleczyć, a jedynie zaleczyć (Andresen i in., 2006). Zdrowienie jest procesem, który składa się z konkretnych faz czy etapów, związanych z poddaniem się przez pacjenta oddziaływaniom medycznym i terapeutycznym, które dokonują się czasie i powodują zaleczenie choroby przewlekłej. Zaleczenie to nie powinno być utożsamiane z powrotem do stanu sprzed zachorowania. Zdrowienie jest bowiem szeregiem zmian dokonywanych przez pacjentów w różnych aspektach życiowych, które umożliwiają powrót do codziennego funkcjonowania z chorobą (Bronowski i Chotkowska, 2016). Proces zdrowienia jest czasem, podczas którego pacjenci uczą się żyć z chorobą, nabywają nowych postaw, często zmieniają swoje wartości, na nowo wchodzą w relacje społeczne oraz pełnione role. Proces ten rozpoczyna się, kiedy chorzy są w trakcie oddziaływań terapeutycznych i medycznych lub już je zakończyli. W tym czasie na nowo nabywają zdolności do samodzielnego funkcjonowania w aspekcie życia społecznego, zawodowego, duchowego, relacyjnego (Andresen i in., 2006; Bronowski, Chotkowska, 2016). Podobne znaczenie zdrowienia występuje w grupie osób zmagających się z uzależnieniem. Zdrowienie z choroby alkoholowej obejmuje nie tylko zmianę postaw, wartości, ale przybraniem nowej tożsamości, integracji myśli i uczuć (Bronowski, 2012). Ważne jest także wypracowanie odpowiednich strategii zaradczych odnośnie głodu alkoholowego i zapanowania nad stresem czy złością (Wojnar i Brower, 2012).

Jak wspomniano wcześniej, zdrowienie to nie tylko akceptacja choroby, ale powrót do codziennego funkcjonowania z chorobą. Podobne rozumienie zdrowienia w kontekście osób zmagających się z uzależnieniem, zaprezentowała w swoim modelu Stephania Brown (1999), w którym wyodrębnia ona 4 fazy powrotu do zdrowia – picia, przejścia, wczesnego powrotu i trzeźwienia. Znaczące byłoby rozszerzenie i zaktualizowanie tej wiedzy, ze względu na pojawiające się coraz to nowsze rodzaje przyjmowanych substancji psychoaktywnych, pojawiające się nowe formy pomocy (np. online) oraz zmieniającej się specyfiki grupy osób uzależnionych, gdzie wcześniej choroba ta była utożsamiana głównie z konkretną grupą środowiska zmarginalizowanego, dziś natomiast alkoholizm jest coraz częściej nazywany chorobą cywilizacyjną.

Jedne z pierwszych rozważań nad problematyką zdrowienia dotyczą m.in. obszaru uzależnień (Davidson i White, 2007). Aktualnie powszechnie podczas terapii uzależnień jest wykorzystywany Transteoretyczny Model Zmiany, który ma wpływać na zdrowienie osób

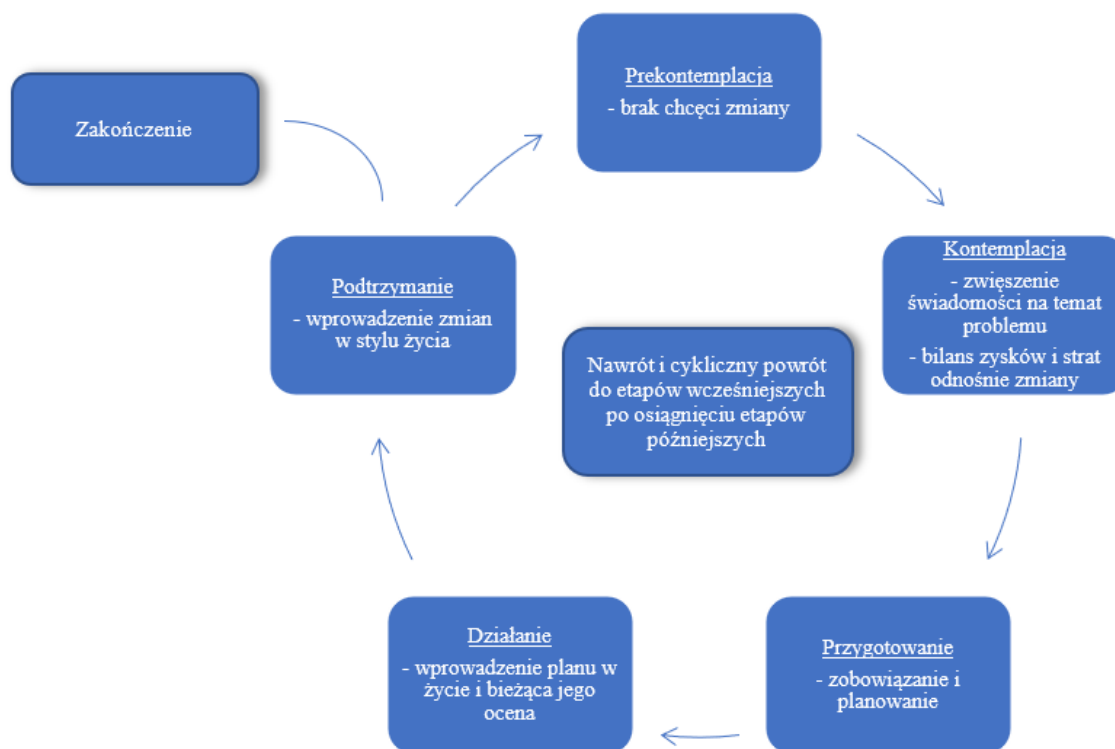
zmagających się z uzależnieniem poprzez dokonywanie konkretnych zmian w zachowaniu osoby.

2.1.1. Transteoretyczny Model Zmiany

Moment, w którym osoba uzależniona decyduje się na leczenie jest niezwykle istotny, ponieważ często wiąże się z konkretnymi oczekiwaniami osoby, ale także obawami. Decyzja o leczeniu rozpoczyna proces zdrowienia, w którym następują konkretne zmiany.

Jednym z najbardziej rozpowszechnionych modeli zmiany jest Transteoretyczny Model Zmiany (TMZ) Jamesa Prochaski i Carlo DiClemente (Prochaski i DiClemente, 1986; Davidson, 1992; Leyton i in., 2019; Watakakosol i in., 2021). Model ten obejmuje 5 etapów: prekontemplacja, kontemplacja, przygotowanie do zmiany, działanie oraz podtrzymanie zmiany. Graficznie model przedstawia Rysunek 3.

Rysunek 3. Schemat etapów modelu przechodzenia zmiany.



Źródło: Opracowanie własne. Na podstawie Connors i in. (2015, s. 27).

Etap prekontemplacji charakteryzuje się brakiem chęci zmiany u osoby uzależnionej, ponieważ może ona nie dostrzegać jej potrzeby. Zazwyczaj otoczenie osoby może wywierać presję do podjęcia przez nią leczenia, jednak deklaracje z jej strony są tu bez pokrycia. Etap ten wiąże się z poczuciem braku sprawstwa oraz poczuciem bezsilności. Przejście do etapu kontemplacji wiąże się z uświadomieniem problemu uzależnienia, jego obecnych negatywnych konsekwencji oraz doświadczeniem troski i zainteresowania. Osoba zaczyna myśleć o zmianie, jednak nie podejmuje jeszcze decyzji, między innymi ze względu na odczuwany lęk przed dokonaniem zmiany lub przewagę zysków nad kosztami. Jeśli osoba podejmuje już decyzję, zazwyczaj szybko się z nich wycofuje. Etap przygotowania rozpoczyna się w momencie podjęcia decyzji do zmiany. Osoba wykazuje postawę gotowości do zmiany zachowania i istnieje duże prawdopodobieństwo wdrożenia przez nią w życie zaproponowanych strategii radzenia sobie. Zdarza się, że odwleka realizację zamierzonych działań. Następnym etapem zmiany jest etapem działania i wiąże się on z wyznaczeniem celów oraz planu działania. Etap ten polega na zmianie nieadaptacyjnego zachowania oraz znalezieniu takich strategii zaradczych, które będą pomocne w zapobieganiu nawrotom niepożądanego zachowania. Etap ten kończy się umiejętnym stosowaniem wypracowanych strategii przez okres co najmniej 6 miesięcy oraz poczuciem zwiększenia samoskuteczności. Kolejnym następuje etap podtrzymania zmiany, który wiąże się z podtrzymaniem wprowadzonych zmian zachowania, stosowaniem konkretnych strategii radzenia sobie oraz dalszymi zmianami w stylu życia. Rozwiązanie problemu następuje w momencie zaniku pokusy zachowań według starego wzorca (Connors i in., 2015; Modrzyński, 2017; Prochaska i DiClemente, 1986).

Model ten jest wykorzystywany często do pracy z osobami uzależnionymi, którzy podejmując terapię wprowadzają konkretne zmiany w swoim zachowaniu, co ma wpływać na ich zdrowienie, a co się z tym wiąże radzeniem sobie z uzależnieniem w codzienności. Wydaje się, że alternatywą lub uzupełnieniem dla przedstawionego wyżej modelu TMZ może być etapowy model poczucia zdrowienia.

2.1.2. Etapowy model poczucia zdrowienia

Etapowy model poczucia zdrowienia powstał w oparciu o przekonanie, że oddziaływania medyczne i terapeutyczne powinny być nastawione na powrót do szeroko rozumianego poczucia zdrowia, a nie jedynie akceptację i ustabilizowanie objawów choroby. Andresen wraz ze współpracownikami (2003) zaproponowali etapowy model zdrowienia, który w literaturze określany jest często jako model powrotu do zdrowia czy model poczucia zdrowienia. Został on stworzony w oparciu o zebrane doświadczenia pacjentów, którzy otrzymując diagnozę choroby

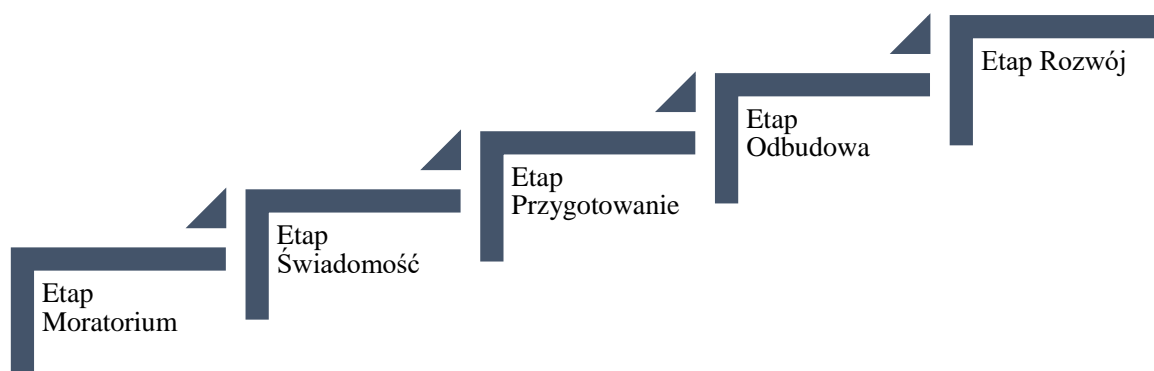
schizofrenii odczytywali ją jako „przepowiednię zagłady”, odsuwając od siebie wszelką nadzieję na prowadzenia satysfakcjonującego życia z chorobą. Z czasem okazało się jednak, że wielu pacjentów zmagających się ze schizofrenią zaczęło pokonywać problemy i konsekwencje związane z chorobą oraz prowadzić satysfakcjonujące życie codzienne (Andresen i in., 2003). Ta obserwacja wpłynęła na zmianę stanowiska, że choroba przewlekła nie musi być wyrokiem, związanym ze stale pogarszającym się stanem zdrowia pacjenta (Andresen i in., 2003).

W pierwszym kroku analizy tych doświadczeń badacze wyodrębnili kluczowe procesy, wpływające na zdrowienie osoby, określne także jako komponenty zdrowienia. Są to:

- odzyskiwanie nadziei;
- odbudowa tożsamości;
- znalezienie sensu życia;
- podejmowanie odpowiedzialności za swój powrót do zdrowia.

Komponenty te reprezentują specyficzny, zmieniający się stan psychologiczny pacjenta, który jest w trakcie oddziaływań terapeutycznych i medycznych. Dodatkowe przeanalizowanie szeregu badań jakościowych pozwoliło badaczom na wyodrębnienie pięciu etapów poczucia zdrowienia (Andresen i in., 2006). Etapy te przedstawiono schematycznie na Rysunku 4.

Rysunek 4. *Etapowy model poczucia zdrowienia*



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Andresen i in., 2003; Andresen i in., 2006.

Moratorium jest początkowym etapem zdrowienia. Charakteryzuje się wycofaniem z życia społecznego, poczuciem straty oraz beznadziei. Osoba będąca na tym etapie może nie

mieć celów życiowych i przeżywać poczucie straty. Kolejnym etapem jest etap świadomości. Etap ten charakteryzuje się uświadomieniem, że nie wszystko jest jeszcze stracone, a życie nadal może okazać się satysfakcjonujące. Osoba może także zacząć dostrzegać, że sama choroba nie definiują ją jako człowieka. Następnym etapem jest etap przygotowania. Etap przygotowania jest momentem sporządzenia bilansu mocnych i słabych stron dotyczących zdrowia oraz podejmowania działań prozdrowotnych (w tym poszukiwania pomocy instytucjonalnej, jak i u osób zmagających się z podobnym problemem). Jest to także moment rozpoczęcia pracy nad odzyskaniem poczucia zdrowia. Etap odbudowy jako kolejny etap zdrowienia pokazuje, że osoba stara się dążyć do odbudowania pozytywnej tożsamości oraz wyznacza konstruktywne cele. Jest to moment przejmowania kontroli nad swoim życiem oraz podejmowania ryzyka, które może także skutkować porażkami. Doświadczanie porażek jednak na tym etapie nie wiąże się z poddaniem, ale podejmowaniem kolejnych prób już z wykorzystaniem nabytego doświadczeniem. Ostatnim etapem jest etap rozwoju. Etap rozwoju to prowadzenie satysfakcjonującego życia, w którym osoba cechuje się odpornością na niepowodzenia oraz pozytywnym poczuciem własnej wartości. Osoba stara się samodzielnie kontrolować chorobę. Może być to czas, w którym obecne są jeszcze objawy somatyczne choroby, jednak osoba tu wie już jak sobie z nimi radzić. Etap ten jest wynikiem procesu zdrowienia (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003).

Etapowy model poczucia zdrowienia skupia się na indywidualnym doświadczeniu choroby, jak i radzenia sobie z nią. Związane jest to z elastycznym charakterem modelu pod względem ram czasowych i oddziaływań wykorzystywanych do zdrowienia. Oznacza to, że każdy pacjent odnajduje specyficzne dla siebie źródła nadziei, sensu doświadczanych trudności oraz buduje swoją własną, pozytywną tożsamość, a to z kolei wiąże się z konkretnym etapem odzwierciedlającym aktualny etap poczucia zdrowienia (Andresen i in., 2006).

Etapowy model zdrowienia oraz Transteoretyczny Model Zmiany są do siebie bardzo podobne. Oba skupiają się bowiem na procesie zdrowienia, w którym kluczowe jest dokonanie i podtrzymanie zmiany. Dążenie do niej jest w obu przypadkach ujmowane jako proces i podzielone na konkretne etapy. Ponadto w poszczególnych etapach zarówno TMZ, jak i etapowego modelu zdrowienia możemy dostrzec pewne podobieństwa. Przykładowo prekontemplacja charakteryzująca się brakiem chęci zmiany, poczuciem beznadziei może pokrywać się znaczeniem z etapem moratorium, w którym także brak sensu, nadziei i chęci zmiany są charakterystyczne.

Przedstawiony model zdrowienia i jego komponenty wpisują się w zmaganie z uzależnieniem od alkoholu. Osoby będące w terapii uzależnień odzyskują nadzieję, odnajdują sens w minionych trudnych doświadczeniach oraz odbudowują swoją tożsamość, nie tylko jako

osoby uzależnionej, ale przede wszystkim jako człowieka pełniącego określone role społeczne, mającego pasje czy wyznaczającego realistyczne cele na przyszłość. Zapoczątkowanie zdrowienia wiąże się jednak z konkretnymi zasobami, związanymi między innymi z określonymi predyspozycjami osobowościowymi. Wybrane zmienne osobowościowe weryfikowane w niniejszym projekcie badawczym zostaną poniżej pokrótce scharakteryzowane.

2.2. Podmiotowe czynniki poczucia zdrowienia

Wielu badaczy, specjalistów uzależnień, zastanawia się nad efektywnością procesu zdrowienia osób uzależnionych. Obecnie podczas leczenia osoba uzależniona we współpracy z terapeutą decyduje jaki kierunek przyjmuje terapia: dążenie do całkowitej abstynencji, redukcji szkód czy ograniczenia picia (Bronowski i Chotkowska, 2016; Connors i in., 2015; Modrzyński, 2017). Utrzymanie abstynencji jest nie tylko zaprzestaniem picia, ale przede wszystkim zmianą myślenia, stylu życia, wypracowaniem nowych strategii radzenia sobie z emocjami i aktualnymi trudnościami, co wpływa na poczucie zdrowienia i całokształt procesu terapeutycznego (Becker, 2008; Dao i in., 2020; Hershon, 1977; Modrzyński, 2017; Smith i in., 2019; Włodarczyk, 2016).

Shiffman (1997), badając czynniki wpływające na powrót do używania substancji psychoaktywnych, wymienia cechy podmiotowe jednostki, takie jak:

- osobowość,
- temperament;
- zmienne sytuacyjne – do których zalicza wydarzenia stresowe i problemowe oraz wyzwalacze (rozumie je jako wahania nastroju, nieprzewidziane sytuacje problemowe czy też przebywanie w otoczeniu działania bodźców związanych z używaniem substancji).

Uważa on, że powrót do używania substancji jest związany z wystąpieniem wszystkich trzech czynników. Tym samym więc proces terapeutyczny powinien opierać się na wprowadzeniu takich strategii zaradczych, które zminimalizują działanie powyższych czynników (Chodkiewicz, 2001; Shiffman, 1997). Na początku zdrowienia działanie tych czynników jest jednak bardzo silne i może wpływać na decyzję o terapii czy abstynencji osoby zmagającej się z uzależnieniem (Chodkiewicz, 2001; Jakubczyk i Wojnar, 2009; Mikołajczyk, 2007).

Początkowy etap zdrowienia wiąże się nie tylko z doświadczaniem przez pacjentów głodów alkoholowych, ale także innych stresorów, takich jak: wysoki poziom lęku (Chiu, 2014; Sarvandani i in., 2021), zaburzeń depresyjnych (Sarvandani i in., 2021) czy stresu pourazowego (Goeders, 2003; Sarvandani i in., 2021; Vallejo i Amaro, 2009). Dodatkowo badania

przeprowadzone przez López-Pelayo i jego współpracowników (2019) pokazują, że aż 72,9% osób w pierwszym roku abstynencji jest narażona na nawrót choroby alkoholowej. Oznacza to, że nabycie strategii radzenia sobie, zwiększenie samoświadomości, odbudowanie poczucia własnej wartości, nabycie wiedzy, którą pacjent będzie mógł wykorzystać po zakończeniu leczenia, przeciwdziałają nawrotowi uzależnienia i są ważnymi predyktorami w utrzymaniu abstynencji (Chodkiewicz, 2006).

Literatura wskazuje na bardzo różnorodne zmienne mogące mieć znaczenie dla procesu zdrowienia. Do najczęściej wskazywanych należy osobowość, która traktowana jako zbiór cech warunkuje rozwój uzależnienia (np. wysoki poziom cechy ekstrawersji, niski ugodowości), ale może także sprzyjać zdrowieniu (np. wysoki poziom sumienności) (Arpaci i Unver, 2020; Franken i in., 2006; Miller, 1991; Nikbin i in., 2021). Obok osobowości badacze wskazują także na prężność, która ma za zadanie wspierać osobę w przezwyciężaniu trudności oraz pomóc jej poradzić sobie z traumatycznymi wydarzeniami z przeszłości (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Jej niskie natężenie wskazywane jest jako czynnik ryzyka rozwoju uzależnienia. Z tego powodu coraz więcej badaczy twierdzi, że rozpatrywanie jej powinno być także w odniesieniu do zdrowienia (Cadet, 2016; Robertson i in., 2018). Warto zwrócić także uwagę na przyjmowaną przez osobę perspektywę czasową, która według badań odgrywa ważną rolę w rozwoju uzależnienia oraz postawie wobec leczenia (Apostolidis i in., 2006; Przepiórka i in., 2019). Ponadto aspekt przebaczenia, który jest obecny w psychoterapii uzależnień, może znacząco wpływać na proces zdrowienia oraz czas utrzymywania abstynencji (Webb i in., 2009; Worthington i in., 2001; Zarzycka i in., 2017).

Zaproponowane i opisane poniżej zmienne zostały wybrane, ponieważ w różnym stopniu wpływają na przebieg procesu terapeutycznego, być może również na poczucie zdrowienia (Chodkiewicz, 2006; Czabała, 2006). Ponadto przeprowadzone dotąd badania nie zweryfikowały oddziaływania wybranych zmiennych jednocześnie na proces zdrowienia, a jedynie były to pojedyncze, wybrane zmienne. Warto dodać, że zmienne takie jak osobowość czy prężność są rozpatrywane głównie w odniesieniu do rozwoju uzależnienia. Warto zatem zweryfikować, w jakim stopniu te zmienne wyjaśniają poczucie zdrowienia.

Jednym z podstawowych czynników wpływających na zdrowienie jest osobowość, której cechy bezpośrednio wpływają na podejście do terapii oraz zmian, jak i zachowanie jednostki.

2.2.1. Osobowość

Osobowość i jej ocena na początku leczenia odwykowego jest niezwykle ważna dla całego procesu terapeutycznego. Charakterystyka osobowości z uwzględnieniem jej mocnych

i słabych stron wydaje się kluczowa przy ustalaniu celów leczenia, planowania i realizacji konkretnych oddziaływań terapeutycznych, jak i medycznych (Jakubczyk i Wojnar, 2009).

Dotychczasowe badania nad osobowością potwierdzają jej związek z rozwojem uzależnienia od alkoholu (Betkowska-Korpała i in., 2012; Gąsior, i in., 2008; Gąsior i in., 1994; Jakubczyk i Wojnar, 2009; Paderewska, 2019). Najczęściej podaje się związek uzależnienia (od alkoholu, nikotyny, hazardu, zachowań seksualnych) z takimi cechami osobowości, które są związane ze zwiększoną potrzebą stymulacji (Graff i Gendaszek, 2002; Mikołajczyk, 2007; Zuckerman i Kuhlman, 2000; Gerra i in., 2004; Stępień, 2004; Arnett, 1996). W badaniach nad tą zależnością szczególnie wykorzystywany jest Pięcioletniowy Model Osobowości (PMO) Costy i McCrae (1992), w którego skład wchodzi następujące cechy: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna (neurotyczność), otwartość na doświadczenia. Model ten pozwala na przeprowadzenie analizy nie tylko pojedynczych cech osobowości, ale umożliwia także eksplorację całej jej struktury. Ponadto zakłada się, że cechy te są realne, mają status niezmiennych uniwersalnych oraz uwarunkowanych biologicznie (Betkowska-Korpała i in., 2012; Costa i McCrae, 1992; Paderewska, 2019).

Wśród najczęściej wymienianych cech osobowościowych w odniesieniu do osób uzależnionych wymienia się cechy stabilności emocjonalnej (neurotyczności). Betkowska wraz z zespołem (2012) wykazali, że osoby zmagające się z uzależnieniem cechują się wysoką neurotycznością oraz niską sumiennością. Oznacza to, że osobę uzależnioną cechuje duża lękliwość, wysoki poziom napięcia, drażliwość oraz poczucie osamotnienia i bezradności. Osoba ta łatwo poddaje się działaniu silnych emocji, jak i zмага się z niskim poczuciem własnej wartości. Może wykazywać trudności w planowaniu czy braniu odpowiedzialności za konkretne zachowania i decyzje (Bottlender i Soyka, 2005; Paderewska, 2019). Kolejną wymienianą cechą, sprzyjającą rozwojowi uzależnienia jest impulsywność. Wyjaśnienie problematyki oddziaływania tej cechy na uzależnienie podejmował wcześniej Cloninger wraz z zespołem (1981; zobacz też: Jakubczyk i Wojnar, 2009), którzy włączyli ją do opisu profilu funkcjonowania osób zmagających się z uzależnieniem o typie II, który cechuje się występowaniem zachowań antyspołecznych (por. Tabela 1). Podobnie Babor i jego współpracownicy (1992; zobacz też: Jakubczyk i Wojnar, 2009) włączyli tę cechę w swoją typologię osób uzależnionych umiejscawiając ją w tzw. typie B uzależnienia, charakteryzującym się negatywnym przebiegiem oraz większą skłonnością do nawrotów choroby (por. Tabela 1).

Wśród pozostałych cech osobowościowych, wpływających na rozwój i podtrzymywanie używania substancji psychoaktywnych najczęściej wymienia się m.in.: poczucie niepewności (Ghislieri i in., 2022; Liese i in., 2020; Zhang i in., 2022), brak zaufania

(Fisher i in., 2008; Hall i in., 2022; Merrill i in., 2002; Reyre i in., 2013), niskie poczucie sprawczości (Canali i n., 2021; De Pirro i in., 2019; Riddle i in., 2015).

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na osoby rozpoczynające leczenie. U pacjentów tych stwierdzono negatywny związek z taką cechą osobowości jak otwartość (Bętkowska-Korpała, 2012; Hopwood i in., 2007). Możemy zatem wnioskować, że osoby uzależnione trafiające na leczenie cechuje pewnego rodzaju sztywność zachowania. Dodatkowo osoby decydujące się na leczenie cechuje wyższy poziom sumienności i neurotyczności (Bottlender i Soyka, 2005; Bętkowska-Korpała, 2012; Ruiz i in., 2003).

Istotnym wydaje się także zwrócenie uwagi na siłę oddziaływań terapeutycznych mających wpływ na zdrowienie osób uzależnionych, w tym natężenie ich cech osobowości. Gąsior wraz ze współpracownikami (1994) wykazali, że pacjent podczas oddziaływań terapeutycznych na oddziale doznaje szeregu zmian osobowościowych. Między innymi, u pacjentów wzrosło natężenie regulacji potrzeb dotyczących dążenia do wyznaczonych celów oraz zainteresowanie relacjami interpersonalnymi (Gąsior i in., 1994). Cechy osobowości wpływają również na sposób przeżywania nieprzyjemnych emocji oraz stresu, co jest niezwykle ważnym zagadnieniem zarówno podczas terapii, jak i jej zakończeniu (Pugsley, 2002; Simanjutak i Ko, 2021). Osoby posiadające wysoki poziom neurotyczności, jak wyjaśniają Bolger i Schilling (1991) są bardziej zestresowane oraz podatne na oddziaływanie stresu. Możemy zatem przypuszczać, że takie osoby będą gorzej znosiły sytuacje stresogenne, a co się z tym wiąże, będą bardziej narażone na sięganie po substancje psychoaktywne w celu uśmierzenia napięcia czy nieprzyjemnych emocji. Wiadomo również, że neurotyczność jest predyktorem rozwoju uzależnienia (Sinha, 2008). Oznacza to, że osoby zmagające się z uzależnieniem będąc w trudnych dla siebie sytuacjach mogą reagować nadmiernie nerwowo i lękowo, co wpływa na obniżenie ich jakości życia, ale także obniżenie poczucia sprawczości. Wydaje się zatem, że niezwykle ważną dla osób uzależnionych właściwością osobowości może być prężność.

2.2.2. Prężność

Ogińska-Bulik i Juczyński (2008) przedstawiają prężność jako specyficzną właściwość osobowości, która ma być pomocna w radzeniu sobie tak z wydarzeniami traumatycznymi, jak i stresem codziennym czy oddziaływaniem nieprzyjemnych emocji. Niektórzy badacze ujmują prężność szerzej – nie tylko jako właściwość osobowości, ale także jako złożone procesy, które wpływają na dobre przystosowanie i przyczyniają się do rozwoju jednostki w sytuacjach doświadczenia zagrożeń czy przeciwności losu (Ai i Hu, 2016; Cao i in., 2022; Connor

i Davidson, 2003; Gąsior i in., 2016). Prężność zatem, bazując na powyższych definicjach powinna sprzyjać przystosowywaniu się do zmieniających się sytuacji życiowych czy podejmowaniu odpowiednich strategii zaradczych (w sferze emocjonalnej, strategii radzenia sobie), które mają wspierać jednostkę (Duda, 2021; Moriarty i in., 2011; Ogińska-Bulik, 2014). W niniejszych badaniach posłużono się definicją prężności rozumianej jako specyficznej właściwości osobowości (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008).

Prężność stała się w ostatnim czasie popularnym przedmiotem badań naukowych. Tematyka badań skupia się szczególnie wokół następujących zjawisk, takich jak: stresującego dorastania w wymagających warunkach życiowych i społecznych, ale również opisu wewnętrznych (np. mocne strony osoby), jak i zewnętrznych zasobów jednostki (np. wsparcie społeczne), które przeciwdziałają negatywnym konsekwencjom sytuacji (Duda, 2021; Lee i in., 2012). Jednym z obszarów badań jest również pozytywna adaptacja pomimo poniesionych kosztów lub wcześniejszych porażek (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008).

Powyższe obszary wskazują, że prężność zawiera w sobie wymiar biologiczny, społeczny i kulturowy, które to mają wpływ na funkcjonowanie osoby w określonym środowisku (Dębski, 2021; Duda, 2021; Gąsior, 2018; Moriarty i in., 2011). Jest to niezwykle ważne w odniesieniu do sytuacji osób zmagających się z uzależnieniem, które z trudnymi doświadczeniami z przeszłości starają się zmienić swoje życie, czerpiąc właśnie z tych doświadczeń naukę.

Prężność może wpływać także na przebieg oddziaływań terapeutycznych i medycznych podczas terapii uzależnień (Ogińska-Bulik, 2014; Robertson i in., 2018). Leczenie jest czasem, kiedy osoba wraca wspomnieniami do trudnych przeżyć, które mogły mieć wpływ na rozwój uzależnienia, ale także do takich, które podtrzymywały picie. Nabywanie umiejętności radzenia sobie z trudnymi wydarzeniami ma zatem znaczenie w przebiegu leczenia, jak i utrzymania abstynencji już po zakończeniu terapii. Rolą prężności jest tu umożliwienie pacjentowi przystosowania się do zmieniających się warunków sytuacyjnych, które odbywają się w konkretnym miejscu i czasie, a które mogą być dla niego stresogenne (Duda, 2021; Moriarty i in., 2011; Ogińska-Bulik, 2014; Tekin, 2018). Ponadto prężność wpływa na wyższe poczucie własnej wartości oraz pewności siebie czy samodyscypliny (Konaszewski i Muszyńska, 2019; Luthar 2003; Luthar, 2015). Obszary te są niezwykle ważne w leczeniu uzależnień, ponieważ zwiększając pewność siebie oraz poczucie własnej wartości osoba odzyskuje poczucie sprawstwa oraz odważniej podejmuje decyzje dotyczące życia codziennego. Wpływa to także na jej większe poczucie kontroli. Badania pokazują również, że wyższy poziom prężności zmniejsza ryzyko uzależnienia od jedzenia czy przeciwdziała negatywnym konsekwencjom działania stresu (Ogińska-Bulik i in., 2015).

Badania Konaszewskiego i Muszyńskiej (2019) potwierdzają, że prężność i inne zasoby osobiste (takie jak: zachowania zdrowotne, orientacja sprawcza, orientacja wspólnotowa) wpływają na wzrost satysfakcji z życia, co przekłada się na większe zaangażowanie w leczenie odwykowe. Podobne wnioski z badań zaprezentował Dębski (2021), gdzie prężność psychiczna, rozumiana jako odporność psychiczna oraz elastyczna umiejętność podejmowania działań w trudnych sytuacjach, korelowała pozytywnie z satysfakcją życia, co przekładało się na wzmocnienie motywacji do leczenia pacjentów uzależnionych. Dodatkowo badania Ogińskiej-Bulik (2014) potwierdzają, że prężność u osób biorących udział w leczeniu odwykowym koreluje dodatnio z zadowoleniem z życia – szczególną rolę odgrywają tu takie składowe prężności jak: otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, wytrwałość i determinacja w działaniu oraz kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji.

Możemy zatem wnioskować, że prężność odgrywa ważną rolę w procesie terapeutycznym, podczas którego osoba nabiera konkretnych strategii radzenia sobie, co po jego zakończeniu może przekładać się na czas utrzymywania abstynencji. Prężność ma za zadanie pomóc zmierzyć się osobie z dotychczasowymi wydarzeniami. Dokonuje się to w konkretnym czasie. Sama osoba rozpoczynając terapię jest także osadzona w konkretnej perspektywie czasowej. Oznacza to, że może podjąć decyzję leczenia lub abstynencji będąc myślami w swojej przeszłości, dewaluując teraźniejszość czy negując przyszłość. Istotną zatem oprócz prężności wydaje się także weryfikacja perspektywy czasowej.

2.2.3. Perspektywa temporalna

Perspektywa temporalna definiowana jest przez Philipa G. Zimbardo i Johna Boyda (1999; 2009) jako sposób postrzegania czasu, tego co się w nim dzieje i jakie osoba nadaje temu osobiste znaczenie. Zwiększenie świadomości nadawania znaczenia konkretnej perspektywie czasowej wpływa na sposób reagowania osoby. Ponadto prowadzi do przyjęcia przez jednostkę perspektywy najbardziej dla niej korzystnej. Osoby zmagające się z uzależnieniem często nie potrafią odciąć się od przeszłości, żyć teraźniejszością i planować przyszłość. Natomiast przyjęta perspektywa determinuje zachowanie osoby (Chodkiewicz i Nowakowska, 2011; Dąbrowska, 2022; Moskalewicz i Schwarts, 2020; Przepiórka i Błachnio, 2016; Zimbardo i Boyd, 1999; Zimbardo i Boyd, 2009). Zimbardo i Boyd (1999; 2009; zobacz także: Zimbardo i in., 2013) zaproponowali model perspektywy czasowej oparty o następujące wymiary:

- Negatywna przeszłość (*past negative*) – osoby przybierające tą perspektywę są skupione na sytuacjach z przeszłości, które nie przyniosły im korzyści. Sytuacje te są

wciąż dla nich realistyczne, często odtwarzane w pamięci, co wpływa na ich postrzeganie siebie głównie w odniesieniu do niskiej samooceny oraz wystąpienia zaburzeń depresyjnych czy lękowych (Dąbrowska, 2022; Kairys, 2010; Niškiewicz, 2016; Zimbardo i Boyd, 1999; Zimbardo i Boyd, 2009; Zimbardo i in., 2013);

- Pozytywna przeszłość (*past positive*) – osoby przybierające tą perspektywę są skupione na takich sytuacjach z przeszłości, które przyniosły im radość oraz przyjemność. Wpływa to na podejmowanie zachowań prozdrowotnych, ograniczenie poziomu niepokoju, jak również pozwala na rzeczywistą interpretację wydarzeń (Dąbrowska, 2022; Daugherty i Brase, 2010; Zimbardo i Boyd, 1999; Zimbardo i Boyd, 2009; Zimbardo i in., 2013);
- Teraźniejszość fatalistyczna (*present fatalistic*) – osoby przybierające tą perspektywę są skupione na sytuacjach odbywających się „tu i teraz”. Osoba nie planuje przyszłości, ale również nie zastanawia się nad przeszłością. Jest to perspektywa sprzyjająca rozwojowi uzależnienia. Osoby przyjmujące tą perspektywę podejmują spontaniczne decyzje bez racjonalnego odniesienia do przeszłości i przyszłości. Mogą bagatelizować ewentualne konsekwencje swojego zachowania czy minimalizować przebyte doświadczenia. Dodatkowo bardziej skupiają się na potrzebach i emocjach innych, jednocześnie doświadczając frustracji własnych potrzeb (Dąbrowska, 2022; Zimbardo i Boyd, 1999; Zimbardo i Boyd, 2009; Zimbardo i in., 2013);
- Hedonistyczna teraźniejszość (*present hedonistic*) – osoby przybierające tą perspektywę są skupione, podobnie jak w teraźniejszości fatalistycznej, na aktualnych sytuacjach. W tym jednak przypadku cechą wyróżniającą jest koncentracja na sytuacjach przynoszących intensywne wrażenia. W tej perspektywie nie ma miejsca na zachowanie polegające na odroczeniu gratyfikacji. Osoby żyjące tą perspektywą są towarzyskie, odczuwają wzmogoną radość, ale także nie wyciągają wniosków z obecnej sytuacji czy unikają odczuwania smutku;
- Przyszłość (*future*) – osoby przybierające tą perspektywę są skupione na sytuacjach, które mogą przynieść im sukces. Potrafią odroczyć gratyfikację, ale także poszukują nagrody oraz podejmują ryzyko w oparciu o zaplanowaną strategię (Dąbrowska, 2022; Zimbardo i Boyd, 1999; Zimbardo i Boyd, 2009; Zimbardo i in., 2013).

Perspektywa temporalna ma wpływ na postawy, przekonania i wartości jednostki, które wpływają na podejmowanie przez nią decyzji (Borisenkow i in., 2022; Dąbrowska i in., 2021). Jedną z pierwszych refleksji osoby uzależnionej, u której rozpoczął się proces zdrowienia jest uświadomienie sobie, że potrzebuje zmiany i pomocy w procesie zmiany (Sobell, 1993; Żulewska, 2005). Diagnoza uzależnienia od alkoholu i późniejsza weryfikacja przyczyn jego

powstania są związane z przeżyciem silnego stresu, co może wpływać na percepcję czasu jednostki. Osoby otrzymujące diagnozę mogą skupić się na perspektywie czasowej terażniejszej i bardzo konkretnie ograniczyć planowanie czy wyznaczanie celów, co ma związek z niepewnym patrzeniem w przyszłość (Dąbrowska i in., 2021; Carstensen, 2006; Furmańska i in., 2019; Kemp, 2020; Stolarski, 2016; Zawadzka i Bryczek, 2012). Ma to zazwyczaj miejsce na początkowych etapach zdrowienia, podczas których osoba może kierować się przede wszystkim motywacją zewnętrzną lub nie być w pełni gotowa na wprowadzenie zmian związanych z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

Badania nad perspektywą temporalną dowodzą, że za jej pośrednictwem dokonuje się modyfikacja i regulacja zachowań, uwzględniając historię życia i doświadczenie osoby. Postrzeganie konkretnej perspektywy determinuje także podejmowanie bądź nie zmian (Dąbrowska, 2022; Rzepa, 2014; Zimbardo i Boyd, 1999; Zimbardo i Boyd, 2009). Może to wpływać podczas uczestniczenia w leczeniu odwykowym na wyznaczenie celów czy planowanie dalszego życia pacjentów, już po terapii. Ponadto zakotwiczenie w perspektywie czasowej przeszłej negatywnej może budzić w pacjencie coraz większe poczucie winy oraz hamować zmianę perspektywy na bardziej konstruktywną – nastawioną na zmianę. Badania przeprowadzone przez Miceli i jej zespół (2022) pokazują, że osoby uzależnione od Facebooka cechuje przyjęcie perspektywy negatywnej przeszłej w połączeniu z cechą neurotyczności. Badania Przepiórki i Błachnio (2016) wykazały pozytywny związek perspektywy negatywnej przeszłej i fatalistycznej terażniejszej z uzależnieniem od Internetu i Facebooka. Negatywnym predyktorem w przytoczonych badaniach była perspektywa przyszła (dla obu rodzajów uzależnienia) oraz terażniejsza hedonistyczna (dla uzależnienia od Internetu) (Przepiórka i Błachnio, 2016). Oznacza to, że osoba, która dewaluuje aktualne swoje życie i wraca wspomnieniami do trudnej przeszłości może odczuwać nieprzyjemne emocje, z którymi sobie nie radzi i przez to sięgać po niekonstruktywne strategie radzenia sobie, takie jak picie alkoholu czy wchodzenie w wirtualny świat pozbawiony sfery emocjonalnej. To właśnie ta korzyść – oderwania się od nieprzyjemnych emocji – jest atrakcyjna dla osób zmagających się z uzależnieniem. Nieprzyjemne emocje często wiążą się z konkretnymi wydarzeniami (np. takimi, których nie sposób było przewidzieć, a ich pozostałością w terażniejszości jest żal), osobami (np. tymi, które swoim zachowaniem mogły przekroczyć konkretne granice komfortu drugiej osoby) lub własnym postępowaniem (np. kiedy złamano własne zasady lub reguły życia). Oznacza to, że kolejnym ważnym konstruktem może być przebaczenie, które nie tylko pomaga pacjentowi zmierzyć się z doświadczanym poczuciem winy czy poczuciem krzywdy, ale przede wszystkim zmotywować go do podejmowania zmian służących zdrowieniu, odrywając od perspektywy przyszłościowej.

2.2.4. Przebaczenie

Problematyka przebaczenia wpisuje się w codzienne funkcjonowanie człowieka oraz staje się coraz popularniejszym przedmiotem badań (Jaworski, 2016; Kaleta i Mróz, 2017; Klimasiński, 2018; Webb i in., 2011; Webb i in., 2015; Zarzycka i in., 2017). Do niedawna wielu badaczy ograniczało pojęcie przebaczenia tylko do aspektów religijnych, podczas gdy coraz popularniejszy staje się pogląd, że przebaczenie jest elementem szeroko pojętej duchowości (Bash, 2014; Chrost, 2020; Webb i in., 2011; Webb i in., 2015; Zarzycka i in., 2017).

Thompson i in. (2005) definiują przebaczenie jako zmodyfikowanie poznawcze doświadczonych krzywd z negatywnych na neutralne lub pozytywne. Krzywdy rozumiane są tu jako wydarzenia, które naruszyły granice osoby pokrzywdzonej. Przebaczenie może być także rozumiane jako świadoma decyzja osoby, której konsekwencją jest wyzwolenie się z nieprzyjemnych myśli i uczuć względem oprawcy (Exline i in., 2003). Ponadto przebaczenie może wiązać się z ociepleniem wizerunku sprawcy, jak i wzrostem względem niego wyrozumiałości czy życzliwości (Kaleta i Mróz, 2017; Jacinto i Edwards, 2011; Worthington, 2005). Worthington (2005; zobacz też: Worthington i in., 2007) podaje, że przebaczenie składa się z dwóch płaszczyzn: decyzji (tzw. przebaczenie decyzyjne; może być jednorazowym aktem woli) oraz emocji (poprzez zmianę myśli, emocji i motywacji względem sprawcy cierpienia; jest to proces rozłożony w czasie). To zwraca uwagę na rodzaj dokonanego przebaczenia. Podaje się, że przebaczenie może dokonać się wobec samego siebie (wybaczając sobie podjęte decyzje czy zachowania, które przyniosły osobie negatywne konsekwencje oraz cierpienie), wobec innych (wybaczając innym przykre zachowania, słowa, których doświadczyła osoba) lub wobec sytuacji, które są poza kontrolą (godząc się z znalezieniem się w sytuacjach, na które osoba nie miała wpływu, a jej konsekwencje przyniosły znaczne cierpienie) (Mróz i Kaleta, 2018; Thompson i in., 2005).

W psychoterapii uzależnień jednym z czynników leczących jest dokonanie przebaczenia, które może być początkiem procesu odbudowy zaufania oraz powrotu do środowiska życia. Szczególną rolę odgrywa tu przebaczenie sobie, które daje poczucie spokoju, wzmacnia poczucie własnej wartości, ale także może wzmacniać motywację do dokonywania zmian (Chrost, 2020; Czabała, 2006; Webb i Toussaint, 2017; Webb i in., 2015; Włodarczyk, 2016; Zarzycka i in., 2017). Przebaczenie w warunkach terapii daje możliwość wglądu w siebie, odbudowania tożsamości, wyjścia z roli ofiary, co wpływa na zwiększenie jakości życia pacjentów. Pozwala także zmierzyć się odczuwanym poczuciem winy i wstydem, który nierzadko towarzyszy osobom zmagającym się z uzależnieniem na początku drogi abstynencji

(Arslan i Coskun, 2021; Charzyńska, 2015; Gueta, 2013; Webb i in., 2011; Webb i in., 2015). Osoby dokonujące przebaczenia zmniejszają lub łagodzą występowanie objawów zaburzeń depresyjnych, lękowych, nadużywania substancji psychoaktywnych. Ponadto mogą cechować się lepszym samopoczuciem fizycznym i psychicznym oraz wyższym poczuciem własnej wartości (Toussaint i in., 2016; Worthington i in., 2007; Van der Welle, 2017; Kaleta i Mróz, 2017). Badania Webba z zespołem (2011) pokazują także, że oprócz przebaczenia sobie, dla pacjentów uzależnionych rozpoczynających leczenie, ważne jest przebaczenie innym.

Rozdział III – Metodologia badań własnych

3.1. Problematyka pracy i hipotezy badawcze

Analiza literatury psychologicznej przekonuje, że uzależnienie od alkoholu jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń związanych z używaniem substancji. Alkohol jest substancją powszechnie dostępną i legalną na całym świecie, także w Polsce (Dao i in., 2020; Rowicka i in., 2021). Zarówno uzależnienie od alkoholu, jak i utrzymywanie abstynencji są składowymi procesami zdrowienia oraz wpływają na jego poczucie. Tutaj szczególnie istotna jest forma oddziaływań terapeutycznych, którym poddawana jest osoba zmagająca się z uzależnieniem. Najbardziej rozpowszechnioną i uważaną za efektywną jest terapia uzależnień prowadzona w nurcie poznawczo-behawioralnym (McHugh i in. 2010; Napierała, 2017). Polega ona na pracy nad przekonaniem osoby, jej emocjami, zachowaniami oraz znalezieniem konstruktywnych strategii radzenia sobie (Popiel i Pragłowska, 2022; Tekin, 2018). Program leczenia odwykowego oparty głównie na technikach terapii poznawczo-behawioralnej zakłada nabycie nowych strategii radzenia sobie przez pacjenta, co sprzyja procesowi zdrowienia (Adamson i in., 2009; Chodkiewicz i Gruszczyńska, 2013).

Andresen z zespołem definiują poczucie zdrowienia jako dążenie ku życiu cechującemu się sensownością i satysfakcją, które bazuje na odzyskiwaniu nadziei oraz samostanowieniu. (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). W myśl tej definicji został zaproponowany pięcioetapowy model poczucia zdrowienia, które osoba osiąga poddając się oddziaływaniom medycznym i terapeutycznym. Są to: moratorium, świadomość, przygotowanie, odbudowa, rozwój. Moratorium jest pierwszym etapem poczucia zdrowienia, z kolei rozwój - ostatnim. (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Osoba poddawana oddziaływaniom medycznym i terapeutycznym przechodzi z jednego etapu do kolejnego, zwiększając poczucie zdrowienia, a tym samym zaczyna bardziej akceptować siebie z chorobą, jeśli nie da się jej wyleczyć. Zdrowieniu według literatury sprzyjają jego komponenty, czyli odzyskiwanie nadziei, odbudowa tożsamości, znalezienie sensu życia oraz podejmowanie odpowiedzialności za powrót do zdrowia (Andresen i in., 2003; Bronowski, 2012; Wojnar i Brower, 2012). Wydaje się zatem, że weryfikacja modelu zaproponowanego przez Andresen i zespół w grupie osób uzależnionych, poddawanych konkretnym oddziaływaniom medycznym i terapeutycznym (w odniesieniu do wykorzystywanych technik terapii poznawczo-behawioralnych), będących w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu, może przynieść wyraźne korzyści teoretyczne, ale również aplikacyjne. Zależności te mogą okazać się tym bardziej widoczne, jeśli zostaną zweryfikowane dodatkowo

w oparciu o czynniki podmiotowe, takie jak osobowość, prężność, perspektywę czasową, które mogą być wspomagane przez dokonujące się podczas psychoterapii przebaczenie. W związku z powyższym postanowiono utworzyć i zweryfikować model badań własnych w oparciu o następujące zagadnienia.

Osobowość pełni jedną z kluczowych ról w odniesieniu do planowania oddziaływań terapeutycznych, ustalania celów czy wypracowywania strategii radzenia sobie (Blackwell i in., 2017; Jauk i Dieterich, 2019; Krampe i in., 2006). Oznacza to, że oddziałuje także na kształtowanie poczucia zdrowienia u osoby leczonej. W niniejszej pracy został wykorzystany Pięcioletni Model Osobowości, który w oparciu o tradycję leksykalną, wyróżnia pięć następujących cech osobowości: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna oraz intelekt (ten ostatni wymiar zastępuje w modelu leksykalnym wymiar otwartości na doświadczenie, znany z ujęcia klasycznego) (Costa i McCrae, 1992; Goldberg, 1981). Wyróżnione w tym modelu cechy osobowości u osób uzależnionych występują z różnym nasileniem. Podaje się, że osoby zmagające się z uzależnieniem cechuje niska sumienność, niska ugodowość oraz wysoki neurotyzm (niska stabilność emocjonalna) (Bętkowska-Korpała i in., 2012). Cechy te mają także związek, z trudnościami w utrzymywaniu abstynencji, ponieważ związane są z niedostatecznym kontrolowaniem impulsów czy zachowań (Bętkowska-Korpała i in., 2012; Fontenelle i in., 2011; Grant i in., 2014; Mitchell i Potenza, 2015).

Prężność jest ujmowana jako specyficzna właściwość osobowości, która jest istotna w radzeniu sobie tak z wydarzeniami traumatycznymi, jak i stresem codziennym (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Oznacza to, że konstrukt prężności sprzyja przystosowaniu się do zmieniających się wymagań życiowych oraz podejmowaniu efektywnych strategii zaradczych, także w odniesieniu do przeżywania nieprzyjemnych emocji czy wyboru konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem (Duda, 2021; Ogińska-Bulik, 2014). Konstrukt ten wpływa na przebieg terapii uzależnień, podczas której osoba nabiera umiejętności radzenia sobie z trudnymi wydarzeniami, ale także ma znaczenie w utrzymaniu abstynencji już po zakończeniu leczenia (Duda, 2021; Ogińska-Bulik, 2014; Tekin, 2018). Prężność odnosi się do zmieniających się warunków sytuacyjnych, osadzonych w konkretnym czasie, zarówno podczas leczenia, jak i po jego zakończeniu. Podczas terapii uzależnienia i podjęciu decyzji o abstynencji osoba będąca w trakcie leczenia niejednokrotnie wraca pamięcią do trudnych przeżyć, w których wcześniej miał pomóc jej alkohol (Brown, 1999). Ocena prężności wydaje się tu niezbędna, by ocenić jak osoba uzależniona utrzymująca abstynencję radzi sobie z dotychczasowymi trudnymi wydarzeniami oraz jak reaguje na aktualne sytuacje zagrażające lub stresogenne.

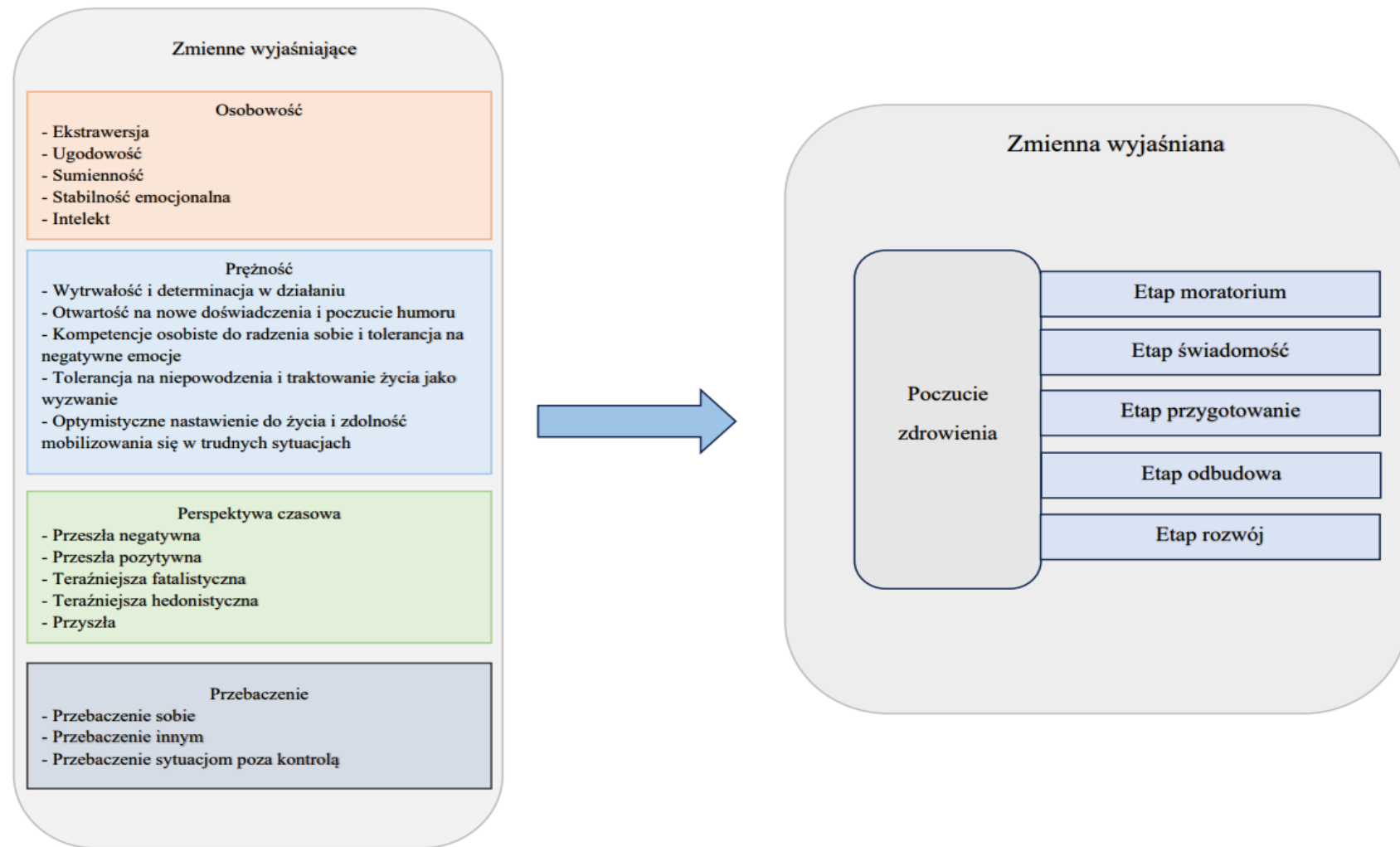
Perspektywa czasowa informuje jak osoba postrzega czas oraz to co się w nim dzieje i jakie nadaje temu osobiste znaczenie (Chodkiewicz i Nowakowska, 2011; Zimbardo i Boyd,

2009). Otrzymanie diagnozy choroby przewlekłej (w tym uzależnienia od alkoholu) związane jest z silnym stresem mogącym wpływać na zmianę percepcji czasu. Osoby będące w takiej sytuacji mogą bardziej koncentrować się na teraźniejszości oraz znacząco ograniczać planowanie czy wytyczanie odległych celów (Carstensen, 2006; Furmańska i in., 2019; Zawadzka i Bryczek, 2012). To z kolei może modyfikować zarówno motywację osoby do podjęcia terapii, jak i utrzymania przez nią abstynencji. Ponadto samo uzależnienie może wiązać się ze zmianą perspektywy czasowej. Osoba czynnie używająca substancji zazwyczaj będzie mocno osadzona w perspektywie teraźniejszej, znacząco ograniczając przyszłość. Podczas pracy terapeutycznej z kolei pacjent przypomina sobie trudne sytuacje ze swojego życia. Może to nasilać koncentrację na perspektywie przeszłej i mierzenie się z konsekwencjami zażywania substancji psychoaktywnej. Zmiana perspektywy może być determinowana przebaczeniem, które pozwala osobie zneutralizować przykre emocje z przeszłości i postawić cele na przyszłość.

Przebaczenie definiuje się jako przekształcenie oceny doświadczonych krzywd z negatywnej na neutralną lub pozytywną. Krzywdy rozumiane są jako wydarzenia, które naruszyły granice osoby pokrzywdzonej (Jaworski, 2016; Kaleta i Mróz, 2017; Zarzycka i in., 2017). W psychoterapii uzależnień przebaczenie jest komponentem dającym możliwość wglądu w siebie, odbudowania własnej tożsamości, wyjścia z roli ofiary oraz zwiększenia jakości życia, co wpływa istotnie na zdrowienie pacjenta uzależnionego.

Współczesna literatura i doniesienia z badań pozwoliły na postawienie celu naukowego prezentowanych badań, jakim jest **identyfikacja oraz opisanie podmiotowych korelatów poczucia zdrowienia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu utrzymujących abstynencję**. Sprawdzenie zależności pomiędzy zaproponowanymi zmiennymi, pozwoli nie tylko na lepsze zrozumienie poczucia zdrowienia osób uzależnionych, ale także wskaże kierunki dalszych oddziaływań zdrowotnych wobec tych osób na różnych etapach trzeźwienia poprzez wykorzystanie właściwych dla etapu zasobów osobowościowych (Tekin, 2018). Rysunek 5 przedstawia model badań własnych.

Rysunek 5. Model badań własnych



Źródło: Opracowanie własne

W oparciu o przytoczoną w rozdziałach 1 i 2 literaturę przedmiotu w zakresie rozumienia uzależnienia, poczucia zdrowienia oraz czynników, które dla poczucia zdrowienia mogą mieć istotne znaczenie, zdecydowano postawić następujące pytania i hipotezy badawcze:

P1. Jakie są różnice pomiędzy mężczyznami będącymi na różnych etapach procesu zdrowienia w zakresie nasilenia analizowanych czynników podmiotowych?

Poczucie zdrowienia rozumiane jako życie cechujące się sensownością i satysfakcją, bazujące na odzyskiwaniu nadziei oraz samostanowieniu, wiąże się z nabywaniem przez osobę w trakcie leczenia konkretnych umiejętności, zmian postaw czy weryfikację wartości. Jest to także czas uczenia się adaptacyjnych strategii radzenia sobie, uwzględniających dodatkową trudność związaną z uzależnieniem od alkoholu oraz utrzymywaniem abstynencji (Andresen i in., 2006; Bronowski, 2012; Wojnar i Brower, 2012). Nabywanie konkretnych umiejętności oraz zwiększające się poczucie sensowności życia i satysfakcji wiąże się z przechodzeniem przez kolejne etapy poczucia zdrowienia, zaś ocena tych umiejętności pozwala na umiejscowienie osoby w określonym miejscu procesu. Zaproponowany w projekcie model osobowości Wielkiej Piątki umożliwia sprawdzenie zależności pomiędzy osobowością a poczuciem zdrowienia. Dotychczas udowodniono, że osoby wykazujące wyższy poziom ugodowości, utrzymujące roczną abstynencję po leczeniu cechuje bardziej empatyczne nastawienie do ludzi, łatwość nawiązywania i podtrzymywania relacji interpersonalnych oraz otwartość na innych (Bętkowska-Korpała i in., 2012). Podobne potwierdzenia uzyskano w zakresie sumienności, gdzie jej większe natężenie skutkowało dłuższą abstynencją (Bętkowska-Korpała i in., 2012; Malouff i in., 2007; Ruiz i in., 2003). Na poczucie zdrowienia może wpływać także prężność, ujmowana jako właściwość osobowości istotna w radzeniu sobie z wydarzeniami traumatycznymi, jak i stresem codziennym. Przeprowadzone badania sugerują, że osoby uzależnione charakteryzują się niższą prężnością niż osoby z ogólnej populacji (Ogińska-Bulik, 2014). Wspomaganie w trakcie leczenia odwykowego czynników wpływających na prężność, może korzystnie oddziaływać na poczucie zdrowienia, ale także zminimalizować ryzyko powrotu do czynnego używania substancji (Duda, 2021; Gąsior, 2018; Sanchez i in., 2022). Wpływ perspektywy temporalnej, czyli to jak osoba postrzega to, co dzieje się z nią aktualnie i jakie nadaje temu znaczenie, na ryzyko rozwoju uzależnienia zbadali Caci i in. (2020). Udowodnili oni w swoich badaniach, że perspektywa przeszłościowo-negatywna wiąże się z neurotyzmem i wywiera efekt na rozwój zachowania nałogowego względem korzystania z Facebooka (Caci i in., 2020). Ciekawa zatem wydaje się weryfikacja tego wyniku pod kątem nie tyle uzależnienia, co zmiany perspektywy czasowej wynikającej z powstrzymywania się od

danej czynności, tu spożywania alkoholu. Osoby uzależnione zazwyczaj na początku leczenia cechuje perspektywa przeszłościowo-negatywna, która podczas oddziaływań może ulec zmianie (Caci i in., 2020). Podczas leczenia zakłada się zmianę perspektywy temporalnej, ale także nabycie przez pacjentów konkretnych strategii zaradczych. Ponadto dokonanie przebaczenia, rozumiane jako zmiana oceny doświadczonych krzywd spostrzeganych jako negatywne, na reakcje neutralne lub pozytywne, wpływa na zmniejszenie ilości używania alkoholu czy zminimalizowania doznawania nieprzyjemnych emocji (Zarzycka, 2016). W terapii uzależnień przebaczenie jest postrzegane jako ważny czynnik ułatwiający dokonanie zmian egzystencjalnych, istotnych w procesie zdrowienia osoby uzależnionej (Webb i in., 2015; Webb i Toussaint 2017).

Analiza powyżej przytoczonych badań oraz literatury przedmiotu przedstawionej w rozdziałach 1 i 2 pozwala na postawienie następujących hipotez odnośnie etapu poczucia zdrowienia na jakim znajduje się osoba:

H1.1. Osoby będące na etapie przygotowanie cechują się najniższym nasileniem sumienności w stosunku do osób będących pozostałych etapach zdrowienia.

H1.2. Osoby będące na etapie przygotowanie cechują się niższym nasileniem ugodowości w stosunku do osób będących na etapie rozwój.

H1.3. Osoby będące na etapie rozwoju cechują się wyższą wytrwałością i determinacją w działaniu niż osoby na etapie przygotowanie.

H1.4. Osoby będące na etapie odbudowy cechują się wyższym nasileniem perspektywy czasowej ukierunkowanej na przyszłość niż osoby będące na etapie przygotowanie.

H1.5. Osoby będące na etapie przygotowania cechują się wyższym nasileniem perspektywy terażniejszej hedonistycznej niż osoby będące na etapie odbudowy.

H1.6. Osoby będące na etapie przygotowania cechują się wyższą gotowością do przebaczenia innym niż osoby będące na pozostałych etapach zdrowienia.

Leczenie osób uzależnionych od alkoholu ma charakter kompleksowy. Oznacza to, że podczas terapii osoba zostaje poddawana oddziaływaniom psychologicznym, medycznym, ale także i środowiskowym. Zgodnie z zamysłem etapowego modelu zdrowienia osoba chora powinna być poddawana dostosowanym do jej potrzeb oddziaływaniom (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Wydaje się zatem zasadne, by zweryfikować jakie czynniki osobowościowe w grupie osób uzależnionych są istotne do wyjaśniania poszczególnych etapów zdrowienia. Postawiono następujące pytanie:

P2. Jakie czynniki wyjaśniają poczucie zdrowienia na poszczególnych jego etapach?

Na poszczególnych etapach leczenia potrzeby pacjenta są różne. Najczęściej na początku terapii pacjent oczekuje i potrzebuje dostarczenia wiedzy na temat uzależnienia, ale także specjalistycznych zaleceń, które mają mu pomóc utrzymać abstynencję. Następnie to właśnie pacjent odczuwając poprzez oddziaływania terapeutyczne oraz medyczne coraz większe poczucie wpływu oraz odpowiedzialności sam decyduje, na co jest gotów, Dokonuje się to na poszczególnych etapach zdrowienia i dzieje się w określonych warunkach. Osoba uzależniona rozpoczyna leczenie zazwyczaj od detoksu (ok. 2 tygodni), później terapii podstawowej (około 3 miesięcy), następnie decydując się na terapię pogłębioną (6-12 miesięcy). Każdy z etapów wybranej drogi leczenia jest warunkowany deficytami i zasobami funkcjonowania osoby uzależnionej, ale także jej osobowością (Bętkowska-Korpała i in., 2012). Badania dowodzą, że osobowość odgrywa znaczącą rolę w procesie zdrowienia. Szczególnie cecha sumienności, która może korzystnie oddziaływać na zaangażowanie pacjenta w terapię czy ekstrawersja, która ułatwia mu nawiązywanie relacji (Bętkowska-Korpała i in., 2012; Davidson i in., 2008; Ellingson i in., 2016). Ponadto prężność czy przebaczenie wymieniane są jako zmienne determinujące zdrowienie osób zmagających się z uzależnieniem (Webb i in., 2015). Komponenty zaproponowane w badaniu mogą mieć zatem istotny wpływ na poczucie zdrowienia w zależności od konkretnego jego etapu. Przegląd literatury zawarty w rozdziale 1 i 2 oraz powyższe rozważania pozwoliły na postawienie następujących hipotez:

H2.1. Etap przygotowania będzie wyjaśniany przez czynniki związane z osobowością, takie jak sumienność i ekstrawersja.

H2.2. Etap odbudowy będzie wyjaśniany przez kompetencje osobiste do radzenia sobie i mobilizację w trudnych sytuacjach oraz przez przebaczenie innym.

H2.3. Czynniki demograficzne, takie jak: wiek czy świadomość uzależnienia będą miały znaczenie na etapie odbudowy.

H2.4. Etap rozwoju będzie wyjaśniany przez optymistyczne nastawienie do życia i tolerancję negatywnych emocji.

W związku z tak postawionymi pytaniami i hipotezami badawczymi, zmienną wyjaśnianą w projekcie jest poczucie zdrowienia, a zmiennymi wyjaśniającymi są: osobowość, prężność, perspektywa czasowa oraz przebaczenie. Ponadto kontrolowano uczestnictwo w grupach samopomocowych, deklarowany czas utrzymywania abstynencji, świadomość

problemu uzależnienia respondentów, uczestnictwo w psychoterapii uzależnień z wykorzystaniem technik poznawczo-behawioralnych oraz jej formy.

3.2. Operacjonalizacja zmiennych

Prezentowane badania zostały wykonane w formie papierowej. Wykorzystano następujące metody badawcze:

- Skala Poziomów Zdrowienia – STORI – autorstwa Andresen i in. (2006), w polskiej adaptacji Rodzeń-Krawiec i Urbaniak (Rodzeń-Krawiec, 2018). Służy do badania etapów poczucia zdrowienia u osób doświadczających dolegliwości zdrowotnych. Kwestionariusz składa się z 50 twierdzeń, które badany ocenia na sześciostopniowej skali, gdzie 0 oznacza "gdy stwierdzenie jest całkowicie nieprawdziwe" a 5 oznacza "gdy stwierdzenie jest całkowicie prawdziwe". Wyniki tworzą 5 podskal, które wskazują na konkretny etap poczucia zdrowienia: moratorium, świadomość, przygotowanie, odbudowa, rozwój. Rzetelność skali waha się od 0,75-0,84. W badaniach własnych rzetelność kwestionariusza wahała się od 0,77 do 0,86.

Przykładowe pozycje:

Zaczynam zauważać, co sam(a) mogę zrobić, aby żyć lepiej.

Realizuję się w życiu i jestem spokojnym człowiekiem.

Czuję się odpowiedzialny(a) za własne życie.

- Kwestionariusz IPIP-BFM-20 – autorstwa Brent i in. w polskiej adaptacji Topolewskiej i in. (2014). Służy do badania cech osobowości w modelu leksykalnym Wielkiej Piątki zaproponowanym przez Goldberga (1981). Kwestionariusz składa się z 20 twierdzeń, które badany ocenia na skali 5-cio stopniowej, gdzie 1 oznacza "całkowicie nie trafnie mnie opisuje" a 5 oznacza "całkowicie trafnie mnie opisuje". Wyniki układają się w 6 podskal: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna, intelekt. Rzetelność skali waha się od 0,65 do 0,78. W badaniach własnych rzetelność kwestionariusza wahała się od 0,52 do 0,60.

Przykładowe pozycje:

Mam bogate słownictwo.

Często zapominam odkładać rzeczy na miejsce.

Nie mam zbyt bogatej wyobraźni.

- Skala Pomiaru Prężności - SPP-25 – Autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008). Służy do badania prężności jako właściwości osobowości istotnej w radzeniu sobie z wydarzeniami

traumatycznymi, jak i stresem codziennym. Kwestionariusz składa się z 25 twierdzeń, które badany ocenia na skali 5-cio stopniowej, gdzie 0 oznacza "zdecydowanie nie" a 4 oznacza "zdecydowanie tak". Wyniki układają się w 5 podskal: wytrwałość i determinacja w działaniu, otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja na negatywne emocje, tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie, optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Rzetelność skali wynosi $\alpha = 0.89$. W badaniach własnych rzetelność kwestionariusza wahała się od 0,72 do 0,83.

Przykładowe pozycje:

W sytuacjach trudnych dostrzegam wiele możliwości rozwiązania problemu.

Uważam się za osobę silną.

Moje życie ma znaczenie.

- Kwestionariusz Postrzegania Czasu Zimbardo - ZTPI – autorstwa Zimbardo i Boyd (1999), w polskiej adaptacji Przepiórki (2011). Służy do badania dominującej perspektywy czasowej wpływającej na funkcjonowanie osoby. Kwestionariusz składa się z 56 twierdzeń, które badany ocenia na skali pięciostopniowej, gdzie 1 oznacza "całkowicie się nie zgadzam" a 5 oznacza "zupełnie się zgadzam". Wyniki układają się w 5 podskal: przeszłościowo-negatywna, przeszłościowo-pozytywna, terażniejsza-fatalistyczna, terażniejsza-hedonistyczna, przyszła. Rzetelność skali waha się od 0,70 do 0,80. W badaniach własnych rzetelność kwestionariusza waha się od 0,63 do 0,80.

Przykładowe pozycje:

Uważam, że każdy dzień powinien być wcześniej zaplanowany.

Kiedy słucham mojej ulubionej muzyki, często tracę poczucie czasu.

Lubię rodzinne zwyczaje i tradycje.

- Skala Przebaczenia Heartland - HFS – autorstwa Thompson i in. (2005), w polskiej adaptacji Kaleta i in. (2016). Służy do badania przebaczenia. Kwestionariusz składa się z 18 twierdzeń, które badany ocenia na skali siedmiostopniowej, gdzie 1 oznacza "Prawie zawsze nieprawdziwe" a 7 oznacza "Prawie zawsze prawdziwe". Wyniki układają się w 3 podskale: przebaczenia sobie, przebaczenia innym, przebaczenia sytuacjom poza kontrolą. Rzetelność skali waha się od 0,72 do 0,82. W badaniach własnych rzetelność kwestionariusza waha się od 0,39 do 0,60.

Przykładowe pozycje:

Naprawdę ciężko jest mi zaakceptować siebie, kiedy coś „zawaliłem/-am”.

Jeśli inni ludzie źle mnie traktują, wciąż źle o nich myślę.

W końcu udaje mi się pogodzić z niepomyślnymi sytuacjami w moim życiu.

- Ankieta socjodemograficzna – własnego autorstwa, zawierająca pytania dotyczące: wieku, płci, miejsca zamieszkania stanu cywilnego, posiadania dzieci (w tym ilości), aktywności zawodowej, sytuacji materialnej, wykształcenia, świadomości diagnozy uzależnienia od alkoholu, świadomości postawienia diagnozy uzależnienia od alkoholu, uczestnictwa bądź zakończenia terapii i jej rodzaju, ilości poprzednich terapii, uczestnictwa w mitingach AA oraz obecnego okresu abstynencji.

W celu weryfikacji postawionych pytań oraz hipotez badawczych wykonano następujące analizy: statystyk opisowych, analizę różnic (analizę Kruskala Wallisa) oraz analizę regresji liniowej.

3.3. Procedura badań

3.3.1. Kryteria doboru próby

Grupa badana składała się z 240 dorosłych mężczyzn utrzymujących abstynencję. Kryterium włączenia do próby były: potwierdzone rozpoznanie ICD-10 (F10.2), deklaracja utrzymywania abstynencji, uczestniczenie w programach terapeutycznych leczenia uzależnień opartych na modalności poznawczo-behawioralnej. Kryterium wyłączające to abstynencja bez uczestnictwa w programach opartych na CBT, aktywne nieprawidłowe używanie alkoholu, deklaracja celu określona jako ograniczenie picia. Planuje się podzielenie grupy badanej ze względu na wyróżniony etap poczucia zdrowienia.

3.3.2. Sposób prowadzenia badań

Każda z osób badanych przed przekazaniem kwestionariuszy została poinformowana o celu badania, gwarancji anonimowości udziału w nim oraz zapytana o zgodę w kwestii udziału i zapewnieniu o możliwości rezygnacji na każdym etapie trwania badania. Po uzyskaniu zgody osobie badanej zostały przekazane testy, które mogła przejrzeć w obecności ankietera. Ankieterem była autorka badania doktorskiego lub osoba przez nią przeszkolona. W razie pytań czy wątpliwości osoby badanej co do wypełnienia poszczególnych testów, była możliwość zapytania o to ankietera. Aby uniknąć błędu wspólnej metody, badani otrzymywali kwestionariusze w przypadkowej kolejności, z założeniem, że metoda badająca zmienną

wyjaśnianą (poczucie zdrowienia) nie znajdowała się ani na początku, ani na końcu baterii testowej. Czas wypełnienia baterii testów to około 25 minut.

Prezentowany projekt badawczy zdobył pozytywną opinię Komisji do spraw Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii KUL, decyzja nr KEBN_5/2022.

3.4. Charakterystyka grupy badanej

W pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane statystyki opisowe wykonane na całej grupie osób badanych.

W badaniach udział wzięło 240 mężczyzn w wieku od 18 do 70 lat ($M= 40,67$; $SD= 11,05$), którym została postawiona diagnoza uzależnienia od alkoholu wg ICD-10 (F10.2.). Mężczyźni biorący udział w badaniu jako miejsce zamieszkania wskazywali głównie małe miasto (ok. 20 tys. mieszkańców), następnie wieś, duże miasto (ponad 200 tys. mieszkańców) i średnie miasto (około 200 tys. mieszkańców). Najczęściej wskazywanym stanem cywilnym był status wolny, następnie związek formalny, rozwodnik, związek nieformalny, kończąc na wdowcu. Badani mężczyźni deklarowali w większości posiadanie dzieci, przy czym najwięcej z nich posiada jedno lub dwoje dzieci. Mężczyźni zmagający się z uzależnieniem w badaniu najczęściej pracowali zawodowo (54,2%), zaś najrzadziej deklarowali bycie uczniem bądź studentem (1,3%). Badani najczęściej wskazywali, że ich sytuacja materialna jest na poziomie przeciętnym (45,8%), zaś najrzadziej na poziomie bardzo złym (3,3%). Średnie wykształcenie było najczęściej wybieranym przez osoby badane (30,4%). Najmniej badanych wskazywało osiągnięcie wykształcenia wyższego (13,3%). Szczegółowe dane prezentuje Tabela 2.

Tabela 2. Dane socjodemograficzne badanych mężczyzn

| Miejsce zamieszkania | | |
|----------------------|-----|-------|
| | N | % |
| Małe miasto | 69 | 28,7 |
| Średnie miasto | 46 | 19,2 |
| Duże miasto | 60 | 25,0 |
| Wieś | 65 | 27,1 |
| Ogółem | 240 | 100 |
| Stan cywilny | | |
| | N | % |
| Wolny | 78 | 32,5 |
| Rozwodnik | 47 | 19,6 |
| Wdowiec | 5 | 2,1 |
| Związek formalny | 71 | 29,6 |
| Związek nieformalny | 39 | 16,3 |
| Ogółem | 240 | 100,0 |
| Posiadanie dzieci | | |
| | N | % |
| Nie | 84 | 35 |
| Tak | 156 | 65 |
| Ogółem | 240 | 100,0 |
| Aktywność zawodowa | | |
| | N | % |
| Uczeń/Student | 3 | 1,3 |
| Praca zawodowa | 130 | 54,2 |
| Nie pracuję | 55 | 22,9 |
| Bezrobotny | 52 | 21,7 |
| Ogółem | 240 | 100 |
| Sytuacja materialna | | |
| | N | % |
| Bardzo zła | 8 | 3,3 |
| Zła | 28 | 11,7 |
| Przeciętna | 110 | 45,8 |
| Dobra | 82 | 34,2 |
| Bardzo dobra | 12 | 5,0 |
| Ogółem | 240 | 100 |
| Wykształcenie | | |
| | N | % |
| Podstawowe | 63 | 26,3 |
| Zawodowe | 72 | 30,0 |
| Średnie | 73 | 30,4 |
| Wyższe | 32 | 13,3 |
| Ogółem | 240 | 100,0 |

Źródło: Opracowanie własne

Badanych zapytano również o informacje związane z używaniem alkoholu (Szczegółowe dane prezentuje Tabela 3). Mężczyźni biorący udział w badaniu w większości deklarowali świadomość uzależnienia od alkoholu oraz akceptację choroby (78,8%). Natomiast nieznaczna część badanych przyznała, że nie jest przekonana do postawionej diagnozy uzależnienia od

alkoholu (21,2%). Badani zadeklarowali uczestniczenie obecnie w terapii zamkniętej (25%), sesjach psychoterapii indywidualnej i grupowej (19,2%), sesjach psychoterapii grupowej (9,2%), sesjach psychoterapii indywidualnej (8,8%). Pozostała część badanych wskazała, że zakończyła już leczenie i to pytanie ich nie dotyczy (37,9%).

Tabela 3. Charakterystyka grupy pod względem procesu leczenia

| Świadomość uzależnienia od alkoholu | | |
|---|-----|-------|
| | N | % |
| Tak | 189 | 78,8 |
| Nie | 51 | 21,3 |
| Ogółem | 240 | 100,0 |
| Uczestniczenie w psychoterapii uzależnień - aktualnie | | |
| | N | % |
| Sesje psychoterapii indywidualnej w poradni | 21 | 8,8 |
| Sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej w poradni | 46 | 19,2 |
| Sesje psychoterapii grupowej w poradni | 22 | 9,2 |
| Leczenie zamknięte | 60 | 25,0 |
| Nie dotyczy | 91 | 37,9 |
| Ogółem | 240 | 100,0 |
| Uczestniczenie w psychoterapii uzależnień – zakończony proces | | |
| | N | % |
| Sesje psychoterapii indywidualnej w poradni | 3 | 1,3 |
| Sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej w poradni | 25 | 10,4 |
| Sesje psychoterapii grupowej w poradni | 8 | 3,3 |
| Leczenie zamknięte | 44 | 22,9 |
| Nie dotyczy | 149 | 62,1 |
| Ogółem | 240 | 100,0 |
| Uczestnictwo w mitingach AA | | |
| | N | % |
| Tak | 110 | 45,8 |
| Nie | 130 | 54,2 |
| Ogółem | 240 | 100,0 |
| Deklarowany czas utrzymania abstynencji | | |
| | N | % |
| Do 3 miesięcy | 82 | 34,2 |
| Do 6 miesięcy | 76 | 31,7 |
| Ponad 12 miesięcy | 82 | 34,2 |
| Ogółem | 240 | 100,0 |

Źródło: Opracowanie własne

Mężczyźni ci zadeklarowali także zakończenie procesu terapii zamkniętej (22,9%), sesjach psychoterapii indywidualnej i grupowej (10,4%), sesjach psychoterapii grupowej (3,3%), sesjach psychoterapii indywidualnej (1,3%). Wśród badanych 45,8% zadeklarowało uczestnictwo w mitingach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików AA. 54,2% mężczyzn

wskazało brak uczestnictwa w spotkaniach. Osoby badane zadeklarowały także czas utrzymywanej abstynencji, utrzymywanie abstynencji do 3 miesięcy deklarowało 34,2%, mężczyzn, do 6 miesięcy – 31,7%, zaś ponad 12 miesięcy – 34,2%.

Następnie sprawdzono, na jakim etapie zdrowienia, znajdują się poszczególni badani. Dokonano tego za pomocą klucza kwestionariusza STORI, zgodnie z którym należy dodać do siebie poszczególne pozycje podskal (etapów zdrowienia). Najwyższa suma w danej podskali wskazuje etap zdrowienia, na którym znajduje się osoba. W przypadku pojawienia się tej samej liczby punktów w poszczególnych podskalach za ważniejszy wskazuje się ten, który jest wyższy (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Podział osób badanych biorących udział w niniejszym badaniu ze względu na etap zdrowienia, na którym się znajdują przedstawia Tabela 4.

Tabela 4. Podział badanych mężczyzn ze względu na etap zdrowienia

| Etapy poczucia zdrowienia | N |
|----------------------------------|----------|
| Etap moratorium | 13 |
| Etap świadomość | 14 |
| Etap przygotowanie | 49 |
| Etap odbudowa | 109 |
| Etap rozwój | 55 |
| Ogółem | 240 |

Źródło: Opracowanie własne

Jak można zauważyć na pierwszych dwóch etapach zdrowienia znalazło się łącznie jedynie 27 osób. Etapy te wiążą się z tym, że osoba może nie czuć potrzeby zmiany, a jeśli uczestniczy w procesie, może nią kierować motywacja zewnętrzna. W kontekście etapów przygotowania do zmiany wg Prohaski i diClemente oraz w odniesieniu do rozumienia etapów moratorium (odpowiadającemu prekontemplacji, kiedy osoba nie ma poczucia strat związanych z używaniem substancji i nie myśli o zmianie) oraz etapu świadomości (odpowiadającego kontemplacji, kiedy osoba zaczyna dostrzegać problem, ale jeszcze nie podejmuje decyzji o zmianie) wydaje się być zrozumiałe, że osoby na pierwszych etapach zdrowienia rzadko znajdują się w procesie zmiany, który zakłada przejście do etapu przygotowania. Z powodu tego, że większość badanych mężczyzn była w ośrodkach prowadzących leczenie osób uzależnionych od alkoholu, większość z nich mogła być na etapie co najmniej przygotowania (również wg modelu

Prohaski i DiClemente), który to etap zakłada podjęcie decyzji o zmianie, a co się z tym wiąże – uczestnictwo w terapii. Osoby będące w terapii, które wydają się być na wcześniejszych etapach zmiany niż przygotowanie, często kierują się motywacją zewnętrzną i decyzja o uczestnictwie w programie mogła nie być ich decyzją.

Biorąc pod uwagę powyższe liczebności, w celu weryfikacji hipotez uwzględniono wyłącznie mężczyzn będących na etapach przygotowania, odbudowy i rozwoju.

Rozdział IV – Analiza wyników badań własnych

W niniejszym rozdziale zostaną przedstawione analizy statystyczne, których celem była weryfikacja założonych hipotez i udzielenie odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Analizy prowadzono w trzech grupach mężczyzn znajdujących się na kolejnych etapach procesu zdrowienia: przygotowanie, odbudowa i rozwój. Poniżej zostaną one dokładnie omówione.

4.1. Statystyki opisowe dla zastosowanych metod badawczych

W tej części rozdziału zostaną przedstawione statystyki opisowe dla każdej z zastosowanych w badaniu metod dla całej grupy mężczyzn (N=240). Wyniki analiz korelacji pomiędzy zmiennymi analizujące współzmiennność zarówno w całej próbie, jak na poszczególnych etapach zdrowienia znajdują się w Aneksie (1-5).

W celu zweryfikowania poszczególnych etapów poczucia zdrowienia wykorzystano Skalę Poziomów Zdrowienia – STORI. Statystyki opisowe dla metody zawiera Tabela 5.

Tabela 5. Statystyki opisowe dla STORI

| Zmienne | M | SD | Min | Max | S | K | K-S | p | α |
|---------------|-------|------|-----|-----|-------|-------|------|-------|----------|
| Moratorium | 20,94 | 9,78 | 0 | 48 | 0,31 | -0,29 | 0,06 | 0,043 | 0,79 |
| Świadomość | 32,74 | 8,40 | 5 | 50 | -0,66 | 0,40 | 0,12 | 0,001 | 0,77 |
| Przygotowanie | 35,51 | 8,48 | 4 | 50 | -0,70 | 0,74 | 0,08 | 0,001 | 0,85 |
| Odbudowa | 36,90 | 8,62 | 3 | 50 | -0,63 | 0,34 | 0,08 | 0,002 | 0,86 |
| Rozwój | 32,98 | 8,56 | 0 | 50 | -0,47 | 0,63 | 0,06 | 0,080 | 0,79 |

Adnotacja: S-skośność, K – Kurtoza, K-S – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa; p – poziom istotności testu Kołmogorowa-Smirnowa; α -współczynnik rzetelności Cronbacha.

Źródło: opracowanie własne

Test normalności rozkładu wskazuje, że uzyskane wyniki odbiegają od rozkładu normalnego, jednak współczynniki skośności i kurtozy mieszczą się w akceptowalnych zakresach. Współczynniki rzetelności pomiaru są relatywnie wysokie i pozwalają na interpretację wyników. Badani mężczyźni najwyższe średnie osiągnęli w etapie odbudowy (M=36,90; SD=8,62), najniższe w etapie moratorium (M=20,94; SD=9,78).

W celu zbadania cech osobowości zastosowano kwestionariusz IPIP-BFM-20. Statystyki opisowe dla narzędzia przedstawia Tabela 6.

Tabela 6. Statystyki opisowe dla IPIP-BFM-20

| Zmienne | M | SD | Min | Max | S | K | K-S | p | α |
|------------------------|-------|------|-----|-----|-------|-------|------|-------|----------|
| Ekstrawersja | 12,89 | 2,92 | 4 | 20 | 0,11 | 0,20 | 0,11 | 0,001 | 0,59 |
| Ugodowość | 14,28 | 2,92 | 4 | 20 | -0,16 | 0,01 | 0,08 | 0,001 | 0,60 |
| Sumienność | 14,10 | 3,02 | 4 | 20 | -0,47 | 0,40 | 0,09 | 0,001 | 0,59 |
| Stabilność emocjonalna | 11,20 | 2,76 | 4 | 19 | -0,28 | 0,11 | 0,15 | 0,001 | 0,52 |
| Intelekt | 13,40 | 2,93 | 5 | 20 | 0,07 | -0,27 | 0,10 | 0,001 | 0,52 |

Adnotacja: S-skośność, K – Kurtoza, K-S – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa; p – poziom istotności testu Kołmogorowa-Smirnowa; α -współczynnik rzetelności Cronbacha.

Źródło: opracowanie własne

Przeprowadzony test normalności Kołmogorowa-Smirnowa wskazuje, że uzyskane rozkłady odbiegają od rozkładu normalnego. Współczynniki skośności i kurtozy mieszczą się jednak w zakresach umożliwiających akceptację uzyskanych rozkładów jako umożliwiających stosowanie testów o większej mocy. Badani mężczyźni najwyższe średnie osiągnęli w skalach ugodowość (M=14,28; SD=2,92) i sumienność, zaś najniższe w skali stabilność emocjonalna ekstrawersja (M=12,89; SD=2,92). Wskazuje to więc na nieco mniejsze zasoby związane z kontrolą emocjonalności. Z drugiej strony mężczyźni ci są nieco bardziej ugodowi i sumienni, co może być zasobem wspierającym poddawanie się oddziaływaniom terapeutycznym.

W celu zbadania poziomu prężności w badanej grupie osób zmagających się z uzależnieniem od alkoholu zastosowano Skalę Pomiaru Prężności - SPP-25. Szczegółowe dane statystyk opisowych zawiera Tabela 7.

Tabela 7. Statystyki opisowe SPP-25

| Zmienne | M | SD | Min | Max | S | K | K-S | p | α |
|-------------|-------|------|-----|-----|-------|------|------|-------|----------|
| Wytrwałość | 14,38 | 3,44 | 2 | 20 | -0,60 | 0,78 | 0,10 | 0,001 | 0,83 |
| Otwartość | 14,46 | 3,11 | 5 | 20 | -0,64 | 0,78 | 0,12 | 0,001 | 0,72 |
| Kompetencje | 13,67 | 3,43 | 0 | 20 | -0,79 | 1,16 | 0,12 | 0,001 | 0,78 |
| Tolerancja | 13,92 | 3,36 | 1 | 20 | -0,63 | 0,79 | 0,12 | 0,001 | 0,77 |
| Optymizm | 13,11 | 3,51 | 1 | 20 | -0,53 | 0,56 | 0,11 | 0,001 | 0,76 |

Adnotacja: S-skośność, K – Kurtoza, K-S – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa; p – poziom istotności testu Kołmogorowa-Smirnowa; α -współczynnik rzetelności Cronbacha.

Źródło: opracowanie własne

Badani mężczyźni najwyższe średnie osiągnęli w skali otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru ($M=14,46$; $SD=3,11$), najniższe w skali optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach ($M=13,11$; $SD=3,51$). Może to oznaczać, że badana grupa mężczyzn przyjmuje postawę otwartości na nowe doświadczenia oraz posiada poczucie humoru, co być może wpływa pozytywnie na poczucie zdrowienia. Niższe średnie w optymistycznym nastawieniu do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach z kolei mogą być wynikiem uświadomienia sobie aktualnych konsekwencji problemu uzależniania i/lub małym zasobem strategii radzenia sobie. Wykorzystany test normalności rozkładu wskazuje, że uzyskane wyniki odbiegają od rozkładu normalnego, jednak również w tym przypadku współczynniki skośności i kurtozy mieszczą się w akceptowalnych zakresach. Podobnie współczynniki rzetelności, uzyskały akceptowalne wielkości.

W celu badania dominującej perspektywy czasowej u badanych mężczyzn zastosowano Kwestionariusz Postrzegania Czasu Zimbardo – ZTPI. Statystyki opisowe dla metody znajdują się w Tabeli 8.

Tabela 8. Statystyki opisowe dla ZTPI

| Zmienne | M | SD | Min | Max | S | K | K-S | p | α |
|------------------------------|-------|------|-----|-----|-------|-------|------|-------|----------|
| Przeszłość negatywna | 31,95 | 6,55 | 13 | 45 | -0,44 | -0,07 | 0,08 | 0,001 | 0,80 |
| Przeszłość pozytywna | 30,45 | 5,22 | 12 | 44 | -0,43 | 0,52 | 0,07 | 0,004 | 0,63 |
| Teraźniejszość fatalistyczna | 25,78 | 5,84 | 11 | 45 | 0,09 | 0,29 | 0,07 | 0,004 | 0,72 |
| Teraźniejszość hedonistyczna | 50,76 | 7,91 | 26 | 76 | -0,06 | 0,65 | 0,05 | 0,155 | 0,78 |
| Przyszłość | 44,47 | 7,17 | 28 | 65 | 0,18 | 0,20 | 0,07 | 0,017 | 0,76 |

Adnotacja: S-skośność, K – Kurtoza, K-S – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa; p – poziom istotności testu Kołmogorowa-Smirnowa; α -współczynnik rzetelności Cronbacha.

Źródło: opracowanie własne

Badani mężczyźni najwyższe średnie osiągnęli w skali perspektywy czasowej terażniejszej hedonistycznej ($M=44,47$; $SD=7,17$), najniższe w skali perspektywy czasowej terażniejszej pesymistycznej ($M=25,78$; $SD=5,84$). Przeprowadzony test Kołmogorowa-Smirnowa wskazuje, że uzyskane rozkłady odbiegają od rozkładu normalnego. Współczynniki skośności i kurtozy mieszczą się jednak w zakresach, umożliwiającą akceptację uzyskanych rozkładów. Uzyskane wyniki mogą sugerować, że badani mężczyźni przyjmują perspektywę terażniejszą

hedonistyczną skupiając się na byciu tu i teraz oraz być może ciesząc się z każdego kolejnego dnia abstynencji. Niska średnia w perspektywie terażniejszej fatalistycznej może oznaczać, że mężczyźni swoich potrzeb, planują przyszłość i starają się wyznaczyć adekwatne cele. Ponadto mogą być mniej skupieni na porażkach czy negatywnie nastawieni. Niski wynik w tej perspektywie czasowej może także pozytywnie wpływać na proces zdrowienia.

W celu zweryfikowania aspektu przebaczenia u badanych mężczyzn zastosowano Skalę Przebaczenia Heartland - HFS. Statystyki opisowe dla metody znajdują się w Tabeli 9.

Tabela 9. Statystyki opisowe dla HFS

| Zmienne | M | SD | Min | Max | S | K | K-S | p | α |
|------------------------|-------|------|-----|-----|-------|------|------|------------|----------|
| Przebaczenie sobie | 23,87 | 0,32 | 6 | 38 | 0,18 | 1,31 | 0,12 | <0,00 1 | 0,56 |
| Przebaczenie innym | 26,73 | 0,34 | 6 | 42 | 0,19 | 1,42 | 0,09 | <0,00 1 | 0,55 |
| Przebaczenie sytuacjom | 25,46 | 0,35 | 6 | 42 | -0,26 | 2,16 | 0,11 | <0,00 1 | 0,60 |

Adnotacja: S-skośność, K – Kurtoza, K-S – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa; α -współczynnik rzetelności Cronbacha.

Źródło: opracowanie własne

Badani mężczyźni najwyższe średnie osiągnęli w skali przebaczenie innym (M=26,73; SD=0,34), najniższe w przebaczeniu sobie (M=23,87; SD=0,32). Oznacza to, że mężczyźni o wiele łatwiej mogą chcieć przebaczyć innym, co wiąże się z rozszerzeniem siatki wsparcia i uzyskaniem wsparcia emocjonalnego. Z kolei przebaczenie sobie może być dla nich trudniejsze, być może ze względu na dostrzeganie konsekwencji swojego picia oraz odczuwaniu poczucia winy. Przeprowadzony test normalności wskazuje, że uzyskane rozkłady odbiegają od rozkładu normalnego. Współczynniki skośności i kurtozy umożliwiają jednak akceptację uzyskanych rozkładów. Wyniki rzetelności uzyskane w kwestionariuszu przebaczenia są wyraźnie niższe niż w innych zastosowanych metodach pomiaru. Jednak na problem niższych rzetelności zwracają również uwagę autorzy adaptacji metody (Kaleta i in., 2016), wskazując, że wskaźniki te są wyraźnie niższe niż w wersjach oryginalnych. Uwzględniając ten fakt oraz to, że wysokie rzetelności innych metod wskazują na rzetelność jakości pomiaru jako takiego, postanowiono włączyć pomiar przebaczenia do dalszych analiz, pamiętając jednocześnie, że wyniki należy traktować z większą ostrożnością.

4.2. Weryfikacja hipotez badawczych

4.2.1. Różnice w zakresie czynników podmiotowych pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia

Podczas weryfikacji różnic pomiędzy konkretnymi etapami poczucia zdrowienia w zakresie podmiotowych czynników zdrowienia, przeprowadzono jednoczynnikową analizę porównań w układzie dla prób niezależnych. W analizie wzięło udział 213 badanych, przy czym na etapie przygotowania znajduje się 49 osób, na etapie odbudowy znajduje się 109, zaś na etapie rozwoju 55. Ze względu na nierównoliczne grupy posłużono się nieparametrycznym testem Kruskala Wallisa, z kolei analizy post-hoc przeprowadzono testem porównań wielokrotnych parami metodą Dunna.

Przeprowadzone analizy porównań międzygrupowych wykazały istotne różnice w zakresie poszczególnych zmiennych. Zostały one przedstawione poniżej. Na podstawie analizy literatury przedmiotu założono, że badani będący na różnych etapach zdrowienia będą różnić się pomiędzy sobą w zakresie cech osobowości. Postawiono następujące hipotezy:

H1.1. Osoby będące na etapie przygotowanie cechują się najniższym nasileniem sumienności w stosunku do osób będących pozostałych etapach zdrowienia.

H1.2. Osoby będące na etapie przygotowanie cechują się niższym nasileniem ugodowości w stosunku do osób będących na etapie rozwój.

Wyniki analiz przeprowadzonych w celu weryfikacji powyższych hipotez przedstawiono w Tabeli 10.

Tabela 10. Różnice w zakresie osobowości pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia

| Czynnik | Przygotowanie (1) | | Odbudowa (2) | | Rozwój (3) | | H | p | Post-hoc |
|------------------------|----------------------|------|-----------------|------|---------------|------|-------|-------|-------------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | | | |
| Ekstrawersja | 11,61 | 2,63 | 13,38 | 3,16 | 13,33 | 2,63 | 13,75 | 0,001 | 1<2; 1<3 |
| Ugodowość | 14,55 | 2,41 | 15,03 | 2,96 | 13,29 | 2,59 | 12,33 | 0,002 | 1>3 |
| Sumienność | 14,22 | 2,77 | 14,40 | 3,05 | 14,16 | 2,62 | 0,59 | 0,746 | - |
| Stabilność emocjonalna | 10,39 | 2,86 | 11,31 | 2,66 | 12,22 | 2,39 | 11,23 | 0,004 | 2<3; 1<3 |
| Intelekt | 13,55 | 2,26 | 13,72 | 3,32 | 13,05 | 2,61 | 2,07 | 0,356 | - |

Adnotacja: H – statystyka Kruskala Wallisa; p – istotność dla statystyki Kruskala Wallisa; Post-hoc – test porównań wielokrotnych parami metodą Dunna.

Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała istotną różnicę w zakresie ekstrawersji pomiędzy osobami znajdującymi się na różnych etapach procesu zdrowienia $H(2) = 13,75$; $p = 0,001$. Mężczyźni będący na etapie przygotowania cechują się istotnie niższym poziomem ekstrawersji niż osoby będące na etapie odbudowy ($p=0,001$) oraz na etapie rozwoju ($p=0,009$).

Podobnie w zakresie ugodowości ($H(2) = 12,33$; $p = 0,002$) grupy różniły się od siebie istotnie statystycznie. W tym przypadku osoby będące na etapie rozwoju cechują się istotnie niższym poziomem ugodowości niż osoby na etapie odbudowy ($p = 0,001$).

Analiza porównań wskazała również, że badane grupy także różnią się istotnie między sobą w zakresie cechy stabilności emocjonalnej ($H(2) = 11,23$; $p = 0,004$). Osoby będące na etapie odbudowy cechują się mniejszą stabilnością emocjonalną niż osoby będące na etapie rozwoju ($p = 0,003$). Podobna sytuacja zaistniała między grupami będącymi na etapie przygotowanie i etapie rozwoju. Osoby będące na etapie przygotowanie wykazują się mniejszą stabilnością emocjonalną niż osoby etapu rozwoju ($p = 0,074$). W aspekcie sumienności oraz intelektu nie wykazano różnic międzygrupowych.

Zaprezentowane wyniki wskazują, że mężczyźni będący na etapie przygotowania nie cechują się niższą sumiennością w porównaniu do pozostałych etapów oraz nie są mniej ugodowi niż osoby znajdujące się na etapie rozwoju. Tym samym hipotezy H1.1. oraz H1.2 nie zostały potwierdzone.

Kolejną zmienną poddaną analizą była prężność. Tutaj także złożono wykazanie różnic międzygrupowych i postawiono następującą hipotezę:

H1.3. Osoby będące na etapie rozwoju cechują się wyższą wytrwałością i determinacją w działaniu niż osoby na etapie przygotowanie

Wyniki przeprowadzonych analiz znajdują się w Tabeli 11.

Tabela 11. Różnice w zakresie prężności pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia

| Czynnik | Przygotowanie (1) | | Odbudowa (2) | | Rozwój (3) | | <i>H</i> | <i>p</i> | Post-hoc |
|-------------|----------------------|------|-----------------|------|---------------|------|----------|----------|-------------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | | | |
| Wytrwałość | 14,12 | 3,05 | 15,00 | 3,17 | 14,69 | 3,58 | 3,34 | 0,189 | - |
| Otwartość | 14,47 | 2,88 | 15,03 | 2,87 | 14,33 | 3,14 | 4,27 | 0,118 | - |
| Kompetencje | 13,10 | 3,17 | 14,04 | 3,38 | 14,56 | 3,32 | 6,27 | 0,044 | 1<3 |
| Tolerancja | 13,71 | 3,06 | 14,42 | 3,06 | 14,46 | 3,35 | 2,42 | 0,298 | - |
| Optymizm | 12,33 | 2,83 | 13,63 | 3,41 | 13,87 | 3,48 | 9,15 | 0,010 | 1<2; 1<3 |

Adnotacja: *H* – statystyka Kruskala Wallisa; *p* – istotność dla statystyki Kruskala Wallisa; Post-hoc – test porównań wielokrotnych parami metodą Dunna.

Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała istotną różnicę w zakresie wymiaru kompetencje osobiste do radzenia sobie w trudnych sytuacjach i tolerancja negatywnych emocji ($H(2) = 6,27; p = 0,44$) na poszczególnych etapach poczucia zdrowienia. Mężczyźni będący na etapie przygotowania cechują się mniejszymi kompetencjami osobistymi do radzenia sobie w trudnych sytuacjach i tolerancji negatywnych emocji niż mężczyźni znajdujący się na etapie rozwoju ($p = 0,050$).

Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność do mobilizowania się w sytuacjach trudnych jest różne u osób znajdujących się na poszczególnych etapach poczucia zdrowienia ($H(2) = 9,15; p = 0,010$). Osoby będące na etapie przygotowanie są mniej optymistycznie nastawione do życia i mają niższą zdolność do mobilizowania się w trudnych sytuacjach niż osoby znajdujące się na etapie odbudowy ($p = 0,020$) i rozwoju ($p = 0,021$).

W wymiarach wytrwałość w działaniu, otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji oraz tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie nie wykazano istotnych różnic

międzygrupowych. Uzyskane wyniki nie wykazują różnic między badanymi grupami, stąd też postawiona hipoteza H1.3. nie została potwierdzona.

Podobne założenia różnicujące przyjęto dla perspektywy czasowej, w celu ich sprawdzenia postawiono następujące hipotezy:

H1.4. Osoby będące na etapie odbudowy cechują się wyższym nasileniem perspektywy czasowej ukierunkowanej na przyszłość niż osoby będące na etapie przygotowanie.

H1.5. Osoby będące na etapie przygotowania cechują się wyższym nasileniem perspektywy terażniejszej hedonistycznej niż osoby będące na etapie odbudowy.

W przypadku perspektywy czasowej i jej wymiarów nie zaobserwowano żadnych różnic międzygrupowych. Oznacza to, że mężczyźni znajdujący się na poszczególnych etapach poczucia zdrowienia są do siebie pod tym względem podobni. Wyniki analizy przedstawia Tabela 12.

Tabela 12. Różnice w zakresie perspektywy czasowej pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia

| Czynnik | Przygotowanie (1) | | Odbudowa (2) | | Rozwój (3) | | H | p | Post-hoc |
|----------------------------|----------------------|------|-----------------|------|---------------|------|------|-------|----------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | | | |
| Przeszła negatywna | 32,80 | 6,59 | 32,13 | 6,25 | 31,73 | 6,32 | 0,44 | 0,802 | - |
| Przeszła pozytywna | 31,29 | 5,64 | 29,72 | 4,85 | 31,47 | 4,75 | 4,92 | 0,086 | - |
| Teraźniejsza fatalistyczna | 26,12 | 5,98 | 25,41 | 5,91 | 25,82 | 5,53 | 0,89 | 0,642 | - |
| Teraźniejsza hedonistyczna | 50,10 | 8,18 | 50,49 | 7,51 | 51,80 | 8,38 | 2,39 | 0,303 | - |
| Przyszłość | 45,74 | 6,32 | 44,97 | 7,21 | 43,51 | 6,44 | 2,89 | 0,235 | - |

Adnotacja: H – statystyka Kruskala Wallisa; p – istotność dla statystyki Kruskala Wallisa; Post-hoc – test porównań wielokrotnych parami metodą Dunna.

Źródło: opracowanie własne

Uzyskane wyniki nie potwierdzają postawionych uprzednio hipotez, jednak ciekawym wydają się uzyskane rezultaty. Badani mężczyźni znajdujący się na poszczególnych etapach zdrowienia charakteryzują się najwyższą średnią w perspektywie terażniejszej pozytywnej (M = 50,10; SD = 8,18), natomiast najniższą w perspektywie terażniejszej fatalistycznej (M = 26,12; SD = 5,98). Oznacza to, że osoby biorące udział w badaniu są najbardziej osadzone w perspektywie

teraźniejszej pozytywnej, gdzie starają się uczyć odraczać gratyfikację, skupiać na aktualnie przeżywanych silnych emocjach. Niski wynik średniej w perspektywie teraźniejszej fatalistycznej może informować o próbach badanych do skupienia się na własnych potrzebach i emocjach oraz planowania czy refleksji nad przyszłością. Wynik ten może także sugerować, że mężczyźni odzyskują poczucie sprawczości i wpływu na swoje życie. Ponadto niski wynik w tej perspektywie może świadczyć o zdrowieniu pacjenta. Uzyskane wyniki nie wykazują różnic między badanymi grupami, stąd też postawione hipotezy H1.4. oraz H1.5. nie zostały potwierdzone.

Ostatnim etapem było włączenie do analiz zmiennej przebaczenie. W zakresie tej zmiennej literatura przedmiotu pozwoliła na postawienie następującej hipotezy:

H1.6. Osoby będące na etapie przygotowania cechują się wyższą gotowością do przebaczenia innym niż osoby będące na pozostałych etapach zdrowienia.

Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 13.

Tabela 13. Różnice w zakresie przebaczenia pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia

| Czynnik | Przygotowanie (1) | | Odbudowa (2) | | Rozwój (3) | | KW | p | Post-hoc |
|--------------------------------------|----------------------|------|-----------------|------|---------------|------|------|------|-------------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | | | |
| Przebaczenie sobie | 23,82 | 0,64 | 23,72 | 0,51 | 24,91 | 0,49 | 4,85 | 0,10 | - |
| Przebaczenie innym | 27,61 | 0,66 | 27,58 | 0,52 | 25,09 | 0,68 | 0,80 | 0,10 | 1>3; 2>3 |
| Przebaczenie sytuacjom poza kontrolą | 25,69 | 0,69 | 26,41 | 0,51 | 25,35 | 0,63 | 3,23 | 0,43 | - |

Adnotacja: H – statystyka Kruskala Wallisa; p – istotność dla statystyki Kruskala Wallisa; Post-hoc – test porównań wielokrotnych parami metodą Dunna.

Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała istotną różnicę pomiędzy badanymi grupami w zakresie przebaczenia innym $H(2) = 9,23$; $p = 0,10$. Mężczyźni, będący na etapie rozwoju w procesie zdrowienia cechują się istotnie niższymi wynikami przebaczenia innym niż osoby będące na etapie przygotowania ($p = 0,026$) oraz na etapie odbudowy ($p = 0,019$).

Uzyskane wyniki badań wskazują, że mężczyźni będący na etapie rozwoju cechują się istotnie niższymi wynikami przebaczenia innym niż osoby będące na etapie przygotowania oraz na etapie odbudowy. Nie zaobserwowano natomiast istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami mężczyzn w zakresie przebaczenia sobie oraz przebaczenia sytuacjom poza kontrolą. Tym samym postawiona hipoteza H1.6. została potwierdzona.

4.2.2. Czynniki wyjaśniające poszczególne etapy poczucia zdrowienia

Kolejnym etapem analiz było oszacowanie, które czynniki spośród cech podmiotowych osób badanych mają status predyktorów poczucia zdrowienia na jego kolejnych etapach. W oparciu o analizę literatury postawiono pytanie badawcze: Jakie czynniki wspierają poczucie zdrowienia na poszczególnych jego etapach? W celu sprawdzenia badanych relacji przeprowadzono wielozmienną hierarchiczną analizę regresji. W zakresie metody oceny istotności czynników wyjaśnianiu zastosowano metodę krokową.

Do przeprowadzenia analizy regresji na każdym z etapów zdrowienia włączano po kolei następujące grupy czynników: osobowość (warstwa 1), prężność (warstwa 2), perspektywa czasowa (warstwa 3), przebaczenie (warstwa 4), wiek i świadomość uzależnienia (warstwa 5). Wyniki analiz dla kolejnych etapów zdrowienia przedstawiono w kolejnych podpunktach. W oparciu o analizę literatury przedmiotu przedstawioną w rozdziałach 1 i 2 postawiono hipotezę, że:

H2.1. Etap przygotowania będzie wyjaśniany przez czynniki związane z osobowością, takie jak sumienność i ekstrawersja.

W celu weryfikacji powyższej hipotezy przeprowadzono analizę regresji zmiennej przygotowanie, które wykazała 3 czynniki wspierające poczucie zdrowienia u mężczyzn: otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru ($\beta = 0,32$; $p = 0,015$), perspektywa czasowa terażniejsza hedonistyczna ($\beta = 0,40$; $p = 0,004$) oraz świadomość uzależnienia ($\beta = 0,28$; $p = 0,031$). Model regresji jest dobrze dopasowany do danych ($F = 4,954$; $p = 0,031$) i wyjaśnia niemal 26% zmienności etapu przygotowania. Wyniki analizy regresji przedstawiono w Tabeli 14.

Tabela 14. Model regresji liniowej dla etapu przygotowanie.

| Zmienne | Model 1 | | | | Model 2 | | | | Model 3 | | | |
|---------------------------------|---------|---------|------|-------|---------|---------|------|-------|---------|---------|------|-------|
| | B | β | t | p | B | β | t | p | B | β | t | p |
| Otwartość | 0,68 | 0,32 | 2,31 | 0,025 | 0,29 | 0,29 | 2,20 | 0,032 | 0,68 | 0,32 | 2,53 | 0,015 |
| Teraźniejszość hedonistyczna | | | | | 0,35 | 0,35 | 2,67 | 0,010 | 0,29 | 0,40 | 3,07 | 0,004 |
| Świadomość uzależnienia | | | | | | | | | 4,66 | 0,28 | 2,23 | 0,031 |
| Statystyki modelu | | | | | | | | | | | | |
| R | | 0,320 | | | | 0,472 | | | | 0,584 | | |
| R ² | | 0,102 | | | | 0,223 | | | | 0,300 | | |
| Skorygowane R ² | | 0,083 | | | | 0,189 | | | | 0,253 | | |
| Zmiana R ² | | 0,102 | | | | 0,121 | | | | 0,077 | | |
| F | | 5,356 | | | | 7,137 | | | | 4,954 | | |
| p | | 0,025 | | | | 0,010 | | | | 0,031 | | |
| Statystyki ANOVA | | | | | | | | | | | | |
| F | | 5,356 | | | | 6,596 | | | | 6,427 | | |
| p | | 0,025 | | | | 0,003 | | | | 0,001 | | |

Źródło: opracowanie własne

Przedstawiony model wskazuje, że na etapie przygotowania czynnikami wspierającymi proces zdrowienia są: otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, przyjęcie perspektywy terażniejszej hedonistycznej oraz świadomość uzależnienia. Oznacza to, że osoby decydujące się rozpocząć terapię uzależnień na samym początku procesu powinny cechować się otwartością na zaproponowane oddziaływania medyczne i terapeutyczne, czemu może sprzyjać czynnik poczucia humoru, obniżając napięcie związane ze znalezieniem się w nowej sytuacji leczenia. Ponadto przyjęcie perspektywy terażniejszej hedonistycznej opierającej się na intensywnym przeżywaniu obecnej sytuacji oraz trudności w odroczeniu gratyfikacji potwierdzają cechy charakterystyczne dla zachowania osoby uzależnionej, która poprzez spontaniczne, impulsywne zachowania zaspokaja swoje potrzeby w codziennym funkcjonowaniu. W zakresie świadomości uzależnienia można stwierdzić, że osoby będące na początku leczenia wykazują pewien stopień refleksji nad problemem uzależnienia.

Analiza wyników badań własnych wykazała, że etap przygotowania jest wyjaśniany przez takie czynniki jak otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, perspektywę terażniejszą hedonistyczna oraz świadomość uzależnienia. Zaprezentowane wyniki wskazują, że

etap przygotowanie nie jest wyjaśniany przez sumienność i ekstrawersję. Tym samym hipoteza H.2.1. nie została potwierdzona.

Przegląd literatury przedmiotu pozwolił na postawienie następujących hipotez badawczych w odniesieniu do etapu odbudowy:

H2.2. Etap odbudowy będzie wyjaśniany przez kompetencje osobiste do radzenia sobie i mobilizację w trudnych sytuacjach oraz przez przebaczenie innym.

H2.3. Czynniki demograficzne, takie jak: wiek czy świadomość uzależnienia będą miały znaczenie na etapie odbudowy.

Analiza zaproponowanych zmiennych wykazała 2 czynniki wspierające poczucie zdrowienia u mężczyzn, są to: stabilność emocjonalna ($\beta = 0,15$; $p = 0,093$) oraz świadomość uzależnienia ($\beta = 0,33$; $p < 0,001$). Pozostałe zmienne nie weszły do zaproponowanego modelu. Model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych ($F = 8,865$; $p < 0,001$) i wyjaśnia niemal 13% zmienności etapu odbudowa. Wyniki analizy regresji przedstawiono w Tabeli 15.

Tabela 15. Model regresji liniowej dla etapu odbudowa.

| Zmienne | Model 1 | | | | Model 2 | | | |
|----------------------------|---------|---------|------|--------|---------|---------|------|--------|
| | B | β | t | p | B | β | t | p |
| Stabilność emocjonalna | 0,46 | 0,20 | 2,09 | 0,039 | 0,37 | 0,15 | 1,69 | 0,093 |
| Świadomość uzależnienia | | | | | 5,70 | 0,33 | 3,59 | <0,001 |
| Statystyki modelu | | | | | | | | |
| R | 0,198 | | | 0,379 | | | | |
| R ² | 0,039 | | | 0,143 | | | | |
| Skorygowane R ² | 0,030 | | | 0,127 | | | | |
| Zmiana R ² | 0,039 | | | 0,104 | | | | |
| F | 4,373 | | | 8,865 | | | | |
| p | 0,039 | | | <0,001 | | | | |
| Statystyki ANOVA | | | | | | | | |
| F | 4,373 | | | 8,865 | | | | |
| p | 0,039 | | | <0,001 | | | | |

Źródło: opracowanie własne

Przedstawiony model wskazuje, że na etapie odbudowy w procesie zdrowienia czynnikami wyjaśniającymi są: stabilność emocjonalna oraz świadomość uzależnienia. Stabilność emocjonalna wyjaśnia samodzielnie 3% wariacji. Aczkolwiek model 1 jest dobrze dopasowany do danych i istotny. Stabilność rozumiana jest jako zrównoważenie emocjonalne oraz świadomość i kontrola odczuwanych emocji. Oznacza to, że dla tego etapu charakterystyczne jest zwiększanie kontroli nad sferą emocji lub też, inaczej mówiąc, kontrola i panowanie nad emocjami są czynnikiem, który wydaje się niezbędny, aby osoba mogła znaleźć się na tym etapie. Większa umiejętność panowania na emocjami i ich rozumienia pojawia się w trakcie terapii i być może na tym etapie procesu widoczne są efekty pracy poznawczo-behawioralnej.

Nieco większe znaczenie dla rozumienia tego etapu ma świadomość uzależnienia, które wyjaśnia dodatkowe 10% zmienności. Oznacza to, że osiągnięcie etapu odbudowy wiąże się ze świadomością własnego uzależnienia, co może wpływać dwojako na poczucie zdrowienia. Z jednej strony świadomość konsekwencji oraz trudnych wydarzeń z przeszłości może blokować osobę do podjęcia konkretnych kroków sprzyjających zdrowieniu. Wielu pacjentów podczas terapii przyznaje, że przypominanie sobie momentów picia jest dla nich nieprzyjemne i nie chcą powracać do trudnych wydarzeń związanych z alkoholem ze swojego życia. To może blokować postęp zdrowienia. Z drugiej strony świadomość uzależnienia dla osób, które pokonały blokadę zmierzania się ze swoją przeszłością i konsekwencjami picia może być bodźcem do dalszego, sukcesywnego leczenia. Warto jednak podkreślić, że zmienna ta nie była czynnikiem wyjaśniającym poprzednie etapy, co może oznaczać, że dopiero mężczyźni znajdujący się na etapie odbudowy nabywają świadomości uzależnienia, a więc również tego, że jest to pewien problem, w którym potrzebują pomocy.

Wyniki analiz wskazały, że do zmiennych wyjaśniających ten etap należą: stabilność emocjonalna oraz świadomość uzależnienia. Tym samym hipoteza H.2.2. mówiąca o tym, że etap odbudowy będzie wyjaśniamy w największym stopniu przez kompetencje osobiste do radzenia sobie i mobilizację w trudnych sytuacjach oraz przebaczenie innym została odrzucona, natomiast hipoteza H.2.3. dotycząca czynników demograficznych, takich jak: wiek czy świadomość uzależnienia została potwierdzona w zakresie świadomości uzależnienia, natomiast nie potwierdzona w zakresie wieku.

Ostatnim z analizowanych etapów był etap rozwoju. W oparciu o literaturę przedmiotu postawiono następującą hipotezę:

H2.4. Etap rozwoju będzie wyjaśniany przez optymistyczne nastawienie do życia i tolerancję negatywnych emocji.

W celu dokonania weryfikacji powyższej hipotezy przeprowadzono analizę regresji która wykazała 3 czynniki wspierające etap rozwoju w poczuciu zdrowienia u mężczyzn, są to kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji ($\beta = 0,83$; $p < 0,001$), optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach ($\beta = -0,42$; $p = 0,019$) oraz przebaczenie innym ($\beta = 0,24$; $p = 0,037$). Model regresji jest dobrze dopasowany do danych ($F = 12,053$; $p < 0,001$) i wyjaśnia niemal 38% zmienności etapu rozwoju. Wyniki analiz prezentuje Tabela 16.

Tabela 16. Model regresji liniowej dla etapu rozwoju.

| Zmienne | Model 1 | | | | Model 2 | | | | Model 3 | | | |
|----------------------------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|
| | B | β | t | p | B | β | t | p | B | β | t | p |
| Kompetencje | 1,53 | 0,556 | 4,87 | <0,001 | 2,32 | 0,844 | 4,76 | <0,001 | 2,29 | 0,830 | 4,83 | <0,001 |
| Optyzmizm | | | | | -0,97 | -0,368 | -2,07 | 0,043 | -1,11 | -0,421 | -2,43 | 0,019 |
| Przebaczenie innym | | | | | | | | | 0,43 | 0,238 | 2,14 | 0,037 |
| Statystyki modelu | | | | | | | | | | | | |
| R | | | 0,556 | | | | 0,602 | | | | 0,644 | |
| R ² | | | 0,310 | | | | 0,362 | | | | 0,415 | |
| Skorygowane R ² | | | 0,297 | | | | 0,338 | | | | 0,380 | |
| Zmiana R ² | | | 0,310 | | | | 0,053 | | | | 0,053 | |
| F | | | 23,759 | | | | 4,298 | | | | 4,586 | |
| p | | | <0,001 | | | | 0,043 | | | | 0,037 | |
| Statystyki ANOVA | | | | | | | | | | | | |
| F | | | 23,759 | | | | 14,768 | | | | 12,053 | |
| p | | | <0,001 | | | | <0,001 | | | | <0,001 | |

Źródło: opracowanie własne

Przedstawiony model wskazuje, że na etapie rozwoju czynnikami wspierającymi proces zdrowienia są kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, optymistyczne nastawienie do życia i mobilizowanie się w trudnych sytuacjach oraz przebaczenie innym. Oznacza to, że poczucie zdrowienia, które odpowiada etapowi rozwoju

wyjaśniane jest przez kompetencje, które pomagają w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. Sam wymiar kompetencji wyjaśnia 31% zmienności wyników etapu zdrowienia jakim jest rozwój. Dodatkowe 5% zmienności wnosi czynnik optymizmu, choć jest on związany z tym etapem zdrowienia negatywnie. Osoby kończące terapię na początku życia poza terapią mogą wykazywać trudność w mobilizowaniu się w obliczu nieprzewidywanych sytuacji. Sytuacje te mogą sugerować chęć skorzystania z wcześniejszych strategii poradzenia sobie, m.in. sięgnięcia po alkohol. Te momenty decyzji są niezwykle ważne dla poczucia zdrowienia. Ponadto terapia uzależnień skupia się także na przygotowaniu osób do przeciwdziałania tzw. nawrotom. Może być to powód, dla którego osoby uzależnione nie są nastawione optymistycznie, skupiając się na dostrzeganiu sygnałów ostrzegawczych prowadzących do nawrotu. Świadomość zagrożeń, konieczności pilnowania się, odmawiania alkoholu w różnych sytuacjach społecznych oraz długotrwałość tego wysiłku mogą istotnie obniżać poziom optymizmu, który wydaje się być dość charakterystycznym czynnikiem dla tego etapu.

Trzecim czynnikiem, jaki jest istotnym predyktorem bycia osoby na etapie rozwoju w procesie zdrowienia jest przebaczenie innym, które zwiększa predykcję wariancji zmiennej wyjaśnianej o kolejne 5%. Osoby poddawane oddziaływaniom terapeutycznym odczuwają większe poczucie sprawstwa oraz dostrzegają, że w ich historii zażywania substancji psychoaktywnej były osoby, które ich skrzywdziły. Podczas psychoterapii pacjenci omawiając ten zakres tematyczny często decydują się przebaczyć tym osobom, by sami mogli poczuć się wolni od nieprzyjemnych stanów emocjonalnych i wspomnień.

Analiza wyników badań własnych wykazała, że czynnikami wspierającymi są kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, optymistyczne nastawienie do życia i mobilizowanie się w trudnych sytuacjach oraz przebaczenie innym. Tym samym hipoteza H.2.4 mówiąca o tym, że etap rozwoju będzie wyjaśniany przez optymistyczne nastawienie do życia i tolerancję negatywnych emocji została przyjęta.

Rozdział V - Dyskusja wyników badań własnych

Programy terapeutyczne w Polsce skierowane do osób uzależnionych od alkoholu skoncentrowane są na fakcie utrzymywania abstynencji. Nie są one jednak dostosowywane do procesu zdrowienia, w którym znajduje się osoba zmagająca się z uzależnieniem. Niejednokrotnie nie uwzględnia się tego, na jakim etapie zdrowienia znajduje się osoba, a jedynie fakt czy utrzymuje abstynencję. Dominuje przekonanie, że czas abstynencji jest wyznacznikiem zdrowienia – im dłużej osoba utrzymuje abstynencję, tym jest na dalszym etapie zdrowienia (Napierała, 2013; Włodarczyk, 2016; Woronowicz, 2009). Niejednokrotnie zdarza się tak, że osoba przechodzi kilkakrotnie ten sam program terapeutyczny. Oferta leczenia dla osób będących po raz pierwszy na terapii i tych podejmujących terapię już wcześniej, przeważnie jest taka sama. O wiele bardziej korzystnym dla efektów terapeutycznych i systemu leczenia wydaje się uwzględnienie etapu zdrowienia. Pozwoliłoby to dostrzec potrzeby pacjenta w zależności od etapu, na którym się obecnie znajduje. Każdy z etapów zdrowienia charakteryzuje się bowiem innymi czynnikami warunkującymi utrzymywanie abstynencji (Davidson i in., 2008). Badania Modrzyńskiego (2018) wskazały na konkretne zasoby, które determinują utrzymywanie abstynencji. Kluczowym czynnikiem dla utrzymywania abstynencji jest możliwość pozyskiwania zasobów – odmiennych na poszczególnych etapach zdrowienia. U osób rozpoczynających leczenie pozyskiwanie takich zasobów jak: poczucie realizowania własnych celów, rozwijanie się przez edukację lub doskonalenie zawodowe, poczucie kontroli nad własnym życiem, poczucie dumy z siebie, uznanie osiągnięć, pomoc w opiece nad dziećmi, zdrowie dzieci sprzyja utrzymywaniu abstynencji. Natomiast u tych samych osób po sześciu miesiącach zauważono, że istotną rolę w utrzymywaniu abstynencji przejęły takie zasoby jak: poczucie powodzenia, nadzieja, wpływ na przyszłość, niepoddawanie się rutynie, umiejętności organizacyjne, poczucie zaangażowania, poczucie własnej wartości, świadomość celu w życiu, poczucie sensu życia, poczucie niezależności, spokoju oraz poczucie realizowania własnych celów (Modrzyński, 2018). Podobne wnioski w swoich badaniach wykazała Dudkiewicz (2018), która zaznaczyła, że proces zdrowienia poprzedzony kryzysem, następnie otoczony wsparciem instytucjonalnym jest czasem rozwoju zasobów, szczególnie osobistych, takich jak: radzenie sobie w trudnych sytuacjach. Dodatkowo badania Davidsona i zespołu (2008) pokazały, że osoby zmagające się z uzależnieniem w pierwszych fazach zdrowienia wykazują potrzebę odbudowy relacji o charakterze wspierającym, nadziei czy redefinicji siebie. Natomiast na późniejszym etapie leczenia wykazywali takie potrzeby jak: przezwyciężenie stygmatyzacji czy powrót do życia społecznego (Davidson i in., 2008). Przytoczone przykłady badań wykazują, że

osoby leczące się nie są grupą jednorodną, wykazują różne potrzeby, a sam proces zdrowienia ma swoją dynamikę (Best i Lubman, 2012; Włodarczyk, 2016).

Naukowcy skupiają się głównie na momencie przejścia z nałogu do abstynencji. Brakuje jednak modeli, które opisywałyby grupę osób uzależnionych od alkoholu utrzymujących abstynencję przez co najmniej dwa lata. Leczenie osób uzależnionych nie jest tożsame z samym rozwojem uzależnienia. Osoba wchodząc w proces zdrowienia zmienia swoje życie w różnych jego obszarach. Jest to dynamiczny proces, który powinien być wspierany na każdym jego etapie (Cierpiałkowska i Kubiak, 2010; Klingemann, 2011; Włodarczyk, 2014). Niestety bardzo często osoby uzależnione są pozbawione tego wsparcia po zakończeniu podstawowego programu leczenia.

Analizując literaturę przedmiotu wskazano na powstały w latach 90-tych „dynamiczny model zdrowienia z alkoholizmu” Stephani Brown (1999). Podejmuje ona próbę opisu funkcjonowania osoby uzależnionej, na które składają się takie czynniki jak: alkohol, stosunki z otoczeniem oraz postrzeganie siebie. Wskazała także 4 fazy, przez które przechodzi osoba zdrowiejąca, są to: faza picia, faza przejścia, faza wczesnego powrotu i faza trzeźwienia. W literaturze cytuje się także paralelny model zdrowienia Glatta (1963, za: Cierpiałkowska i Kubiak, 2010), który pojmując uzależnienie od alkoholu jako chorobę ukazuje, że w zdrowieniu osobie pomocne jest: nabycie przekonania, że życie w abstynencji może być satysfakcjonujące, wzbudzenie nadziei, dostrzeżenie różnorodnych opcji przeżycia swojego życia, poprawa zdrowia, powiększenie ilości relacji interpersonalnych, jak i poprawa relacji rodzinnych oraz powrót do zainteresowań, logicznego myślenia czy kontroli emocji. Weryfikacja przytoczonych modeli w odniesieniu do osób uzależnionych utrzymujących abstynencję jest jednak utrudniona ze względu na braki systemu leczenia oraz niepraktykowanie dalszego monitorowania postępów pacjentów. Terapie leczenia uzależnień zazwyczaj wykazują charakter krótkoterminowy. Badacze jednak zauważają, że istotnym czynnikiem podtrzymującym osoby w utrzymywaniu abstynencji, a co się z tym wiąże w postępach procesu zdrowienia, jest korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego, nawet po zakończonym podstawowym programie leczenia (Huebner i Kantor, 2011; Moss i in., 2007; Stanford, 2010).

Przegląd ten pokazał jak zaniedbany jest obszar wsparcia osób zmagających się z uzależnieniem od alkoholu utrzymujących abstynencję po ukończonym leczeniu instytucjonalnym. Główną motywacją do podjęcia zagadnienia poruszanego w ramach niniejszej pracy doktorskiej było zapotrzebowanie na model zdrowienia osób zmagających się z uzależnieniem utrzymujących abstynencję, uwzględniający etapowy charakter tego procesu.

Odpowiedzią na potrzebę wsparcia osób zmagających się z uzależnieniem od alkoholu wydaje się etapowy model zdrowienia zaproponowany przez Andresen, Oades i Cauti (2003).

Zdrowienie definiowane jest jako proces, w wyniku którego życie osoby staje się satysfakcjonujące, nabiera sensu i nadziei, a sama osoba zaczyna postrzegać siebie w sposób pozytywny oraz przejmuje odpowiedzialność za własne działania (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Na tak rozumiany proces zdrowienia składają się następujące komponenty takie jak: odzyskiwanie nadziei, odbudowa tożsamości, znalezienie sensu życia oraz podejmowanie odpowiedzialności za swój powrót do zdrowia (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Podstawowy program leczenia osób zmagających się z uzależnieniem nie realizuje w pełni powyższych wymiarów. Zdrowienie to nie jedynie utrzymywanie abstynencji czy nabycie umiejętności radzenia sobie, ale przede wszystkim samorealizacja i poczucie spełnienia (Anczewska, 2015; Bronowski i Chotkowska, 2016).

Analiza literatury przedmiotu pozwoliła wyłonić zmienne, które mają wpływ na znaczenie oraz przebieg procesu zdrowienia, należą do nich: osobowość, prężność, perspektywa czasowa oraz przebaczenie. Osobowość jest zbiorem cech, które mają wpływ na rozwój uzależnienia, jego podtrzymanie, ale także proces zdrowienia (Arpaci i Unver, 2020; Dash i in., 2019; Franken i in., 2006; Jauk i Dieterich, 2019; Krampe i in., 2006; Miller, 1991; Nathan, 1988; Nikbin i in., 2021; Przepiórka i in., 2019). Z kolei prężność stanowi jeden z ważniejszych predyktorów biorących udział w podtrzymywaniu lub nie zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnej. Coraz częściej także można spotkać się z twierdzeniem, że aspekt prężności powinien być rozpatrywany w kontekście nie tylko rozwoju uzależnienia, ale także zdrowienia (Alim i in., 2012; Cadet, 2016; Cousijn i in., 2018; Moriarty i in., 2011; Robertson i in., 2018). Dodatkowo postrzeganie czasu przez osobę uzależnioną oraz nadawanie mu odpowiedniego znaczenia może wpływać na jej motywację do podjęcia leczenia, ale także cały proces zdrowienia. Perspektywa czasowa także, wg badań, odgrywa istotną rolę w rozwoju uzależnienia zarówno w aspekcie substancji, jak i zachowania (Apostolidis i in., 2006; Lukavska, 2012; Przepiórka i in., 2019). Natomiast przebaczenie jako czynnik leczący zajmuje istotne miejsce podczas psychoterapii uzależnień sprzyjając procesowi zdrowienia (Webb i in., 2015; Webb i in., 2009; Worthington i in., 2001).

Niniejszy projekt badawczy pozwolił odpowiedzieć na powstałe zapotrzebowanie wsparcia osób uzależnionych od alkoholu w zależności od specyfiki ich procesu zdrowienia. W projekcie zatem postanowiono postawić następujące pytania badawcze:

P1. Jakie są różnice pomiędzy mężczyznami będącymi na różnych etapach procesu zdrowienia w zakresie nasilenia analizowanych czynników podmiotowych?

P2. Jakie czynniki wyjaśniają poczucie zdrowienia na poszczególnych jego etapach?

Przeprowadzone badania miały charakter przekrojowy. Realizację badań rozpoczęto w 2020 roku, natomiast zakończono w 2022. Objęły one 240 mężczyzn uzależnionych od

alkoholu, deklarujących utrzymywanie abstynencji. W kolejnym kroku przydzielono badanych do poszczególnych grup, odpowiadających etapowi zdrowienia, na którym się znajdują. Ostatecznie do analiz zakwalifikowano 213 osób.

Podsumowanie rezultatów przeprowadzonych badań będzie zamknięte w dwóch częściach. Pierwszą będzie analiza mężczyzn znajdujących się na poszczególnych etapach zdrowienia w odniesieniu do czynników podmiotowych. W drugiej zostaną wskazane czynniki wspierające proces zdrowienia.

5.1. Różnice w zakresie czynników podmiotowych pomiędzy osobami znajdującymi się na różnych etapach zdrowienia

Prowadzone badania były skoncentrowane wokół odpowiedzi na pytanie dotyczące różnic pomiędzy mężczyznami będącymi na różnych etapach procesu zdrowienia w zakresie nasilenia analizowanych czynników podmiotowych. Jedną z analizowanych zmiennych była osobowość, gdzie doniesienia z dotychczasowych badań pozwoliły na postawienie hipotez, iż osoby będące na etapie przygotowania cechują się najniższą sumiennością w stosunku do osób będących na pozostałych etapach zdrowienia (H.1.1) oraz, że cechują się niższą ugodowością w stosunku do osób będących na etapie rozwój (H1.2).

Analiza wyników badań własnych wykazała istotną różnicę w zakresie ekstrawersji pomiędzy osobami znajdującymi się na różnych etapach procesu zdrowienia. Mężczyźni będący na etapie przygotowania cechują się istotnie niższym poziomem ekstrawersji niż osoby będące na etapie odbudowy oraz na etapie rozwoju. Podobnie w zakresie ugodowości grupy różniły się od siebie istotnie statystycznie. W tym przypadku osoby będące na etapie rozwoju cechują się istotnie niższym poziomem ugodowości niż osoby na etapie odbudowy. Analiza porównań wskazała, że badane grupy także różnią się istotnie między sobą w zakresie cechy stabilności emocjonalnej. Osoby będące na etapie odbudowy cechują się mniejszą stabilnością emocjonalną niż osoby będące na etapie rozwoju. Podobna sytuacja zaistniała między grupami będącymi na etapie przygotowania i etapie rozwoju. Osoby będące na etapie przygotowania wykazują się mniejszą stabilnością emocjonalną niż osoby etapu rozwoju. W aspekcie sumienności oraz intelektu nie wykazano różnic międzygrupowych.

Zaprezentowane wyniki wskazują, że mężczyźni będący na etapie przygotowania nie cechują się niższą sumiennością w porównaniu do pozostałych etapów oraz nie są mniej ugodowi niż osoby znajdujące się na etapie rozwoju. Tym samym hipotezy H1.1. oraz H1.2. zostały odrzucone.

Drugą analizowaną zmienną była prężność, gdzie doniesienia z dotychczasowych badań pozwoliły na postawienie hipotezy, iż osoby będące na etapie rozwoju cechują się wyższą wytrwałością i determinacją w działaniu niż osoby na etapie przygotowanie (H1.3.). Analiza wykazała istotną różnicę w zakresie wymiaru kompetencji osobistych do radzenia sobie w trudnych sytuacjach i tolerancji negatywnych emocji na poszczególnych etapach poczucia zdrowienia. Mężczyźni będący na etapie przygotowania cechują się mniejszymi kompetencjami osobistymi do radzenia sobie w trudnych sytuacjach i tolerancji negatywnych emocji niż mężczyźni znajdujący się na etapie rozwoju. Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność do mobilizowania się w sytuacjach trudnych jest różne u osób znajdujących się na poszczególnych etapach poczucia zdrowienia. Osoby będące na etapie przygotowania są mniej optymistycznie nastawione do życia i mają niższą zdolność do mobilizowania się w trudnych sytuacjach niż osoby znajdujące się na etapie odbudowy i rozwoju. W wymiarach wytrwałość w działaniu, otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru oraz tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie nie wykazano istotnych różnic międzygrupowych. Uzyskane wyniki nie wykazują różnic między badanymi grupami, stąd też postawiona hipoteza H1.3. nie została potwierdzona.

Kolejną analizowaną zmienną była perspektywa czasowa. Na podstawie literatury założono, że osoby będące na etapie odbudowy cechują się wyższym nasileniem perspektywy czasowej ukierunkowanej na przyszłość niż osoby będące na etapie przygotowanie (H1.4) oraz że osoby będące na etapie przygotowania cechują się wyższym nasileniem perspektywy terażniejszej hedonistycznej niż osoby będące na etapie odbudowy (H1.5.). Uzyskane wyniki nie wykazały różnic międzygrupowych. Oznacza to, że mężczyźni będący na poszczególnych etapach zdrowienia w zakresie perspektywy czasowej nie różnią się. Odrzucono zatem postawione hipotezy H1.4. oraz H1.5.

Ostatnią zmienną było przebaczenie. Założono, że osoby będące na etapie przygotowania cechują się wyższą gotowością do przebaczenia innym niż na pozostałych etapach (H1.6.).

Analiza badań własnych wykazała istotną różnicę pomiędzy badanymi grupami w zakresie przebaczenia innym. Mężczyźni, będący na etapie rozwoju w procesie zdrowienia cechują się istotnie niższymi wynikami przebaczenia innym niż osoby będące na etapie przygotowania oraz na etapie odbudowy. Nie zaobserwowano natomiast istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami mężczyzn w zakresie przebaczenia sobie oraz przebaczenia sytuacjom poza kontrolą. Tym samym postawiona hipoteza H1.6. została potwierdzona.

Odpowiadając na postawione pytanie badawcze odnoszące się do identyfikacji różnic między badanymi mężczyznami będącymi na różnych etapach procesu zdrowienia warto

zwrócić uwagę na charakterystykę poszczególnych etapów zdrowienia w odniesieniu do badań własnych oraz zmiennych wyjaśniających.

W etap przygotowania wpisane są konkretne zadania, np. poszukiwanie wsparcia instytucjonalnego, zaangażowanie w grupy samopomocowe lub spotkania z osobami z podobnym problemem (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003).

Przytoczone powyżej analizy badanych cech osobowości mogą wyjaśniać fakt, że osoby trafiające na leczenie instytucjonalne na początku poznawania zasad leczenia, personelu wykazują się dużą nieufnością oraz wycofaniem relacyjnym (Kassani i in., 2015; McLellan i in., 2004; Szcześniak, 2011). Wydaje się, że w tym przypadku istotny może być udział ekstrawersji, która jest cechą odpowiadającą głównie za nawiązywanie relacji interpersonalnych oraz otwartość na nie (Topolewska i in., 2014; Tylikowska, 2006). Badania własne pokazały, że na etapie przygotowania natężenie cechy ekstrawersji jest najniższe w odniesieniu do pozostałych etapów. Może to potwierdzać wnioski z badań, że osoby rozpoczynające leczenie cechujące się niską ekstrawersją są wycofane społecznie, niechętnie nawiązują nowe znajomości oraz rzadko podejmują aktywności nastawione na poszukiwanie wsparcia (Blackwell i in., 2017). Prawdopodobnie przejawia się to w takich zachowaniach jak nieufność bądź brak zaangażowania w proponowane przez terapeutów ćwiczenia. Być może jest to także wynikiem bycia pacjenta na etapie kontemplacji bądź przygotowania do zmiany zgodnie z Transteoretycznym Modelem Zmiany (Connors i in., 2015; DiClemente i in., 2004; Modrzyński, 2017; Prochaski i DiClemente, 1986).

Cechą różnicującą poszczególne grupy jest także ugodowość, która na etapie przygotowania jest wyższa niż na etapie rozwoju. Oznacza to, że mężczyźni będący na tym etapie mogą wykazywać się jednak większą chęcią współpracy i być może po okresie adaptacji do warunków terapii podejmować coraz więcej zachowań prozdrowotnych (Andruszkiewicz i in., 2010; Archer i in., 2019; Lungu i in., 2023). Wnioski te pokrywają się z doniesieniami z badań, gdzie niski poziom ugodowości związany jest z rozwojem i podtrzymywaniem uzależnienia (Bottlender i Soyka, 2015; Ellingson i in., 2016; Loukas i in., 2000; Malouff i in., 2007). Możemy zatem przypuszczać, że wyższy poziom ugodowości będzie sprzyjał rozwojowi procesu zdrowienia. Ponadto wielu mężczyzn rozpoczynających pracę nad sobą, często tkwiąc jeszcze w mechanizmach uzależnienia, może bagatelizować swój problem lub minimalizować go, poprzez porównywanie się z innymi pacjentami, a w porównaniach tych zazwyczaj, złudnie wydaje im się, że funkcjonują lepiej, a ich problem przez otoczenie jest wyolbrzymiony (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011; Włodarczyk, 2014). Konsekwencją takiego myślenia może być stopniowe wycofywanie się z terapii lub uczestniczenie w niej bazując na

motywacji zewnętrznej – np. robiąc to dla kogoś lub z powodu zobowiązań sądowych (Jastrzębska i in., 2017; Karyś i in., 2009; Walja i in., 2022).

Osoby rozpoczynające leczenie będąc na początku abstynencji mogą doświadczać także wielu nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, co może być związane z niższą niż na kolejnych etapach stabilnością emocjonalną (Bottlender i Soyka, 2015; Costa i McCrae, 1985; Kassani i in., 2015). Występujące wahania nastroju mogą być związane z mijającym tzw. miesiącem miodowym, czyli czasem, kiedy utrzymywanie abstynencji z pozoru wydaje się bardzo łatwe. Jest to moment pojawienia się pierwszych silniejszych symptomów głodu alkoholowego (Włodarczyk, 2018).

Okres etapu przygotowania wpisuje się także w moment, kiedy w osobie może wytworzyć się przekonanie, że czas abstynencji, który już osoba wypracowała (zazwyczaj jest to kilka tygodni) jest już wystarczający i może wrócić do kontrolowanego picia (Beck i in., 2022). Brak odpowiednich kompetencji osobistych do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji, dodatkowo brak wypracowanych konstruktywnych strategii radzenia sobie oraz działanie mechanizmów uzależnienia, charakterystycznych dla tej grupy badanej, może być predyktorem zakończenia leczenia oraz złamania abstynencji. Jednak wyższy niż w innych grupach wynik cechy ugodowości może być motywatorem do nabywania tych kompetencji z czasem wchodzenia w proces zdrowienia. Cecha ugodowości może mieć także znaczenie przy podejmowaniu decyzji przebaczenia innym.

Za Jastrzębską (2016) można powiedzieć, że pozytywne nastawienie do ludzi sprzyja wybaczeniu, ale także wzrostowi zaufania względem innych. Badania własne częściowo potwierdzają te wnioski w odniesieniu do przebaczenia innym oraz wykazują różnice w tym wymiarze pomiędzy badanymi grupami. Mężczyźni będący na etapie przygotowania częściej podejmują decyzję przebaczenia innym niż osoby będące na etapie rozwoju. Potwierdzają to badania Webba i jego zespołu (2011), którzy wykazali, że dla pacjentów rozpoczynających leczenie ważne było przebaczenie innym. Może być to wynikiem postrzegania przez osobę uzależnioną rozwoju nałogu jako rezultatu zachowania innych osób (np. dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym czy uleganie namowom osób postrzeganych jako autorytety) i potrzeby przebaczenia im (Angres i Bettinardi–Angres, 2008; Kassani i in., 2015). Być może jest to spowodowane efektami pierwszych oddziaływań terapeutycznych i konstatacji pacjenta, że powrót do zdrowych relacji zapewni mu nie tylko poczucie ulgi, ale także wsparcie emocjonalne na kolejnych etapach zdrowienia (Jacinto i Edwards, 2011; Jastrzębska, 2011).

Dokonanie przebaczenia może być dla pacjenta rozpoczynającego terapię jednak utrudnione, z uwagi na deficyty kompetencji w zakresie radzenia sobie, ale także pewne niekonstruktywne wzorce radzenia sobie (Jacinto i Edwards, 2011; Wade i in., 2005). Może mieć

to związek z niskim nasileniem cech prężności, na co wskazały wyniki badań własnych. Okazuje się bowiem, że osoby będące na etapie przygotowania mają niższy wynik w zakresie kompetencji osobistych do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji niż osoby będące na etapie rozwoju. Prawdopodobnie osoby będące na opisywanym etapie nie posiadają dostatecznych kompetencji osobistych do radzenia sobie, co może być wynikiem działania mechanizmów uzależnienia i nieadaptacyjnego radzenia sobie, co w konsekwencji obniża ich poczucie sprawstwa oraz generuje przeżywanie nieprzyjemnych emocji takich jak poczucie wstydu czy beznadziei (Ogińska-Bulik i Zadworna-Cieślak, 2014).

Ponadto analizy badań własnych wskazują na niższy niż w pozostałych grupach wynik w aspekcie optymistycznego nastawienia do życia i zdolności mobilizowania się w sytuacjach trudnych. Jest to dość zrozumiałe na tym etapie, ze względu na subiektywne doświadczenie negatywnych konsekwencji picia przez osoby leczące się. Na niski wynik tego czynnika może wpływać również uświadomienie sobie stopnia trudności podejmowanych kolejno działań prozdrowotnych (Klingemann, 2010). Warto przypomnieć, że proces zdrowienia jest dynamiczny i dokonuje się w czasie.

Kolejnym etapem w procesie zdrowienia jest etap odbudowy. Etap ten opisuje zaawansowany stopień leczenia charakteryzujący się odbudowywaniem tożsamości oraz aktywnym podejmowaniem działań prozdrowotnych (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Oznacza to, że osoby będące na tym etapie prawdopodobnie podjęły już decyzję o zmianie i koniecznych w tym zakresie aktywności, co przekłada się na odbudowywanie ich tożsamości, nie tylko w aspekcie uzależnienia, ale przede wszystkim w odniesieniu do pełnionych ról społecznych. Jest to zbieżne z Transteoretyczny Modelem Zmiany w odniesieniu do etapu przygotowania (na którym osoba planuje zmianę) oraz etapu działania (kiedy ten plan wdraża w życie) (Connors i in., 2015; DiClemente i in., 2004; Modrzyński, 2017; Prochaski i DiClemente, 1986).

W odniesieniu do wyników badań własnych wykazano, że mężczyźni będący na tym etapie odznaczali się większym natężeniem cechy ekstrawersji oraz optymistycznego nastawienia do życia i tolerancji negatywnych emocji niż mężczyźni będący na etapie przygotowania. Być może jest to efektem formy i dostępności terapii oraz pozytywnego wejścia w realną współpracę z personelem terapeutycznym np. realizacją zaleceń czy wykonywania zadań terapeutycznych. Praca terapeutyczna skupia się wówczas na motywowaniu do zmiany nawyków picia (Postel i in., 2010). Niebagatelne znaczenie ma także systematyczność kontaktów terapeutycznych, podczas których osoba zmagająca się z uzależnieniem otrzymuje każdorazowo informację zwrotną na temat zdrowienia, co zwiększa jej szansę na dłuższą abstynencję (Czabała i Kluczyńska, 2015; Huebner i Kantor, 2011; Tylikowska, 2006;

Witkiewitz i Marlatt, 2011). W konsekwencji może powodować to wzrost poczucia sprawczości pacjenta i optymistyczne nastawienie do podejmowania kolejnych działań. Być może ma to również związek z pomnażaniem zasobów, także tych nabytych już podczas terapii.

Działanie w kierunku zmiany swojej sytuacji w procesie zdrowienia ma miejsce wtedy, kiedy osoba posiada odpowiednią pulę ważnych dla siebie zasobów (Hobfoll, 2006). W warunkach optymalnego poziomu zasobów preferowaną strategią osób zdrowiejących jest działanie i chęć dokonania przełomu w życiu, co ułatwia utrzymanie w programie terapeutycznym, wzmacniając tym samym proces zdrowienia. Podczas terapii osoba uczy się adekwatnej dystrybucji zasobów (Hobfoll, 2006). Na przestrzeni procesu terapii osoba przewartościowuje swoje dotychczasowe życie, co może wpłynąć na zmianę jej nastawienia do siebie, ale także do swojego życia nadając mu większy sens oraz generując satysfakcjonujące cele na przyszłość. Może to zwiększać optymistyczne nastawienie i chęć do życia pacjenta. Optymizm z kolei jest zaliczany do istotnych zasobów osobistych, które mają wspierać funkcjonowanie jednostki pełniąc rolę regulatora między wydarzeniami trudnymi a strategiami radzenia sobie (Chodkiewicz, 2001; Halahan i Moos, 1987). Zatem większa świadomość zasobów oraz umiejętność ich dystrybucji adekwatnie do sytuacji może modyfikować optymistyczne nastawienie do życia i tolerancję negatywnych emocji mężczyzn będących na etapie odbudowy w procesie zdrowienia.

Warto jednak zauważyć, że wykazano u nich także niższy poziom stabilności emocjonalnej oraz wyższą skłonność do przebaczenia innym od mężczyzn będących na etapie rozwoju. Może mieć to związek z tym, że uzależnienie od alkoholu jest silnie związane z kwestią regulacji emocji z uwagi na retrospektywne łącznie picia z nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi przez osoby zmagające się z uzależnieniem. Nadmierna kontrola nieprzyjemnych emocji i brak wyrażania ich mogą wiązać się z powrotem do picia (Berking i in., 2011). Nieocenioną na tym etapie zdrowienia jest zatem współpraca pacjenta z terapeutą skutkująca wypracowaniem konkretnych strategii radzenia sobie, polegających na planowaniu, poszukiwaniu wsparcia, podejmowaniu działań oraz pozytywnym przewartościowaniu korzystnym dla utrzymania abstynencji (Chodkiewicz, 2012; Moore i in., 2014; Steuden i Ledwoch, 2005; Steuden i Oleś, 2006).

Dodatkowym czynnikiem wspierającym proces zdrowienia jest ilość i rodzaj wsparcia społecznego (Hunter-Rell i in., 2009; Steuden i Okła, 2006). Może mieć to związek z większą dyspozycją do przebaczenia innym w celu powiększenia konstruktywnych relacji z osobami niepijącymi (Jastrzębska, 2016; Jacinto i Edwards, 2011; Nordfijaern, 2011; Wade, 2010). Przekłada się to na budowanie i rozszerzanie siatki wsparcia, co może mieć istotny wpływ na rozwój procesu zdrowienia oraz wydłużenie czasu abstynencji.

Ostatnim etapem procesu zdrowienia jest etap rozwoju. Etap ten charakteryzuje się odzyskaniem satysfakcjonującego życia, które cechuje się pozytywnym poczuciem własnej wartości, umiejętnością radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz samodzielnej kontroli choroby, w odniesieniu do uzależnienia jest to m.in. kontrola sygnałów ostrzegawczych nawrotu (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Może to oznaczać, że osoby będące na tym etapie potrafią korzystać z siatki wsparcia, są bardziej świadoma swoich potrzeb i emocji czego dowodzą uzyskane wyniki.

Mężczyźni biorący udział w badaniu w ramach tego etapu cechowali się wyższym poziomem ekstrawersji i stabilności emocjonalnej oraz mniejszym natężeniem ugodowości niż osoby będące na etapie przygotowania. Być może jest to wynikiem adekwatnego wykorzystania świeżo nabytych umiejętności odnoszących się do „zarządzania” relacjami z innymi. Umożliwia to pacjentowi korzystne dla niego rozróżnianie charakteru relacji, które wspierają go w procesie zdrowienia lub go utrudniają (Chodkiewicz, 2012). Może to również oznaczać zwiększone poczucie własnej skuteczności, częstsze posługiwanie się strategii skoncentrowanymi na rozwiązywaniu problemu oraz większą pewność siebie, które wspólnie determinują wyższy poziom funkcjonowania w relacjach rodzinnych i społecznych (p.. świadome wchodzenie w relacje z osobami niepijącymi) (Moos i in., 2006).

Jak dowodzą Huebner i Kantor (2011) zarówno koncentracja na wzmacnianiu konstruktywnych strategii zaradczych, jak i częstsze korzystanie ze wsparcia społecznego wzmacniają i przyspieszają proces zdrowienia. Prawdopodobnie jest to związane z większą świadomością pacjenta w odniesieniu do jego potrzeb, ograniczeń i możliwości na tym etapie zdrowienia (Chodkiewicz, 2006; Sliedrecht i in., 2019). Nasuwa to także spostrzeżenie, że nagromadzone i/lub pomnożone zasoby są przez nich adekwatnie dystrybuowane, a oni sami dążą do tego, by ich nie tracić (Hobfoll, 2006).

Ponadto osobę zmagającą się z uzależnieniem będącą w trakcie zdrowienia na opisywanym etapie może cechować większy wgląd, który oznacza zwiększoną zdolność do kierowania własnym życiem bazującą na weryfikacji przekonań oraz świadomości swoich potrzeb i ograniczeń (Chodkiewicz, 2012; Modrzyński, 2018). Istotną rolę odgrywa tu kontakt terapeutyczny, który jest skutecznym narzędziem wspierającym i monitorującym zmiany w funkcjonowaniu osoby uzależnionej (Stanford, 2010). Jak wskazuje Stanford (2010) w procesie zdrowienia ważne wydaje się także korzystanie z form wsparcia, w szczególności grup samopomocowych AA, także po ukończeniu terapii.

Zastanawiający w uzyskanych wynikach badań okazał się wynik cechy ugodowości. Sugeruje on, że mężczyźni będący na tym etapie, mogą bardziej koncentrować się na swoich potrzebach a przez to być postrzegani jako egoistyczni lub chłodni emocjonalnie. Być może jest

to postawa oznaczająca skupienie się na zachowaniach sprzyjających zdrowieniu oraz realizacji zaleceń terapeutycznych (takich jak: omijanie kontaktów z osobami pijącymi czy unikaniem miejsc, gdzie wcześniej osoba piła), co może mieć przełożenie na dalsze utrzymywanie abstynencji, czasem kosztem niektórych relacji. Wnioski te nie pokrywają się jednak z doniesieniami badań, gdzie niski poziom ugodoowości utożsamiany jest z rozwojem i podtrzymywaniem uzależnienia (Bottlender i Soyka, 2015; Ellingson i in., 2016; Loukas i in., 2000; Malouff i in., 2007). Badania własne, w których ugodoowość osiągnęła najniższy wynik na etapie rozwoju mogą sugerować bowiem, że osoba weryfikuje relacje interpersonalne, wybierając jedynie te, które są dla niej bezpieczne.

Rozpatrując ten wynik łącznie ze stabilnością emocjonalną, można powiedzieć, że osoby te są świadome potrzeby bycia w relacjach, ale pogłębiają je jedynie z osobami, w towarzystwie których czują się bezpiecznie (Brown, 1999). Może świadczyć to ponownie o wyższym poziomie wglądu i dążeniu do bardziej stabilnych kontaktów z otoczeniem osoby zdrowiejącej, co skutkuje konstruktywnymi zmianami w różnych sferach życia społecznego i rodzinnego (Shiffman, 1997; Woronowicz, 2009). W odniesieniu do stabilności emocjonalnej wykryto także różnicę pomiędzy etapem odbudowy i etapem rozwoju – w tym ostatnim średnia była istotnie wyższa. Wynik ten może oznaczać, że osoby te nie popadają łatwo w negatywne stany emocjonalne i nie wykorzystują strategii unikowych, jak to może mieć miejsce w początkowych etapach zdrowienia (Gustavsson, 1996; McRae, 1993; Zannarini, 2010).

Dodatkowo pomocne w zdrowieniu okazuje się kształtowanie już posiadanych kompetencji oraz nabywanie nowych. Poziom kompetencji osobistych do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji oraz optymistycznego nastawienia do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach w przeprowadzonych badaniach u osób będących na etapie rozwoju były istotnie wyższe niż u osób znajdujących się na etapie przygotowania. Zapewne może to być wynikiem oddziaływań terapeutycznych, których efektem jest radzenie sobie z konfliktami w relacjach (Moos i in., 2006).

Osoby będące na tym etapie mogą posiadać wyższy poziom zasobów niż osoby będące na wcześniejszych etapach zdrowienia, skutkuje to stosowaniem strategii skoncentrowanych na rozwiązaniu problemu (Huebner i Kantor, 2011). Powiększanie swoich zasobów oraz umiejętne wykorzystanie ich na tym etapie zdrowienia, jak pokazują badania autorki, mogą być wynikiem oddziaływań terapeutycznych w nurcie, tu poznawczo-behawioralnym. Koncentruje się on bowiem na procesach myślowych oraz przekształceniu ich na bardziej konstruktywne (Beck i in., 2022; McHugh i in., 2010; Popiel i Pragłowska, 2022). Uściślając, polega to na identyfikacji dysfunkcyjnych przekonań, postaw oraz sytuacji odgrywających istotną rolę w procesie uzależnienia (Kucińska i Mellibruda, 1997; Kurza, 2005; Maisto i in., 2000). Istotna wydaje się

tu także sama motywacja osoby uzależnionej do wprowadzenia nowych nawyków, bazując na jej potrzebach, zasobach i pragnieniach (Beck, 2007; Beck 2012).

Dodatkowym aspektem wspierającym leczenie może być przebaczenie, jednak jest ono zależne od woli i gotowości pacjenta (Exline i in., 2003; Kaleta i Mróz, 2017). Analiza zmiennej przebaczenie wykazała różnicę w aspekcie przebaczenia innym – osoby będące na etapie rozwoju osiągnęły istotnie niższy wynik niż osoby znajdujące się na etapie przygotowania i etapie odbudowy. Jak wspomniano wcześniej wynik ten może sugerować większą świadomość własnych potrzeb w odniesieniu do funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Osoba może celowo wybierać relacje ważne dla siebie, z innych natomiast rezygnować. Wyznacznikiem tego wyboru może być także większe poczucie własnej skuteczności co skutkuje wybiórczością w kształtowaniu relacji (Willenbring, 2010). W tym miejscu należy zauważyć, że w procesie zdrowienia ważną rolę odgrywa taki czynnik terapeutyczny jak wsparcie społeczne (Hunter-Reel i in., 2009; O'Farrell i in., 1998; Vailland, 1988). Zatem być może nieumiejętność dokonania przebaczenia może skutkować zapiciem (tzw. wpadką) co zwiększy prawdopodobieństwo nawrotu (Zarzycka i in., 2017).

Przeprowadzone badania własne nie różnicowały grup pod kątem zmiennych wyjaśniających takich jak: sumienność, intelekt, wytrwałość i determinacja w działaniu, tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jak wyzwanie, otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, we wszystkich perspektywach czasowych oraz przebaczenie sobie i sytuacjom poza kontrolą.

W badaniach własnych sumienność rozumiana jako skłonność do realizacji powierzonych zadań nie była zmienną różnicującą osoby będące na poszczególnych etapach poczucia zdrowienia. Rozważając uzyskane wyniki można odnieść się do badań Weissa i Costy (2005), gdzie sumienność wiązała się z częstszym podejmowaniem przez osoby zachowań prozdrowotnych, a unikaniem ewentualnych czynności szkodliwych. Ponadto cecha sumienności wiązana jest z dbaniem o zdrowie, co także może wpływać na wyższe natężenie tej cechy u osób będących w procesie zdrowienia niezależnie od etapu (Hagger-Johnson i Whiteman, 2007; Hill i in., 2011; Turiano i in., 2012). Badania Fishera i zespołu (1998) pokazują, że wysokie natężenie cechy osobowości jaką jest sumienność, sprzyja powodzeniu terapii oraz zabezpiecza pacjenta przed ewentualnym nawrotem. Ponadto niski poziom sumienności i niski stabilności emocjonalnej wskazywane są jako predyktory nawrotu, ale także zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju uzależnienia (Bottlender i Soyka, 2015; Fisher i in., 1998; Ruiz i in., 2003).

Kolejną zmienną nieróżnicującą okazał się intelekt. Możemy zatem wnioskować, że zdolność do nabywania wiedzy, otwartość na nią jest obecna na każdym z etapów. Szczególnie,

dotyczy to osób będących w terapii poznawczo-behawioralnej, gdzie duży nacisk kładzie się na obszar psychoedukacji. Niezwykle ważnym wnioskiem w świetle rozważanych badań są doniesienia mówiące o poprawie funkcji poznawczych, w tym także inteligencji. Polepszenie funkcjonowania poznawczego ulega poprawie wraz z przedłużającą się abstynencją i procesem zdrowienia (Canha, 2016; Volkow i Fowler, 2000; von Wormer, 1987).

Wskaźniki prężności takie jak: wytrwałość i determinacja w działaniu, tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jak wyzwanie oraz otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru również okazały się nie różnicujące badanych grup mężczyzn.

Wytrwałość i determinacja w działaniu jest niezwykle ważna przy podejmowaniu decyzji leczenia, w tym także abstynencji. Motywacja do leczenia i wytrwanie w nim oraz przetrwanie tolerancja przykrych stanów emocjonalnych okazują się ważnym czynnikiem determinującym pozytywną zmianę także w innych grupach badawczych takich jak: normalizacyjnej grupie mężczyzn (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008), osobach zmagających się ze śmiercią bliskiej osoby (Ogińska-Bulik, 2015) czy osobach wychowujących się w rodzinach bez problemu alkoholowego (Duda, 2021). Być może w świetle badań własnych ten czynnik nie różnicuje grup, ponieważ są one podobnie zmotywowane do podjęcia czy kontynuacji leczenia. Ponadto może osoby będące na poszczególnych etapach podobnie przeżywają niepowodzenia, starają sobie z nimi radzić, a ewentualne sytuacje trudne traktować jako wyzwanie.

Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru jest niezwykle ważnym czynnikiem w procesie zdrowienia. Otwartość na proponowane w toku terapii zadania terapeutyczne czy nabywanie nowych umiejętności radzenia sobie, może być wynikiem oddziaływania właśnie tego czynnika prężności. Z kolei poczucie humoru stanowi jeden z najbardziej konstruktywnych mechanizmów obronnych, sprzyja buforowaniu stresu, a co się z tym wiąże – redukcji napięcia (Clabby, 1977; Canha, 2016; Purzycki, 2010). Poczucie humoru wpływa także na szybszą naukę zdrowych sposobów życia czy zasad życia społecznego o wiele bardziej niż nauka twardych zasad w sposób oschły lub pozbawiony humoru (Clabby, 1997; Canha, 2016; Summerfelt i in., 2010).

Perspektywa czasowa okazała się także zmienną nieróżnicującą badane grupy mężczyzn. Jednak wyniki uzyskane w zakresie perspektywy czasowej pokazują, że mężczyźni w procesie zdrowienia cechują się najwyższym nasileniem perspektywy czasowej terażniejszej hedonistycznej, natomiast najniższym w perspektywie terażniejszej fatalistycznej. Możemy zatem wnioskować, że osoby rozpoczynające leczenie a będące jeszcze w mechanizmach uzależnienia intensywnie przeżywają swoje emocje, z trudem odraczają gratyfikację oraz starają się unikać nieprzyjemnych emocji, np. smutku. Z drugiej strony mogą również doceniać każdy kolejny dzień abstynencji i widzieć w nim sukces. Perspektywa terażniejsza hedonistyczna

cechuje się także obniżonym krytycyzmem, co oznacza, że osoby będące na początku terapii mogą podejmować wiele decyzji impulsywnie, bez dłuższej refleksji (Dąbrowska, 2022; Zimbardo i in., 2013). Z tego powodu pojawiające się głody alkoholowe, w połączeniu z jeszcze może słabą motywacją do leczenia, mogą skłonić osobę do rezygnacji z terapii (Dąbrowska, 2022).

Ostatnimi zmiennymi, które nie różnicowały badanych grup mężczyzn na poszczególnych etapach zdrowienia było: przebaczenie sobie i przebaczenie sytuacjom poza kontrolą. Decyzja przebaczenia może być dla osoby wychodzącej z nałogu bardzo wymagająca. Jak podają Mellibruda (1995) i Woydyło (1998), przebaczenie jest spotkaniem z wewnętrznymi, trudnymi doświadczeniami, takimi jak ból, niemoc, gniew. Być może mężczyźni biorący udział w badaniu nie byli gotowi podjąć decyzji przebaczenia sobie lub sytuacjom poza kontrolą. Uzyskany wynik wydaje się ciekawy ze względu na doniesienia z innych badań. Dowodzą one, że większej predyspozycji do przebaczenia sprzyja wysoki wynik ugodowości oraz stabilności emocjonalnej (Zarzycka, 2016). W badanych grupach cechy te okazały się różnicujące, jednak nie wpłynęły na decyzję badanych mężczyzn do przebaczenia sobie czy sytuacjom poza kontrolą. Być może przyczyną tego wyniku jest nacisk badanych mężczyzn na odbudowanie relacji interpersonalnych i tworzenie siatki wsparcia, która jest bardzo ważna podczas leczenia odwykowego (Davidson i in., 2008; Jacinto i Edwards, 2011).

5.2. Predyktory poczucia zdrowienia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu na poszczególnych jego etapach

Jak wspomniano już wcześniej w Polsce programy terapeutyczne skierowane do osób zmagających się z uzależnieniem nastawione są na podjęcie abstynencji. (Kucińska, 1997; Kurza, 2005). Niewiele jednak poświęca się uwagi na to jakie czynniki mają charakter leczący w szczególności w odniesieniu do osób zmagających się z uzależnieniem.

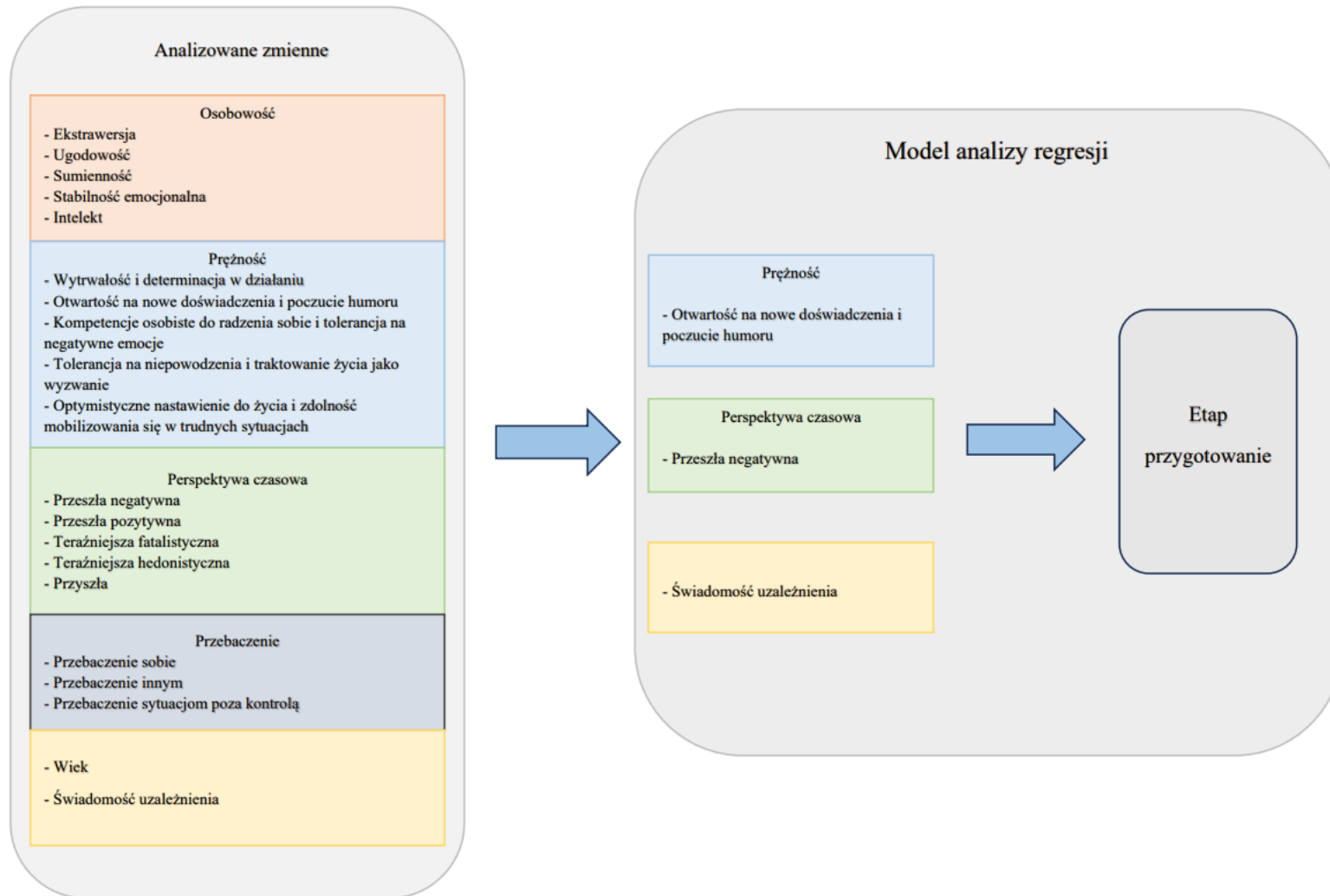
Literatura przedmiotu podaje, że do czynników determinujących decyzję podjęcia abstynencji i leczenia zalicza się: świadomość i rozpoznanie problemu (Żulewska, 2005), trudne wydarzenia życiowe (Andrews, 2012; Grosso i in., 2013; Tsogia i in., 2001), nagromadzenie negatywnych konsekwencji uzależnienia (Andrews, 2012; Tsogia, 2001), nacisk ze strony otoczenia (Polcin, 1997), poczucie wsparcia (Tsogia in., 2001), nakaz leczenia (Andrews i in., 2012), wcześniejsze doświadczenia terapeutyczne (Tsogia, 2001), doświadczanie przykrych stanów emocjonalnych (Tsogia i in., 2001), zmienne socjodemograficzne, np. wiek, płeć, pochodzenie etniczne, wykształcenie (Tsogia i in., 2001). Istotnym jest zatem, w świetle badań

własnych, zidentyfikowanie jakie czynniki wyjaśniają oraz wspierają poczucie zdrowienia w zaproponowanym modelu. Prowadzone badania były skoncentrowane wokół odpowiedzi na pytanie jakie czynniki wyjaśniają poczucie zdrowienia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu utrzymujących abstynencję na poszczególnych jego etapach. Tak więc na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz przeglądu dotychczasowych badań założono, że etap przygotowania będzie wyjaśniany przez czynniki związane z osobowością, takie jak: sumienność i ekstrawersja (H2.1.). Etap odbudowy będzie wyjaśniany przez kompetencje osobiste do radzenia sobie i mobilizację w trudnych sytuacjach, przebaczenie innym (H2.2.) oraz wiek lub świadomość uzależnienia (H2.3.). Z kolei etap rozwoju będzie wyjaśniany przez optymistyczne nastawienie do życia i tolerancję negatywnych emocji (H2.4.).

Analiza wyników badań własnych wykazała, że etap przygotowania jest wyjaśniany przez takie czynniki jak otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, perspektywę terażniejszą hedonistyczną oraz świadomość uzależnienia. Tymczasem w hipotezie założono, że czynnikami wyjaśniającymi będą sumienność i ekstrawersja (H2.1), nie okazały się one jednak istotne w modelach. Tym samym hipoteza H2.1. nie została potwierdzona. Drugim analizowanym etapem był etap odbudowy. Wyniki analiz wskazały, że do zmiennych wyjaśniających ten etap należą: stabilność emocjonalna oraz świadomość uzależnienia. Tym samym hipoteza H2.2. została odrzucona, natomiast hipoteza H2.3. została potwierdzona. Ostatnim analizowanym etapem był etap rozwoju. Analiza wyników badań własnych wykazała, że czynnikami wspierającymi są kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, optymistyczne nastawienie do życia i mobilizowanie się w trudnych sytuacjach oraz przebaczenie innym. Tym samym hipoteza H2.4. została przyjęta.

Etap przygotowanie charakteryzuje się oceną oraz identyfikacją swoich mocnych i słabych stron, podejmowaniem działań prozdrowotnych, jak i decyzją rozpoczęcia leczenia (Andresen i in., 2003; Andresen i in., 2006). U badanych mężczyzn jest wyjaśniany przez czynniki takie jak: otwartość na nowe doświadczenia i tolerancję negatywnych emocji, przyjęcie perspektywy terażniejszej hedonistycznej oraz świadomość uzależnienia (Rysunek 6).

Rysunek 6. Predyktory poczucia zdrowienia na etapie przygotowania dla badanej grupy mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne

Otwartość na nowe doświadczenia i tolerancja negatywnych emocji mogą mieć potencjał wspierania osób decydujących się na leczenie (Duda, 2021; Moriarty i in., 2011; Ogińska-Bulik, 2014). Osoba zmagająca się z uzależnieniem a podejmująca leczenie może nie być świadoma jak wiele jest czynników, które mają wpływ na powodzenia terapii. To właśnie na początku zdrowienia otwartość i dostosowanie terapii oraz metod terapeutycznych w dużej mierze warunkują sukces terapeutyczny. Na początku ciężar dostosowania terapii spoczywa na terapeutach (Modrzyński, 2018). Pacjenci rozpoczynający terapię znajdują się bowiem w nowej sytuacji poznając ośrodek, poradnię czy personel, a przede wszystkim program leczenia. Może to generować w nich niepokój, odczuwanie nieprzyjemnych emocji, a w konsekwencji brak poczucia bezpieczeństwa (Bakuła, 2003; Cierpiałkowska i Kubiak, 2010; Czabała, 2006;). Otwartość na nowe doświadczenia i tolerancja negatywnych emocji mogą wspierać w początkowych fazach leczenia osobę, również poprzez motywowanie jej do nabywania bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie (Moore i in., 2014; Chodkiewicz, 2012; Steuden i Ledwoch, 2005) oraz zwiększanie poczucia własnej skuteczności poprzez doskonalenie umiejętności zaradczych (Chodkiewicz, 2006; Holt i in., 2012). Ten czynnik prężności może skłaniać pacjentów do podejmowania zachowań prozdrowotnych oraz zaufania personelowi terapeutycznemu, który na etapie przygotowania pełni jedną z najważniejszych ról wspierając pacjenta.

Jest to moment kiedy pacjent, często będąc na początku abstynencji, stara się zacząć funkcjonować w sposób społecznie akceptowany i wejść odpowiednio w powierzone mu role (Junik, 2011). Tu niezwykle ważną rolę odgrywa prężność i jej komponenty, które prowadzą do poprawy funkcjonowania psychospołecznego pacjenta mimo przeżywanego stresu czy napięcia (Junik, 2011). Dzieje się tak, ponieważ osoba może odzyskiwać stopniowy wgląd w swoją aktualną sytuację życiową oraz poszukiwać pomocy i wsparcia z zewnątrz (Chodkiewicz, 2012). To z kolei przekłada się na funkcjonowanie pacjenta, który - jeśli korzysta z zasobu, jakim jest prężność - nie wraca do stanu sprzed kryzysu czy choroby, ale dąży do odzyskiwania równowagi tu i teraz, co łączy się także z jego osobistym rozwojem (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008; Steuden i Oleś, 2006).

Otwartość na nowe doświadczenia może pełnić również ważną rolę w kontaktach interpersonalnych. Dotyczy to zwłaszcza terapii opartej na pracy grupowej. Wejście w jej strukturę jest wyzwaniem dla pacjenta rozpoczynającego leczenie i wymaga od osoby otwartości na zasady grupy oraz jej poszczególnych członków (Dębski, 2021; Duda, 2021; Gąsior, 2018; Moriarty i in., 2011). Niezwykle pomocna wydaje się tu także tolerancja negatywnych emocji i radzenie sobie z nimi. Jest to zazwyczaj jedna z pierwszych umiejętności, którą nabywają pacjenci podczas oddziaływań terapeutycznych (Brown, 1999; Chodkiewicz, 2012;

Woronowicz, 2009). Należy w tym miejscu pamiętać, że jednym z mechanizmów uzależnienia jest mechanizm nałogowego regulowania uczuć polegający głównie na uśmierzaniu przykrych stanów emocjonalnych za pomocą alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (Frąckowiak i Motyka, 2015; Mellibruda, 1997; Włodarczyk, 2014). Z tego powodu na początku procesu zdrowienia osoba uzależniona może zmagać się z labilnością skrajnych nastrojów, co jest spowodowane odstawieniem substancji (Brown, 1999; (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011). Niezwykle istotny do poradzenia sobie z odczuwanym nieprzyjemnym stanem emocjonalnym jest trening i nabywanie nowych strategii radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami, które z czasem zastąpią niekonstruktywne wzorce zachowania, zazwyczaj o charakterze ucieczkowym.

Ważnym wydaje się także zwrócenie uwagi na przyjęcie perspektywy terażniejszej hedonistycznej, która w aspekcie emocjonalnym łączy się z tolerancją negatywnych emocji. Może to oznaczać, że osoba stara się tu skupić na aktualnie przeżywanym stanach emocjonalnych, które często mogą być bardzo intensywne oraz nieprzyjemne, z kolei z drugiej strony może cieszyć się i doceniać każdy kolejny dzień abstynencji (Borisenkow i in., 2022; Chodkiewicz i Nowakowska, 2011; Dąbrowska, 2022; Moskalewicz i Schwarts, 2020; Przepiórka i Błachnio, 2016).

Niezwykle istotne zatem wydają się tu interwencje terapeutyczne skupione wokół nabywania umiejętności z zakresu radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami, jak i strategiami radzenia sobie w trudnych sytuacjach czy podstaw treningu asertywności. Jednak wejście w oddziaływania terapeutyczne wiąże się ze świadomością problemu.

Literatura przedmiotu podaje, że decyzja podjęcia leczenia jest ściśle związana z oceną poznawczą aktualnej sytuacji życiowej pacjenta oraz odnosi się do wagi korzyści i nawarstwiających się negatywnych konsekwencji picia (Cunningham i in., 2000; Tsogia i in., 2001).

Badania własne także rzuciły światło na czynnik świadomości uzależnienia jako jednej ze zmiennych wyjaśniających opisywany etap zdrowienia. Brown (1999) podaje, że początek zdrowienia, a co się z tym wiąże większa świadomość problemu, może być powiązana z kryzysem, który przechodzi pacjent właśnie rozpoczynając leczenie. Sytuacja ta może być jeszcze bardziej utrudniona ze względu na działania mechanizmów uzależnienia.

Jak zostało to opisane w rozdziale 1, mechanizmy te destrukcyjnie wpływają na funkcjonowanie osoby szczególnie w zakresie kontaktu z samym sobą (niskie poczucie własnej wartości, negatywny obraz siebie, wstyd, myśli samobójcze), schematów relacyjnych (konflikty, brak zaufania, agresja) oraz wartości i planów na przyszłość (uczucie pustki, negatywny

stosunek do norm oraz wartości) (Frąckowiak i Motyka, 2015; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011).

Podsumowując początkiem procesu zdrowienia zazwyczaj jest decyzja abstynencji, jednak ta decyzja pociąga za sobą konkretne zmiany w myśleniu, przeżywaniu emocji oraz zachowaniu, podczas których pacjent potrzebuje wsparcia oraz wiedzy, na której oprze swoje leczenie (Chodkiewicz, 2006; Napierała, 2017; Popiel i Pragłowska, 2022; Sliedrecht i in., 2019).

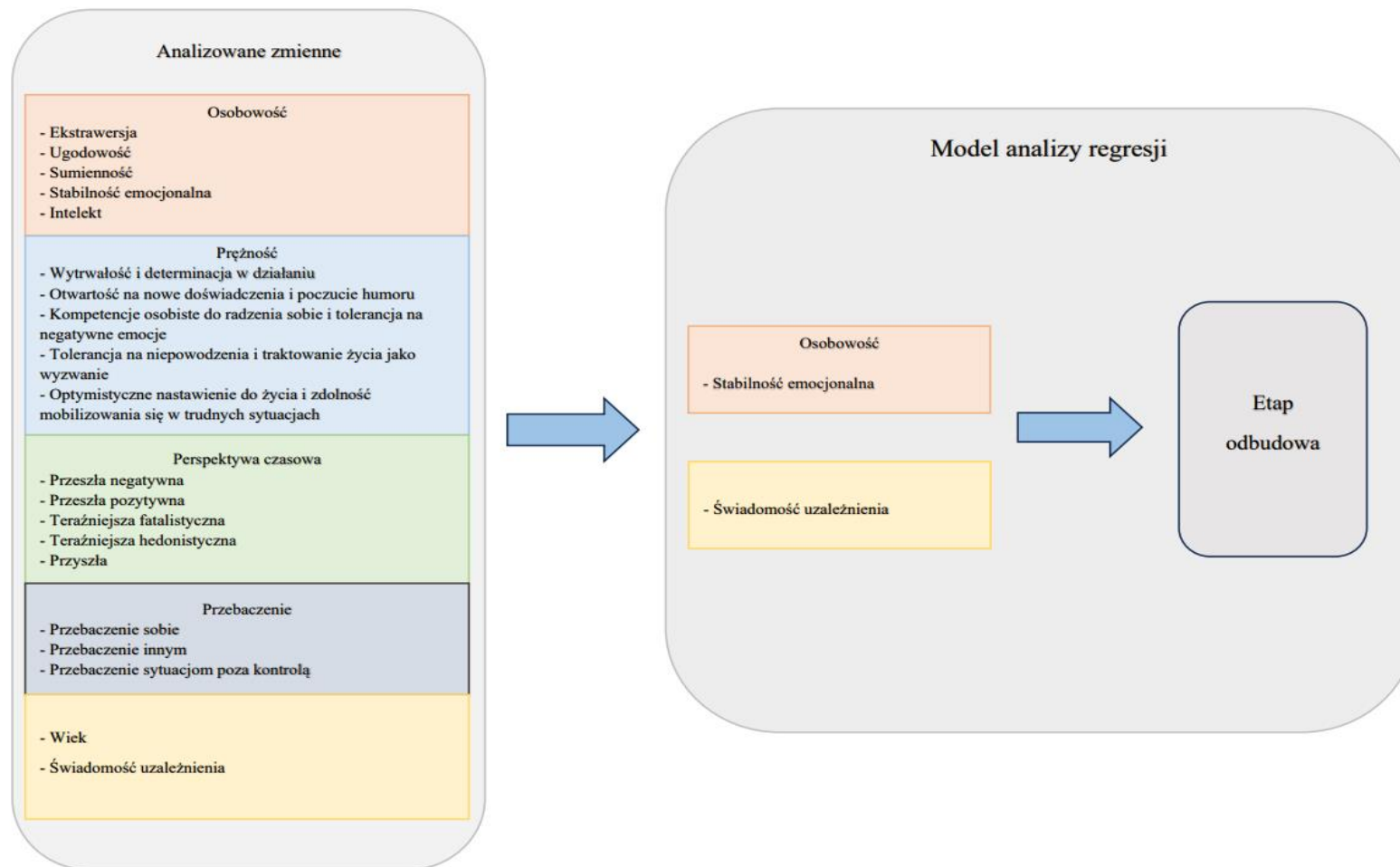
Etap odbudowy opisywany jest jako czas odbudowywania tożsamości, wyznaczania celów oraz odzyskiwania kontroli nad swoim życiem (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). W świetle badań własnych jest wyjaśniany przez czynniki takie jak: stabilność emocjonalna i świadomość uzależnienia (Rysunek 7).

Stabilność emocjonalna odgrywa niezwykle ważną rolę w procesie zdrowienia, ponieważ daje poczucie stabilizacji, zrównoważenie oraz spokój – który jest najczęściej wymieniany przez pacjentów jako cel do osiągnięcia w terapii (Fisher i in., 2008; Ghislieri i in., 2022; Hall i in., 2022; Liese i in., 2020; Merrill i in., 2002; Reyre i in., 2013; Zhang i in., 2022).

W procesie terapeutycznym osób zmagających się z uzależnieniem niezwykle ważną rolę odgrywa „rozbrajanie” mechanizmów związanych z uzależnieniem, tj. systemu iluzji i zaprzeczeń, mechanizmu rozdwojonego i rozproszonego Ja oraz mechanizmu nałogowego regulowania uczuć. Praca ta polega głównie na zmianie i poprawie funkcjonowania pacjenta w sferze poznawczo-emocjonalnej. Może to prowadzić do coraz większego poczucia stabilności pacjenta oraz kontroli (Mellibruda, 1997; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2011; Chodkiewicz, 2012).

Stabilizacja emocjonalna może być także wzmacniana na tym etapie poprzez oddziaływania terapeutyczne, szczególnie w odniesieniu do terapii poznawczo-behawioralnej (Leahy i in., 2014; Liese i Tripp, 2018). Osoba będąca w terapii poznaje konkretne sposoby regulacji emocji, które mają pomóc jej zredukować pojawiające się napięcie za pomocą konstruktywnych strategii radzenia sobie (Leahy i in., 2014; McHugh i in., 2010). Nabywanie strategii radzenia sobie ze stanami emocjonalnymi jest dla pacjenta uzależnionego niezwykle ważną umiejętnością, którą nabywa i kształtuje przez cały proces terapeutyczny (Andresen i in., 2003; Bronowski i Chotkowska, 2016). Badacze zwracają uwagę, że obszar pracy w sferze emocjonalnej jest niezwykle istotny (Niewiadomska i Stanisławczyk, 2004).

Rysunek 7. Predyktory poczucia zdrowienia na etapie odbudowy u badanych mężczyzn



Źródło: opracowanie własne

Czas początkowego zdrowienia jest dla osoby zmagającej się z uzależnieniem trudny, a ona sama może być podatna na pojawiające się symptomy głodu alkoholowego, wahania nastrojów czy poczucie beznadziejności, które w konsekwencji mogą prowadzić do zapicia (Niewiadomska i Stanisławczyk, 2004; Niewiadomska, 2010; Pytka i Nowak, 2010). Z tego powodu osoba zdrowiejąca powinna być otoczona wsparciem, ale także wyposażona w konkretne strategie radzenia sobie, które pomogą jej przetrwać przykre stany emocjonalne, które wcześniej rozładowywała za pomocą alkoholu (Czabała, 2006; Czabała i Kluczyńska, 2015; Niewiadomska, 2010).

Osiągnięcie stabilności emocjonalnej może być także warunkowane przez uczestnictwo w grupach samopomocowych. W założeniu mają one nie tylko okazywanie wsparcia i zrozumienia, ale także rozładowywanie emocji oraz budowanie pozytywnej, satysfakcjonującej wizji życia (McKay i Hiller-Sturmhofel, 2011; Hodge, 2011; Vaillant, 1988). Możliwe, że osoby będące już na etapie odbudowy poszukują wsparcia u osób z podobnym problemem, co także przekłada się na uczenie się regulacji emocji.

Stabilizacja emocjonalna zapewniając pacjentowi odzyskiwanie kontroli w sferze emocji przyczynia się do jego zmiany obrazu siebie – osoba patrząc na siebie nie przez pryzmat silnych wahań emocjonalnych doświadcza często po raz pierwszy siebie na trzeźwo (Pugsley, 2002; Simanjutak i Ko, 2021). Zmiana postrzegania siebie jest związana z wiedzą na temat uzależnienia i tego jak wpływa ono na postrzeganie siebie. Z tego powodu też zmienną dodatnio wyjaśniającą etap odbudowy jest świadomość uzależnienia.

Decyzja podjęcia terapii połączona ze świadomością uzależnienia jest najważniejszym determinantem procesu zdrowienia (Miller, 2009; Żulewska, 2005). Świadomość problemu jest fundamentem procesu zdrowienia i to właśnie na niej budowany jest program leczenia oraz dalsza trzeźwość pacjenta (Chodkiewicz, 2012; Tsogia, 2001; Żulewska, 2005). Refleksja nad uzależnieniem i rozpatrzeniem go w kategoriach problemu daje nie tylko wgląd do konsekwencji picia, ale przede wszystkim skłania pacjenta do przyjęcia motywacji wewnętrznej do leczenia (Bottlender i Soyka, 2005; Bętkowska-Korpała, 2012; Hopwood i in., 2007; Simanjutak i Ko, 2021; Ruiz i in., 2003).

Motywacja wewnętrzna pacjenta daje największe prawdopodobieństwo powodzenia procesu terapeutycznego, z tego też powodu często wykorzystywaną metodą pracy podczas terapii uzależnień jest dialog motywujący (Miller i Rollnick, 2014; Barański, 2016; Rejniak, 2019; Leśniak-Berek, 2020). Wykorzystanie tej metody, która opiera się na współpracy pacjenta ze specjalistą, ma na celu zmotywować i zaangażować go w proces zmiany (Miller i Rollnick, 2014; Rejniak, 2019). Miller i Rollnick (2014) podkreślają, że osoba uzależniona musi być

świadoma problemu i konsekwencji jakie ponosi, jednak najważniejsze jest wzbudzenie w pacjencie nadziei, że może zmienić swoje dotychczasowe życie – co jest podstawą zmiany.

Podsumowując bycie w procesie zdrowienia nabywanie konkretnych strategii czego? oraz większa świadomość siebie i problemu mogą wzmacniać utrzymywanie abstynencji, jak i proces zdrowienia osób zmagających się z uzależnieniem (Moore i in., 2014; Chodkiewicz, 2012).

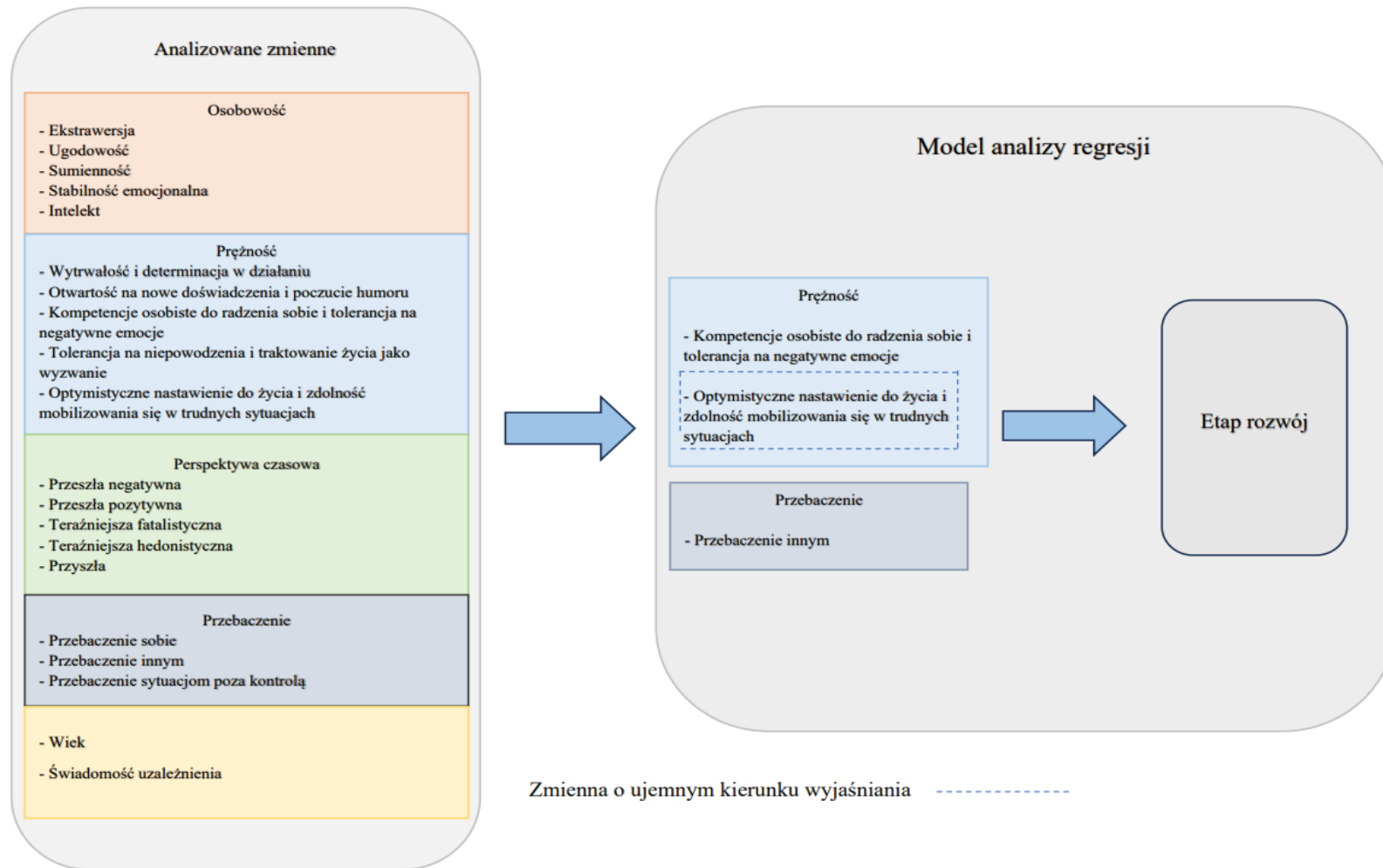
Etap rozwoju charakteryzuje się prowadzeniem satysfakcjonującego życia, w którym osoba stara się radzić z niepowodzeniami oraz przeciwdziałać nawrotowi choroby odnośnik. Ponadto osoba na tym etapie powinna cechować się pozytywnym poczuciem własnej wartości (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Powyższe elementy wskazujące na etap rozwoju w badanej grupie mężczyzn są wyjaśniane przez takie czynniki jak: kompetencje osobiste do radzenia sobie i mobilizację w trudnych sytuacjach, optymistyczne nastawienie do życia i tolerancję negatywnych emocji oraz przebaczenie innym (Rysunek 8).

Nabyte podczas terapii kompetencje radzenia sobie, świadomość i poznanie siebie oraz umiejętne wykorzystywanie swoich zasobów są jednymi z predyktorów trzeźwego życia (Beck i in., 2022; McHugh i in., 2010; Napierała, 2017). Osoba aktywnie uczestnicząc w terapii wypracowuje wachlarz swoich nowych możliwości, które może wykorzystać po zakończeniu terapii i w razie potrzeby wybrać tą strategię, która będzie jej przydatna w określonej sytuacji problemowej. To właśnie brak konstruktywnych strategii radzenia sobie w wielu przypadkach jest predyktorem do sięgania po alkohol (Krupa i in., 2005; Terelak i Dzięgielewska, 2011). Nabyte strategie wpływają także na mobilizację w trudnych sytuacjach (Chodkiewicz i Gruszczyńska, 2013).

Zazwyczaj osoby będące po terapii wybierają jako strategię radzenia sobie styl skoncentrowany na zadaniach (Chodkiewicz, 2001; Ukalisz, 2013). Pomaga on w rozwiązaniu problemowych sytuacji oraz wpływa na wzrost poczucia sprawczości, który w uzależnieniu jest niezwykle ważnym czynnikiem chroniącym w odniesieniu do utrzymywania abstynencji (Duda, 2021; Ogińska-Bulik, 2014; Tekin, 2018).

Zaskakującym wynikiem okazało się optymistyczne nastawienie do życia i tolerancja negatywnych emocji, które w sposób negatywny wyjaśniają etap rozwoju. Można postawić tu kilka hipotez dlaczego tak jest.

Rysunek 8. Predyktory poczucia zdrowienia na etapie rozwoju w grupie badanych mężczyzn



Źródło: opracowanie własne

Po pierwsze mężczyźni znajdujący się na tym etapie zdrowienia mogli być świeżo po zakończeniu terapii lub w kończącym się procesie terapeutycznym. Sytuacja ta dla pacjentów, szczególnie uzależnionych może być trudna i wymagająca. Nawiązana relacja z terapeutą jest dla nich niezwykle ważna, daje im poczucie bezpieczeństwa. Moment ograniczenia jej może odnowić stare przekonania poruszające treści odnoszące się do poczucia braku wpływu na swoje życie czy nie poradzenia sobie w trudnych sytuacjach (Banazadeh i in., 2009; Kliszczyk, 2017; Miller i Moyers, 2014; Sosnowska i in., 2011). To z kolei może wyjaśniać zmniejszony optymizm i obniżoną motywację do podejmowania zachowań prozdrowotnych.

Kolejnym ważnym aspektem, na który należy zwrócić uwagę jest fakt, że uzależnienie od alkoholu uznawane jest za chorobę przewlekłą, a więc wpisane są w jej przebieg nawroty (Chodkiewicz, 2006). Już podczas terapii zwraca się pacjentom uwagę na ryzyko wystąpienia nawrotu, często w okolicach zakończenia procesu terapeutycznego (Allsop i Saunders, 1997; Deutsch-Link i in., 2019; Sliedrecht i in., 2019). Być może kończąc leczenie u pacjentów nasila się lęk odnośnie doświadczenia nawrotu. Ponadto obawa przed nawrotem może wpłynąć na funkcjonowanie pacjenta w taki sposób, że zamiast cieszyć się z ukończonej terapii będzie realnie się go obawiać.

Wartym uwagi jest także fakt, że terapia podczas swojego trwania daje początek zmianom zachowania, one same dokonują się i powinny być utrwalane przez osobę po terapii (Napierała, 2017; Popiel i Pragłowska, 2022; Wojnar i Brower, 2012). Powrót do starych nawyków może spowodować powrót do starego myślenia oraz uprzednich schematów zachowania. Zazwyczaj są one nastawione na hedonizm oraz beztroski optymizm, który u osób zmagających się z uzależnieniem może być sygnałem ostrzegawczym nawrotu oraz zahamować proces zdrowienia (Amuge i Atuk, 2019; Chodkiewicz, 2006; Marlatt i Gordon, 1985).

Osoba będąca po leczeniu wraca do swojego środowiska, ale już z pewnymi ograniczeniami, np. zaleceniem nieprzebywania w miejscu picia alkoholu czy unikania relacji z osobami, które są kojarzone ze wspólnym piciem (Andresen i in., 2003; Fitzpatrick, 2002).

Niebagatelnie ważne okazuje się tu wsparcie społeczne. Osoba będąca w procesie zdrowienia potrzebuje wsparcia, a co się z tym wiąże relacji, w których będzie czuła się bezpiecznie (Hunter-Reel i in., 2009). Powrót jednak do relacji z osobami bliskimi wiąże się z dokonaniem przebaczenia, także im samym. Być może jest to powodem, dla którego ten czynnik wyjaśnia opisywany etap.

Podsumowując dla osób będących na etapie zdrowienia niezwykle istotna wydaje się kontynuacja leczenia, nawet w formie doraźnego wsparcia, co może wzmocnić sprawczość pacjenta, a w konsekwencji wydłużyć jej abstynencję (Chodkiewicz, 2012; Nordfjaern, 2011).

Warto także dodać, że sama abstynencja już wzmacnia satysfakcję z życia osoby, co można zaobserwować już po 12 tygodniach jej utrzymywania (Habrat i in., 2013; Zarzycka i in., 2017).

5.3. Ograniczenia i kierunki przyszłych badań, implikacje praktyczne

Przedstawiony projekt badawczy dostarczył wielu ciekawych wniosków oraz wskazał interesujące zależności. Po pierwsze warto zwrócić uwagę na specyfikę grupy badanej. W jej skład wchodził mężczyźni zmagający się z uzależnieniem od alkoholu utrzymujący abstynencję. Zwiększenie liczebności badanych mężczyzn pozwoliłoby na bardziej rzetelny pomiar weryfikowanych zmiennych oraz umożliwiłoby wykonanie zaawansowanych statystyk. Ponadto ciekawym byłaby analiza porównawcza mężczyzn i kobiet, którzy mogą odmiennie przeżywać i interpretować proces zdrowienia. Dodatkowo w tym miejscu należy także wspomnieć o dopilnowaniu równej liczebności grup na poszczególnych etapach. Pozwoliłoby to na dokładniejsze zgłębienie różnic międzygrupowych w odniesieniu do etapów.

Jak wskazano w pracy osoby znajdujące się na poszczególnych etapach zdrowienia charakteryzują się odmiennymi potrzebami. Stąd też analiza porównawcza wszystkich etapów pokazałaby jeszcze dokładniej charakter zdrowienia oraz wskazała potrzeby jakie wykazują pacjenci na poszczególnych etapach. Warto tu także przypomnieć, że czas zdrowienia jest procesem indywidualnym oraz wewnątrznie zróżnicowanym, z tego powodu warto byłoby także włączyć do przyszłych badań podział na osoby decydujące się na leczenie po raz pierwszy oraz na te, które są na leczeniu po raz kolejny. Umożliwiłoby to uchwycenie różnic międzygrupowych, a przede wszystkim specyfiki funkcjonowania i zdrowienia osób zmagających się z nawrotem uzależnienia.

Po trzecie w badaniach własnych nie zweryfikowano w jaki sposób zmienne socjodemograficzne są związane z procesem zdrowienia.

Po czwarte główne ograniczenie, wg Autorki, tkwi w metodologii badań przekrojowych. Charakter tych badań nie pozwolił na uchwycenie zależności przyczynowo-skutkowych w perspektywie czasu zdrowienia oraz w odniesieniu do oddziaływań terapeutycznych. Przeprowadzenie badań podłużnych pozwoliłoby na zaobserwowanie rozwoju zachowania oraz zachodzących w nim zmian. Dodatkowo pozwoliłyby na uchwycenie dynamiki procesu zdrowienia, co byłoby niezwykle istotne w perspektywie dalszych badań.

Po piąte ważnym ograniczeniem wydaje się brak weryfikacji i porównań w odniesieniu do form oddziaływań terapeutycznych, pod których wpływem byli respondenci. Do statystyk nie włączono porównań wewnątrzgrupowych na poziomie poszczególnych etapów względem formy terapii. Ciekawym wydaje się zatem porównanie pacjentów właśnie pod tym względem, by

zaobserwować, która z dostępnych form leczenia w Polsce jest najbardziej optymalną dla procesu zdrowienia osób uzależnionych.

Po szóste to czy pacjent jest w trakcie terapii lub czy już ją zakończył także mogło wpłynąć na jego poczucie zdrowienia – w następnych badaniach warto poświęcić temu więcej uwagi oraz zbadać te zależności. Pozwoliłoby to na jeszcze dokładniejsze przyjrzenie się dynamice zdrowienia.

Po siódme interesującym wydaje się także przeprowadzenie badań w grupie osób ograniczających picie, a nie decydujących się na całkowitą abstynencję. Jak wskazano w pracy, coraz więcej osób decyduje się właśnie na ograniczenie picia, a więc także jedną z form leczenia. Porównanie tych grup mogłoby rzucić nowatorskie światło na charakter leczenia osób zmagających się z uzależnieniem w Polsce.

Niemniej jednak autorka jest świadoma ograniczeń przeprowadzonych badań.

Uwzględniając powyższe ograniczenia, z przeprowadzonych badań można wyciągnąć kilka wniosków, które mają ważne implikacje również dla praktyki pomocy osobom uzależnionym:

1. Poczucie zdrowienia na etapie przygotowania wyjaśniane jest przez otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, perspektywę terazniejszą hedonistyczną oraz świadomość uzależnienia. Warto zatem na tym etapie motywować pacjenta do podejmowania realizacji konkretnych zaleceń terapeutycznych w warunkach dostosowanych do jego potrzeb i poziomu gotowości. Nieoceniona jest tu także pozytywna rola psychoedukacji pacjenta oraz rozpoczęcia pracy terapeutycznej nie od zajęcia się przeszłością, ale od sytuacji, z którymi nie radzi sobie tu i teraz.
2. Etap odbudowy wyjaśniany jest przez stabilność emocjonalną i świadomość uzależnienia. Oznacza to, że zdrowienie na tym etapie jest szczególnie ważne pod kątem pracy w sferze emocjonalnej. Warto zatem wybierać oddziaływania terapeutyczne, jak i metody pracy właśnie pod tym kątem.
3. Poczucie zdrowienia na etapie rozwoju wyjaśniane jest przez kompetencje osobiste do radzenia sobie i mobilizację w trudnych sytuacjach, optymistyczne nastawienie do życia i tolerancję negatywnych emocji oraz przebaczenie innym. Warto zatem w ramach tego etapu wzmacniać pacjentów pod kątem nabytych przez nich kompetencji oraz przyjrzeć się sferze duchowej i wartości, szczególnie pod kątem przebaczenia. Jest to etap kiedy osoba nawet po zakończeniu leczenia instytucjonalnego nadal potrzebuje wsparcia. Niezwykle istotnym zatem wydaje się stworzenie oferty, oprócz zaleceń uczestnictwa w

grupach samopomocowych, dla osób zdrowiejących utrzymujących abstynencję, którzy zakończyli już leczenie.

4. Mężczyźni znajdujący się na poszczególnych etapach różnili się w zakresie konkretnych cech osobowości, prężności oraz przebaczenia. Warto zatem w pracy terapeutycznej uwzględniać diagnozę uzależnienia, potrzeb oraz historii życia pacjenta opartą o wymienione czynniki. Pozwoli to na lepsze zrozumienie aktualnej sytuacji pacjenta oraz może pomóc w identyfikacji czynników wspierających proces zdrowienia.

Przeprowadzone badania dodatkowo zwracają uwagę na ważność i potrzebę aktualizacji koncepcji leczenia uzależnień, z drugiej wskazują na zastosowania aplikacyjne. W przeprowadzonych badaniach przetestowano etapowy model zdrowienia o nową grupę osób – uzależnionych od alkoholu. Ponadto wykazano zbieżne elementy dokonywania zmiany z Transteoretycznym Modelem Zmiany – zaletą etapowego modelu zdrowienia jest traktowanie dokonania zmiany w szerszym aspekcie. Ponadto etapowy model zdrowienia podkreśla ważność oddziaływań terapeutycznych nie tylko w trakcie leczenia, ale również po jego zakończeniu.

Uzyskane wyniki motywują do prowadzenia dalszych badań nad efektywnością oraz wsparciem procesu zdrowienia. Rozwój tego rodzaju badań pozwoli na uaktualnienie dotychczasowej wiedzy na temat leczenia uzależnień.

Zakończenie

Poczucie zdrowienia osób zmagających się z uzależnieniem od alkoholu utrzymujących abstynencję jest niezwykle ciekawym zjawiskiem, które do tej pory nie zostało zbadane w oparciu o etapowy model zdrowienia (Andresen i in., 2006; Andresen i in., 2003). Osobom uzależnionym zazwyczaj dedykowana jest terapia z wykorzystaniem technik poznawczo-behawioralnych, która jest uznawana za najbardziej efektywną formę leczenia tego typu zaburzeń. Ciekawym okazał się zatem obszar weryfikacji jakie zmienne uczestniczą w procesie zdrowienia wzmacniają go oraz jak mężczyźni będący na różnych jego etapach zdrowieją.

Przegląd literatury pozwolił na dobranie poszczególnych czynników, które w literaturze są wskazywane jako czynniki wspierające leczenie osób zmagających się z uzależnieniem, są to: osobowość, prężność, perspektywa czasowa oraz przebaczenie. Weryfikacja czynników podmiotowych, a więc czynników wspierających poczucie zdrowienia mężczyzn uzależnionych od alkoholu otrzymujących abstynencję było głównym celem przeprowadzonych badań. Uzyskane rezultaty pozwoliły na weryfikację czynników wspierających poczucie zdrowienia oraz zmiennych różnicujących osoby znajdujące się na poszczególnych jego etapach.

Podstawą weryfikacji były badania przeprowadzone w grupie mężczyzn uzależnionych od alkoholu utrzymujących abstynencję. Mężczyźni zostali przydzieleni do trzech grup w odniesieniu do etapu zdrowienia, na którym się obecnie znajdują: etap przygotowanie (n=49), etap odbudowa (n=109), etap rozwój (n=55). Badania miały charakter przekrojowy. Badanych do udziału zaproszono poprzez osobiste wizyty badacza bądź ankieterów przez niego przeszkolonych w placówkach leczenia uzależnień. W badaniach zastosowano następujące metody:

- Skala Poziomów Zdrowienia – STORI – autorstwa Andresen i in. (2006), w polskiej adaptacji Rodzeń-Krawiec i Urbaniak (2017).
- Kwestionariusz IPIP-BFM-20 – autorstwa Brent i in. (2006) w polskiej adaptacji Topolewskiej i in. (2014).
- Skala Pomiaru Prężności - SPP-25 – autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008).
- Kwestionariusz Postrzegania Czasu Zimbardo - ZTPI – autorstwa Zimbardo i Boyd (1999), w polskiej adaptacji Przepiórki (2011).
- Skala Przebaczenia Heartland - HFS – autorstwa Thompson i in. (2005), w polskiej adaptacji Kaleta i in. (2016).
- Ankieta własna.

Uzyskane rezultaty badań zostały opracowane za pomocą pakietu SPSS. Wykorzystano następujące analizy statystyczne: statystyki opisowe, test różnic Kruskalla Wallis oraz liniowa analiza regresji.

Zaprezentowany projekt badawczy skupiał się wokół odpowiedzi na pytania o różnice pomiędzy mężczyznami będącymi na różnych etapach procesu zdrowienia w zakresie nasilenia analizowanych czynników podmiotowych oraz o to jakie czynniki wyjaśniają poczucie zdrowienia na poszczególnych jego etapach.

Przeprowadzone badania wykazały, że badani mężczyźni znajdujący się na poszczególnych etapach zdrowienia różnią się między sobą w zakresie takich cech osobowości jak: ekstrawersja, ugodowość, stabilność emocjonalna. W zakresie cech prężności mężczyźni na poszczególnych etapach różnią się w zakresie: kompetencji osobistych do radzenia sobie w trudnych sytuacjach i tolerancji negatywnych emocji, optymistycznego nastawienia do życia i zdolności do mobilizowania się w sytuacjach trudnych. W zakresie przebaczenia zmienną różnicującą grupy było przebaczenie innym. W badaniach nie wykazano różnic międzygrupowych w zakresie zmiennej perspektywy czasowej.

W odniesieniu do zmiennych wyjaśniających poczucie zdrowienia na poszczególnych etapach wykazano, że etap przygotowania wyjaśniają takie zmienne jak: otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, perspektywę terażniejszą hedonistyczna oraz świadomość uzależnienia. Zmienny wyjaśniającymi etap odbudowy są: stabilność emocjonalna oraz świadomość uzależnienia. Z kolei etap rozwoju wyjaśniają: kompetencje osobiste do radzenia sobie i mobilizacja w trudnych sytuacjach, optymistyczne nastawienie do życia i tolerancja negatywnych emocji oraz przebaczenie innym.

Zaprezentowane wyniki badań rzucają światło na to jak ważny i zróżnicowany jest proces zdrowienia osób uzależnionych. Przeprowadzone badania własne podjęły próbę aktualizacji dotychczasowej wiedzy na temat leczenia uzależnień, uwzględniając etapowy charakter zdrowienia osób zmagających się z uzależnieniem. Przetestowanie etapowego modelu, w niebadanej dotychczas tą metodą grupie, rzuciło nowe światło na istotność i charakter oddziaływań terapeutycznych, szczególnie w myśl założeń terapii poznawczo-behawioralnej.

Rezultaty badań motywują do dalszej weryfikacji procesu zdrowienia osób zmagających się z uzależnieniem oraz tworzenia nowych, opartych o najnowsze badania i wiedzę programów leczenia.

Streszczenie

Głównym celem projektu doktorskiego była identyfikacja oraz opisanie czynników podmiotowych poczucia zdrowienia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu utrzymujących abstynencję. W pracy postanowiono zweryfikować jak cechy osobowości, prężność, przyjęta perspektywa czasowa oraz przebaczenie oddziałują na proces zdrowienia osób zmagających się z uzależnieniem.

W badaniach wzięło udział 240 mężczyzn będących na różnych etapach procesu zdrowienia. Badani zostali poproszeni o wypełnienie następujących kwestionariuszy: Skalę Etapów Zdrowienia (*STORI*), Kwestionariusz IPIP-BFM-20, Skalę Pomiaru Prężności (*SPP-25*), Kwestionariusz Postrzegania Czasu Zimbardo (*ZTPI*), Skalę Przebaczenia Heartland (*HFS*) oraz Ankiety socjodemograficzną. Następnie wykonano szereg analiz statystycznych: statystyki opisowe, analizę różnic (analizę Kruskala Wallisa) oraz analizę regresji liniowej metodą hierarchiczną i krokową.

Na podstawie analiz możemy stwierdzić, że mężczyźni uzależnieni od alkoholu utrzymujący abstynencję na poszczególnych etapach poczucia zdrowienia różnią się pod względem konkretnych cech osobowości, takich jak: ekstrawersja, ugodowość oraz stabilność emocjonalna. Kolejne różnice wykazano w zmiennej prężności w czynnikach: kompetencje osobiste do radzenia sobie w trudnych sytuacjach i tolerancja negatywnych emocji oraz optymistyczne nastawienie do życia u zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Następne różnice międzygrupowe wykazano w przebaczeniu innym. Perspektywa czasowa nie została zmienną różnicującą poszczególne etapy procesu zdrowienia.

Analizy regresji pokazały, że etap przygotowania jest wspierany przez takie czynniki jak: otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, przyjęcie perspektywy terażniejszej hedonistycznej oraz świadomość uzależnienia. Etap odbudowa jest wzmocniony przez stabilność emocjonalną oraz świadomość uzależnienia. Znowu etap rozwoju przez kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, optymistyczne nastawienie do życia i mobilizowanie się w trudnych sytuacjach oraz przebaczenie innym.

Słowa kluczowe: zdrowienie, uzależnienie, alkohol, abstynencja

Abstract

The main objective of the doctoral project was to identify and describe the subjective factors of the sense of recovery in alcohol-dependent men maintaining abstinence. The study set out to verify how personality traits, resilience, adopted time perspective and forgiveness affect the recovery process of those struggling with addiction.

The study involved 240 men who were at different stages of recovery. The subjects were asked to complete the following questionnaires: the Stages of Recovery Scale (STORI), the IPIP-BFM-20 Questionnaire, the Scale for Measuring Pride (SPP-25), the Zimbardo Time Perception Questionnaire (ZTPI), the Heartland Forgiveness Scale (HFS), and a Sociodemographic Questionnaire. A series of statistical analyses were then performed: descriptive statistics, analysis of differences (Kruskal Wallis analysis), and linear regression analysis using hierarchical and stepwise methods.

Based on the analyses, it can be concluded that alcohol-dependent men maintaining abstinence at different stages of the sense of recovery differ in specific personality traits, such as extraversion, agreeableness and emotional stability. Further differences were shown in the resilience variable in the factors of personal competence to cope with difficult situations and tolerance of negative emotions, as well as optimistic attitudes toward life and the ability to mobilize in difficult situations. The next intergroup differences were shown in forgiveness of others. Time perspective did not become a differentiating variable between stages of the recovery process.

Regression analyses showed that the preparation stage is supported by factors such as openness to new experiences and humor, adoption of a hedonistic present perspective, and awareness of addiction. The recovery stage is enhanced by emotional stability and awareness of addiction. Again, the development stage by personal competence to cope and tolerance of negative emotions, optimistic attitude to life and mobilization in difficult situations and forgiveness of others.

Keywords: recovery, addiction, alcohol, abstinence

Bibliografia

- Adamson, S. J., Sellman, J. D., Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 75-86. doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007
- Ai, H., Hu, J. (2016). Psychological resilience moderates the impact of social support on loneliness of “left-behind” children. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1066–1073. 10.1177/1359105314544992
- Al-Gamal, E., Alzayyat, A., Ahmad, M. M. (2016). Prevalence of Internet Addiction and Its Association With Psychological Distress and Coping Strategies Among University Students in Jordan. *Perspectives in psychiatric care*, 52(1), 49-61. doi.org/10.1111/ppc.12102
- Alim, T. N., Lawson, W. B., Feder, A., Iacoviello, B. M., Saxena, S., Bailey, C. R., Greene, A. M., Neumeister, A. (2012). Resilience to meet the challenge of addiction: Psychobiology and clinical considerations. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34(4), 506–515.
- Allsop, S., Saunders, B. (1997). Nawroty – polemika. W: M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależnieniach* (205-226). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Alptekin, K., Mutlu, E., Paltun, S. C., Göka, E. (2018). Psycho-social factors that lead to heroin addiction among young males in Turkey. *Addict: The Turkish Journal on Addictions*, 5(3), 577-595. 10.15805/addicta.2018.5.3.0037
- Amodeo, M., Kurtz, N. R. (1998). Coping methods and reasons for not drinking. *Substance use & misuse*, 33(8), 1591-1610. doi.org/10.3109/10826089809058946
- Amuge, G., Atuk, G. (2019). *Stress, alcohol abuse and alcoholism relapse among readmitted alcoholics*. Doctoral dissertation, Makerere University.
- Anczewska, M. (2015). Paradygmat zdrowienia w chorobach psychicznych. *Psychiatria po Dyplomie*, 4, 1-2.
- Anderson, K. (2010). *How to change your drinking a harm reduction guide to alcohol*. The HAMS Harm Reduction Network.
- Anderson, P. (2007). *Alkohol w Europie: raport z perspektywy zdrowia publicznego przedłożony Komisji Europejskiej: Instytut Badań nad Alkoholem*. Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.

- Andresen, R., Caputi, P., Oades, L. (2006). Stage of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980. [10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x)
- Andresen, R., Oades, L., Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. [10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x)
- Andrews, D. U., Heazlewood, B. R., Maccarone, A. T., Conroy, T., Payne, R. J., Jordan, M. J., Kable, S. H. (2012). Photo-tautomerization of acetaldehyde to vinyl alcohol: a potential route to tropospheric acids. *Science*, 337(6099), 1203-1206. [10.1126/science.1220712](https://doi.org/10.1126/science.1220712)
- Andruszkiewicz, A., Basińska, M., Kubica, A. (2010). Czynniki wpływające na poziom motywacji do zaprzestania palenia tytoniu w grupie osób uzależnionych od nikotyny. *Folia Cardiologica*, 5(2), 49-53.
- Angres, D. H., Bettinardi–Angres, K. (2008). The disease of addiction: Origins, treatment, and recovery. *Disease-a-month*, 54(10), 696-721. [10.1016/j.disamonth.2008.07.002](https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2008.07.002)
- Anonimowi Alkoholicy (2018). *Anonimowi Alkoholicy. Opowieść o tym, jak tysiące mężczyzn i kobiet wyzdrowiało z alkoholizmu*. Apostolicum.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N., Simonin, L., Rolland, G. (2006). Cannabis use, time perspective and risk perception: Evidence of a moderating effect. *Psychology and health*, 21(5), 571-592. doi.org/10.1080/14768320500422683
- Archer, M., Harwood, H., Stevelink, S., Rafferty, L., Greenberg, N. (2020). Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: A systematic review. *Addiction*, 115(6), 1024-1037. [10.1111/add.14901](https://doi.org/10.1111/add.14901)
- Arnett, J. J. (1996). Sensation seeking, aggressiveness, and adolescent reckless behavior. *Personality and Individual Differences*, 20, 693-702. [10.1016/0191-8869\(96\)00027-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00027-X)
- Arpaci, I., Kocadag Unver, T. (2020). Moderating Role of Gender in the Relationship between Big Five Personality Traits and Smartphone Addiction. *Psychiatr Q*, 91, 577–585 (2020). [10.1007/s11126-020-09718-5](https://doi.org/10.1007/s11126-020-09718-5)
- Arslan, G., Coşkun, M. (2021). Social exclusion, self-forgiveness, mindfulness, and internet addiction in college students: A moderated mediation approach. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15. [10.1007/s11469-021-00506](https://doi.org/10.1007/s11469-021-00506)
- Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I: Evidence for an empirically derived typology

- based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of general psychiatry*, 49(8), 599-608. [10.1001/archpsyc.1992.01820080007002](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080007002)
- Bakuła, A. (2003). Dlaczego łamią abstynencję? *Świat problemów*, 10.
- Banazadeh, N., Kheradmand, A., Abedi, H. (2009). Opiate dependents' experiences of the therapeutic relationship in methadone centers; a qualitative study. *Addiction & health*, 1(1), 12-18.
- Barański, C. (2016). Dialog motywujący w pracy z grupami osób podejmujących zachowania ryzykowne. *Psychoterapia*, 3(178), s.37-52.
- Barrio, P., Baldaquí, N., Andreu, M., Kilian, C., Rehm, J., Gual, A. and Manthey, J. (2021). Abstinence Among Alcohol Use Disorder Patients During the COVID-19 Pandemic: Insights From Spain. *Alcohol Clin Exp Res*, 45, 802-807. [10.1111/acer.14555](https://doi.org/10.1111/acer.14555)
- Bash A. (2014). Forgiveness, Reconciliation and Spirituality. *Journal for the Study of Spirituality*, 4(1), 58–72. [10.1179/2044024314Z.00000000021](https://doi.org/10.1179/2044024314Z.00000000021)
- Basso, J. C., Satyal, M. K., Athamneh, L., Bickel, W. K. (2022). Changes in temporal discounting hedonic hunger, and food addiction during recovery from substance misuse. *Appetite*, 169(1), 105834. [10.1016/j.appet.2021.105834](https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105834)
- Beck, A.T., Newman, C.F., Wright, F.D. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, A.T., Newman, C.F., Wright, F.D. (2022). *Terapia poznawcza uzależnień*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, 491, 474-501.
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications.
- Becker, H. C. (2008). Alcohol dependence, withdrawal, and relapse. *Alcohol Research & Health*, 31(4), 348–361.
- Becker, H. C. (2014). Alcohol dependence, withdrawal, and relapse. W: A. B. C. Noronha, C. Cui, R. A. Harris, J. C. Crabbe (red.), *Neurobiology of Alcohol Dependence* (377-410), Springer.
- Benton, S.A. (2009). *Understanding the high-functioning alcoholic: Professional Views and Personal Insights*. Greenwood Publishing Group.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., Junghanns, K. (2011). Deficits in Emotion-Regulation Skills Predict Alcohol Use During and After Cognitive-

- Behavioral Therapy for Alcohol Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307-318. [10.1037/a0023421](https://doi.org/10.1037/a0023421)
- Bernards, S., Graham, K., Kuendig, H., Hettige, S., Obot, I. (2009). 'I have no interest in drinking': a cross-national comparison of reasons why men and women abstain from alcohol use. *Addiction*, 104, 1658–68. [10.1111/j.1360-0443.2009.02667.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02667.x)
- Best, D. W., Lubman, D. I. (2012). The recovery paradigm: A model of hope and change for alcohol and drug addiction. *Australian Family Physician*, 41(8), 593–597.
- Bętkowska-Korpała, B. (2012). Osobowość w Modelu Wielkiej Piątki a utrzymywanie abstynencji od alkoholu przez rok od rozpoczęcia leczenia. *Psychiatria Polska*, 3, 387-399.
- Bętkowska-Korpała, B., Gierowski, J. K., Ryniak, J., Kasprzak, J., Nolbrzak-Drozd, J., Starowicz, A. (2012). Profile osobowości w modelu Wielkiej Piątki u osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie. *Alkoholizm i Narkomania*, 25(2), 151-165.
- Bętkowska-Korpała, B., Modrzyński, R., Olszewska-Turek, K., Sochacka-Tatara, E., Kotowska, J., Celebucka, J. (2021). E-POP profile user—a mobile application supporting the reduction of alcohol consumption. A pilot study. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 34(3), 177-194.
- Biologiczne uwarunkowania podatności na alkohol. Grupy specjalnego ryzyka. (2011). Raport ICAP 10.
- Blackwell, D., Leaman, C., Tramposch, R., Osborne, C., Liss, M. (2017). Extraversion, neuroticism, attachment style and fear of missing out as predictors of social media use and addiction. *Personality and Individual Differences*, 116(1), 69-72. [10.1016/j.paid.2017.04.039](https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.039)
- Bogucki, M., Gierczyński, J., Gryglewicz, J. (2013). *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholi w Europie i Polsce*. Uczelnia Łazarskiego.
- Bolger, N., Schilling, E. A. (1991). Personality and the problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59(3), 355-386. [10.1111/j.1467-6494.1991.tb00253.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00253.x)
- Borisenkov, M. F., Popov, S. V., Smirnov, V. V., Gubin, D. G., Petrov, I. M., Vasilkova, T. N., Symaniuk, E. E. (2022). Association between food addiction and time perspective during COVID-19 isolation. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(5), 1585-1591. [10.1007/s40519-021-01259-5](https://doi.org/10.1007/s40519-021-01259-5)
- Bottlender, M., Soyka, M. (2015). Impact of different personality dimensions (NEO Five-Factor Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 months after treatment. *Psychiatry Research*, 136(1), 61-67. [10.1016/j.psychres.2004.07.013](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.07.013)

- Bowman, K. M., Jellinek, E. M. (1941). Alcohol addiction and its treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 2(1), 98-176.
- Breuninger, M. M., Grosso, J. A., Hunter, W., Dolan, S. L. (2020). Treatment of alcohol use disorder: Integration of Alcoholics Anonymous and cognitive behavioral therapy. *Training and Education in Professional Psychology*, 14(1), 19. [10.1037/tep0000265](https://doi.org/10.1037/tep0000265)
- Bronowski, P. (2012). *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Bronowski, P., Chotkowska, K. (2016). Nowe trendy w rehabilitacji osób chorujących psychicznie. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 3(20), 11-20.
- Brown, S. (1999). *Bezpieczne przejście*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Bukowska, B. (2012). Psychologiczne mechanizmy uzależnienia. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (127-141). Łódzkie Zakłady Graficzne.
- Bukowska, B. (2013). Leczenie osób uzależnionych w Polsce. W: P. M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych* (462-483). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Caci, B., Scrima, F., Cardaci, M., Miceli, S. (2020). The moderating role of personality in the relationship between temporal perspectives and facebook addiction. *Review of cybertherapy and telemedicine*, 18, 147-151.
- Cadet, J. L. (2016). Epigenetics of Stress, Addiction, and Resilience: Therapeutic Implications. *Mol Neurobiol*, 53, 545–560. [10.1007/s12035-014-9040-y](https://doi.org/10.1007/s12035-014-9040-y)
- Canali, S., Altavilla, D., Acciai, A., Deriu, V., Chiera, A., Adornetti, I., Ferretti, F. (2021). The Narrative of Persons with Gambling Problems and Substance Use: A Multidimensional Analysis of the Language of Addiction. *Journal of Gambling Issues*, 47. [10.4309/jgi.2021.47.7](https://doi.org/10.4309/jgi.2021.47.7)
- Canha, B. (2016). Using Humor in Treatment of Substance Use Disorders: Worthy of Further Investigation. *The open nursing journal*, 10, 37–44. [10.2174/1874434601610010037](https://doi.org/10.2174/1874434601610010037)
- Cao, Q., An, J., Yang, Y., Peng, P., Xu, S., Xu, X., Xiang, H. (2020). Correlation among psychological resilience, loneliness, and internet addiction among left-behind children in China: A cross-sectional study. *Current Psychology*, 41, 1-8. [10.1007/s12144-020-00970-3](https://doi.org/10.1007/s12144-020-00970-3)
- Carstensen, L. (2006). The influence of a sense of time of human development. *Science*, 312, 1913-1915.

- Castellanos-Ryan, N., Brière, F. N., O'Leary-Barrett, M., Banaschewski, T., Bokde, A., Bromberg, U., Büchel, C., Flor, H., Frouin, V., Gallinat, J., Garavan, H., Martinot, J.-L., Nees, F., Paus, T., Pausova, Z., Rietschel, M., Smolka, M. N., Robbins, T. W., Whelan, R., Schumann, G., Conrod, P. (2016). The structure of psychopathology in adolescence and its common personality and cognitive correlates. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(8), 1039-1052. [10.1037/abn0000193](https://doi.org/10.1037/abn0000193)
- Charzyńska, E. (2015). Sex Differences in Spiritual Coping, Forgiveness, and Gratitude Before and After a Basic Alcohol Addiction Treatment Program. *Journal of Religion and Health, 54*, 1931-1949. [10.1007/s10943-015-0002-0](https://doi.org/10.1007/s10943-015-0002-0)
- Chiu, S. I. (2014). The relationship between life stress and smartphone addiction on Taiwanese university student: A mediation model of learning self-efficacy and social self-efficacy. *Computers in human behavior, 34*, 49-57. [10.1016/j.chb.2014.01.024](https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.01.024)
- Cho, H.-Y., Kim, D. J., Park, J. W. (2016). Stress and adult smartphone addiction: Mediation by self-control, neuroticism, and extraversion. *Wiley, 33*, 624–630. doi.org/10.1002/smi.2749
- Chodkiewicz, J. (2001). Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania, 14*(2), 277-287.
- Chodkiewicz, J. (2006). Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej – przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria, 3*(3), 105-111.
- Chodkiewicz, J. (2012). *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Chodkiewicz, J., Gruszczyńska, E. (2019). Zmiany dobrostanu psychicznego, poczucia własnej skuteczności oraz strategii radzenia sobie ze stresem w trakcie stacjonarnej terapii osób uzależnionych od alkoholu. *Roczniki Psychologiczne, 16*(1), 63-84.
- Chodkiewicz, J., Nowakowska, K. (2011). Preferowana orientacja temporalna a przebieg leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatria Polska, 2*, 177-196.
- Chrost, S. (2020). Duchowość w procesie zdrowienia alkoholików. W: D. Muller-Skierska, J. Ratkowska-Pasikowska, K. Walczak-Człapińska (red.), *Rodzina w systemie wsparcia i pomocy osobom z problemem alkoholowym* (135-147). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Cierpiałkowska, L., Chodkiewicz, J. (2020). Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu. PWN.
- Cierpiałkowska, L., Kubiak, J. (2010). Co leczy podstawowej terapii osób uzależnionych? *Terapia uzależnienia i współuzależnienia, 4*, 5-9.

- Cierpiałkowska, L., Ziarko, M. (2010). *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Clabby JR, J. F. (1977). Humor as a Preferred Activity of the Creative and Humor as a Facilitator of Learning. *The University of Southern Mississippi*.
- Clapp, P., Bhave, S. V., Hoffman, P. L. (2009). How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence: a pharmacological perspective. *Alcohol Research and Health*, 31, 310-339.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cloninger, C. R., Bohman, M., Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861–868.
- Conigrave, K. M., Ali, R. L., Armstrong, R., Chikritzhs, T. N., d’Abbs, P., Harris, M. F., Hewlett, N., Livingston, M., Lubman, D. I., McKenzie, A., O’Leary, C., Ritter, A., Wilson, S., Grimmond, M., Banks, E. (2021). Revision of the Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. *Medical Journal of Australia*, 215(11), 518-524. [10.5694/mja2.51336](https://doi.org/10.5694/mja2.51336)
- Connor, K. M., Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113)
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Velasquez, M.M., Donovan, D.M. (2015). *Etapy zmiany w terapii uzależnień. Wybór i planowanie interwencji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cook, C. C. (1988). The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part I. The Philosophy and the Programme★. *British journal of addiction*, 83(6), 625-634. [10.1111/j.1360-0443.1988.tb02591.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb02591.x)
- Cook, R. H., Girffiths, M. D., Pontes, H. M. (2020). Personality Factors in Exercise Addiction: A pilot Study Exploring the Role of Narcissism, Extraversion, and Agreeableness, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 89-102. [10.1007/s11469-018-9939-z](https://doi.org/10.1007/s11469-018-9939-z)
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1985). The NEO Personality Inventory Manual. *Psychological Assessment Resources*.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment*, 4(1), 5-13.

- Cousijn, J., Luijten, M., Feldstein Ewing, S. W. (2018). Adolescent resilience to addiction: a social plasticity hypothesis. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(1), 69–78. [10.1016/s2352-4642\(17\)30148-7](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(17)30148-7)
- Crews, F. T., Bechara, R., Brown, L. A., Guidot, D. M., Mandrekar, P., Oak, S., QIN, L., Szabo, G., Wheeler, M., Zou, J. (2006). Cytokines and alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(4), 720-730. [10.1111/j.1530-0277.2006.00084.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00084.x)
- Cunningham, Lin, E., Ross, R. E. (2000). Factors associated with understand remission from alcohol abuse or dependence. *Addict. Behav.* 25(2), 317-321.
- Czabała, J. (2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*. PWN.
- Czabała, J. C., Kluczyńska, S. (2015). *Poradnictwo psychologiczne*. PWN.
- Dąbrowska, A. (2022). Nowe trendy w resocjalizacji. Rola perspektywy czasowej w projektowaniu pracy z nieletnim w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych (MOW). *Psychologia wychowawcza*, 23, 23-37. [10.5604/01.3001.0015.9119](https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.9119)
- Dąbrowska, A., Marek-Banach, J., Zimbardo, P. (2021). Temporal perspective and mental functioning of socially maladjusted youth held in conditions of institutional isolation. *Issues in Childhood Care and Education*, 605(10), 53-71. [10.5604/01.3001.0015.6655](https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.6655)
- Dao, N. C., Suresh Nair, M., Magee, S. N., Moyer, J. B., Sendao, V., Brockway, D. F., Crowley, N. A. (2020). Forced abstinence from alcohol induces sex-specific depression-like behavioral and neural adaptations in somatostatin neurons in cortical and amygdalar regions. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 14, 1-15. [10.3389/fnbeh.2020.00086](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.00086)
- Dash, G. F., Slutske, W. S., Martin, N. G., Statham, D. J., Agrawal, A., Lynskey, M. T. (2019). Big Five Personality Traits and Alcohol, Nicotine, Cannabis, and Gambling Disorder Comorbidity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(4), 420-429. [10.1037/adb0000468](https://doi.org/10.1037/adb0000468)
- Daugherty, J. R., Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 202–207. [10.1016/j.paid.2009.10.007](https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.007)
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Frey, J., Kirk, T. A. (2008). From “Double Trouble” to “Dual Recovery”: Integrating Models of Recovery in Addiction and Mental Health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 273–290. [10.1080/15504260802072396](https://doi.org/10.1080/15504260802072396)

- Davidson, L., White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 34(2), 109-120.
- Davidson, R. (1992). Prochaska and DiClemente's model of change: A case study? *British Journal of Addiction*, 87(6), 821–822. [10.1111/j.1360-0443.1992.tb01971.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01971.x)
- de Miguel, E., Vekovischeva, O., Kuokkanen, K., Vesajoki, M., Paasikoski, N., Kaskinoro, J., ... Korpi, E. R. (2019). GABAB receptor positive allosteric modulators with different efficacies affect neuroadaptation to and self-administration of alcohol and cocaine. *Addiction Biology*, 24(6), 1191-1203. [10.1111/adb.12688](https://doi.org/10.1111/adb.12688)
- De Pirro, S., Lush, P., Parkinson, J., Duka, T., Critchley, H. D., Badiani, A. (2020). Effect of alcohol on the sense of agency in healthy humans. *Addiction Biology*, 25(4), e12796. [10.1111/adb.12796](https://doi.org/10.1111/adb.12796)
- Debell, F., Fear, N. T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S., Goodwin, L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49, 1401-1425. [10.1007/s00127-014-0855-7](https://doi.org/10.1007/s00127-014-0855-7)
- Dębski, P. G. (2021). Ego-resiliency and life satisfaction in individuals with alcohol dependence. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 21(2), 110-120. [10.15557/PiPK.2021.0012](https://doi.org/10.15557/PiPK.2021.0012)
- Destoop, M., Morrens, M., Coppens, V., Dom, G. (2019). Addiction, anhedonia, and comorbid mood disorder. A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-14. [10.3389/fpsy.2019.00311](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00311)
- Deutsch-Link, S., Weinrieb, R. M., Jones, L. S., Solga, S. F., Weinberg, E. M., Serper, M. (2020). Prior relapse, ongoing alcohol consumption, and failure to engage in treatment predict alcohol relapse after liver transplantation. *Digestive Diseases and Sciences*, 65, 2089-2103. [10.1007/s10620-019-05937-4](https://doi.org/10.1007/s10620-019-05937-4)
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American journal on addictions*, 13(2), 103-119.
- Duda, A. (2021). Samoocena i poczucie prężności a struktura potrzeb osób pochodzących z rodzin alkoholowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 34(2), 159–176. [10.17951/j.2021.34.2.159-176](https://doi.org/10.17951/j.2021.34.2.159-176)
- Dziukiewicz, J. (2018). Wychodzenie z uzależnienia. W poszukiwaniu czynników determinujących powrót do zdrowia. *Chowanna*, 51(2), 177-199.

- Edwards, A. C., Svikis, D. S., Pickens, R. W., Dick, D. M. (2010). Genetyczne determinanty uzależnień. *Psychologia po dyplomie*, 7(2), 56-63.
- Ellingson, J. M., Richmond-Rakerd, L. S., Statham, D. J., Martin, N. G., Slutske, W. S. (2016). Most of the genetic covariation between major depressive and alcohol use disorders is explained by trait measures of negative emotionality and behavioral control. *Psychological Medicine*, 46(14), 2919-2930. [10.1017/S0033291716001525](https://doi.org/10.1017/S0033291716001525)
- Ellis, A (1999). *Terapia krótkoterminowa. Lepiej, głębiej, trwalej.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii [EMCDDA]. Europejski raport narkotykowy (2021). Tendencje i osiągnięcia. Luxemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej; 2020. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_PL_03.pdf (Accessed: 04.02.2022)
- Ewing, S. W., Filbey, F. M., Hendershot, C. S., McEachern, A. D., Hutchison, K. E. (2011). Proposed model of the neurobiological mechanisms underlying psychosocial alcohol interventions: the example of motivational interviewing. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 72(6), 903-916. [10.15288/jsad.2011.72.903](https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.903)
- Exline, J. J., Worthington, E. L., Hill, P., McCullough, M. E. (2003). Forgiveness and Justice: A Research Agenda for Social and Personality Psychology. *Personality and Social Psychology Review*, 7(4), 337-3. [10.1207/S15327957PSPR0704_06](https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0704_06)
- Finney, J. W. (2000). Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction*, 95(10), 1491-1500. [10.1046/j.1360-0443.2000.951014914.x](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.951014914.x)
- First, M. B., Clarke, D. E., Yousif, L., Eng, A. M., Gogtay, N., Appelbaum, P. S. (2022). *DSM-5-TR: Rationale, Process, and Overview of Changes. Psychiatric services (Washington, D.C.)*, appips20220334. Advance online publication. [10.1176/appi.ps.20220334](https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220334)
- Fisher, C. B., Oransky, M., Mahadevan, M., Singer, M., Mirhej, G., Hodge, D. (2008). Marginalized populations and drug addiction research: realism, mistrust, and misconception. *Irb*, 30(3), 1.
- Fisher, L. A., Elias, J. W., Ritz, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 1041 – 1047.
- Fitzpatrick, C. (2002). A new word in serious mental illness: recovery; field begins to engage in debate with major implications for services. (Cover Story). *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 11(4), 16-24.

- Fontenelle, L. F., Oostermeijer, S., Harrison, B.J., Pantelis, C., Yücel, M. (2011). Obsessive-Compulsive Disorder, Impulse Control Disorders and Drug Addiction. *Drugs*, 71, 827-840. [0012-6667/11/0007-0827/\\$55.55/0](https://doi.org/10.1012-6667/11/0007-0827/$55.55/0)
- Frąckowiak, M., Motyka, M. (2015). Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. *Hygeia Public Health*, 50(2), 314–322.
- Franken, I. H. A., Muris, P., Georgieva, I. (2006). Gray's model of personality and addiction. *Addictive Behaviors*, 31, 399-403. [10.1016/j.addbeh.2005.05.022](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.022)
- Fudała, J., Dąbrowska, K. (2013). *Środowisko pracy a alkohol. Działania profilaktyczne i aspekty prawna*. PARPA.
- Furmańska, J., Ligocka, M., Milik, A., Kołodziejska, A., Rzepa, T. (2019). Postrzeganie czasu i jego znaczenie w procesie adaptacji do choroby nowotworowej. *Czasopismo Psychologiczne*, 25(1), 95-99. [10.14691/CPPI.25.1.95](https://doi.org/10.14691/CPPI.25.1.95)
- Gaebel W, Stricker J, Kerst A (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 7–15. [10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel](https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel)
- Gąsior K., Kaleta-Kupiecka M., Karliński W., Kupiecki A. (1994). Reakcja na terapię u osób z rozpoznaniem różnego typu alkoholizmu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 3, 325–329.
- Gąsior, K. (2008). Czynniki zagrażające rozwojowi dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym na przykładzie Dorosłych Dzieci Alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 247-262.
- Gąsior, K. (2018). Związki stresu pourazowego, wzorów przywiązania i jakości życia u kobiet inkarcerowanych oraz uzależnionych. Rola prężności. *Psychiatria Polska*, 52(6), 1113-1125.
- Gąsior, K., Chodkiewicz, J., Cechowski, W. (2016). Kwestionariusz oceny prężności (KOP-26) konstrukcja i właściwości psychometryczne narzędzia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(1), 76-92.
- Gerra, G., Angioni, L., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bertacca, S., Santoro, G., Gardini, S., Caccavari, R., Nicoli, M. A. (2004). Substance Use Among High-School Students: Relationships with Temperament, Personality Traits, and Parental Care Perception. *Substance Use & Misuse*, 39(2), 345-367. [10.1081/JA-120028493](https://doi.org/10.1081/JA-120028493)
- Ghin, F., Beste, C., Stock, A. K. (2022). Neurobiological mechanisms of control in alcohol use disorder—Moving towards mechanism-based non-invasive brain stimulation treatments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 133, 104508. [10.1016/j.neubiorev.2021.12.031](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.031)

- Ghislieri, C., Dolce, V., Sanseverino, D., Wodociag, S., Vonthron, A. M., Vayre, É., ..., Molino, M. (2022). Might insecurity and use of ICT enhance internet addiction and exhaust people? A study in two European countries during emergency remote working. *Computers in Human Behavior*, 126, 107010. [10.1016/j.chb.2021.107010](https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107010)
- Gill, K., Eagle Elk, M., Liu, Y., Deitrich, R. A. (1999). An examination of ALDH2 genotypes, alcohol metabolism and the flushing response in Native Americans. *Journal of studies on alcohol*, 60(2), 149-158.
- Goeders, N. E. (2003). The impact of stress on addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 13(6), 435-441. [10.1016/j.euroneuro.2003.08.004](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2003.08.004)
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. *Review of personality and social psychology*, 2(1), 141-165.
- Goldin, D. (2014). Addiction and Temporal Bandwidth. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 9(4), 246-262. [10.1080/15551024.2014.917468](https://doi.org/10.1080/15551024.2014.917468)
- Graff Low J., Gendaszek, A. E. (2002). Illicit use of psychostimulants among college students; a preliminary stude. *Psychology, health & Meducine*, 7, 283-287. [10.1080/13548500220139386](https://doi.org/10.1080/13548500220139386)
- Graham, K. Bernards, S., Knibbe, R (2011). Alcohol-related negative consequences among drinkers around the world. *Addiction*, 106, 1391-1405. [10.1111/j.1360-0443.2011.03425.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03425.x)
- Grant, J. E., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Matsunaga, H., Reddy, Y. J., Simpson, H. B., Thomsen, P. H. van den Heuvel, O. A., Veale, D. Woods, D. W., Stein, D. J. (2014). Impulse control disorders and “behavioural addictions” in the ICD-11. *World Psychiatry*, 13(2), 125-127. [10.1002/wps.20115](https://doi.org/10.1002/wps.20115)
- Grosso, J. A., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Gaba, A., Cook, S., Backer-Fulghum, L. M., & Graff, F. S. (2013). Women's motivators for seeking treatment for alcohol use disorders. *Addictive behaviors*, 38(6), 2236-2245. [10.1016/j.addbeh.2013.02.004](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.02.004)
- Gueta, K. (2013). Samoprzebaczenie w odzyskiwaniu izraelskich matek uzależnionych od narkotyków: eksploracja jakościowa. *Journal of Drug Issues*, 43(4), 450–467. [10.1177/0022042613491097](https://doi.org/10.1177/0022042613491097).
- Gustavsson, J. P., Weinryb, S., Goransson, S. (1996). Stability and predictive ability of personality traits across 9 years. *Pers Individ Diff*, 22, 783-791.

- Habrat, B. (2013). Poszerzanie celów i strategii wleczeniu uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 26(1), 27-36.
- Hagger-Johnson, G. E., Whiteman, M. C. (2007). Conscientiousness facets and health behaviors: A latent variable modeling approach. *Personality and Individual Differences*, 43(5), 1235-1245. 10.1016/j.paid.2007.03.014
- Halahan, C. J., Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Hall, O. T., Jordan, A., Teater, J., Dixon-Shambley, K., McKiever, M. E., Baek, M., ... Fielin, D. A. (2022). Experiences of racial discrimination in the medical setting and associations with medical mistrust and expectations of care among black patients seeking addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 133, 108551.
- Hassanbeigi, A., Askari, J., Hassanbeigi, D., Pourmovahed, Z. (2013). The relationship between stress and addiction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1333-1340. 10.1016/j.sbspro.2013.06.752
- Hauck, C., Cook, B., Ellrott, T. (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(1), 103-112. 10.1017/S0029665119001162
- Heinz, A. J., Beck, A., Meyer-Lindenberg, A., Sterzer, P., Heinz, A. (2011). Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(7), 400-413.
- Hershon, H. I. (1977). Alcohol withdrawal symptoms and drinking behavior. *Journal of Studies Alcohol*, 38(5), 953-971. [10.15288/jsa.1977.38.953](https://doi.org/10.15288/jsa.1977.38.953)
- Higgins, E.T. (1989). Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer? *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 93-136.
- Hill, P. L., Turiano, N. A., Hurd, M. D., Mroczek, D. K., Roberts, B. W. (2011). Conscientiousness and longevity: an examination of possible mediators. *Health Psychology*, 30(5), 536.
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. GWP.
- Hodge, D. (2011). Alcohol Treatment and Cognitive Behavioral Therapy: Enhancing Effectiveness by Incorporating Spirituality and Religion. *Social Work*, 56(1), 21-31.
- Hoffmann, B. (2022) Lecznictwo odwykowe a deinstytucjonalizacja opieki medycznej. *Uniwersyteckie Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych*.

- Hogle, J. M., Kaye, J. T., Curtin, J. J. (2010). Nicotine withdrawal increases threat-induced anxiety but not fear: Neuroadaptation in human addiction. *Biological psychiatry*, 68(8), 719-725.
- Holt, L. J., Lit, M. D., Cooney, N. L. (2012). Prospective Analysis of Early Lapse to Drinking and Smoking Among Individual in Concurrent Alcohol and Tobacco Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 561-572.
- Hopwood CJ, Morey LC, Skodol A, Stout RL, Yen S, Ansell EB, Grilo CM, McGlashan TH (2007) Five-factor model personality traits associated with alcohol-related diagnoses in a clinical sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (3), 455–460.
- Horrell, J., Thompson, T. P., Taylor, A. H., Neale, J., Husk, K., Wanner, A., Creanor, S., Wei, Y., Kandiyali, R., Sinclair, J., Nasser, M., Wallace, G. (2020). Qualitative systematic review of the acceptability, feasibility, barriers, facilitators and perceived utility of using physical activity in the reduction of and abstinence from alcohol and other drug use. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 1-15.
- Huebner, R. B., Kantor, L. W. (2011). Advances in Alcoholism Treatment. *Alcohol Research and Health*, 33(4), 295-299.
- Hunter-Rell, D., McCrady, B., Hildebrandt, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: an extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*, 104(8), 1281-1290.
- Iwanicka, K., Malicki, D., Pyłopczyk, A., Olajossy, M. (2011). Typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha-proponowane formy terapii. *Current Problems of Psychiatry*, 12(3), 260-265.
- Jacinto, G. A., Edwards, B. L. (2011). Therapeutic stages of forgiveness and self-forgiveness. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(4), 423-437. 10.1080/15433714.2011.531215
- Jakimiec, D. (2019). Uzależnienie od alkoholu źródłem dysfunkcyjności rodziny. *Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne*, 32(1), 133-143.
- Jakubczyk, A., Wojnar, M. (2009). Znaczenie impulsywności w przebiegu i rozwoju uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 22(4), 387-397.
- Jastrzębska, J. (2016). Przebaczenie i pojednanie w terapii. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 26(2), 128-138.
- Jastrzębska, M., Pastwa-Wojciechowska, B., Piotrowski, A. (2017). Pesymizm czy optymizm terapeutyczny, czyli o efekcie zmiany w terapii uzależnienia od alkoholu w warunkach

- izolacji więziennej u osób z psychopatycznymi cechami osobowości. *Miscellanea Anthropologica et Sociologica*, 18(1), 42-67.
- Jauk, E., Dieterich, R. (2019). Addiction and the Dark Triad of Personality. *Front. Psychiatry*, 10, 1-7. [10.3389/fpsyt.2019.00662](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00662)
- Jaworski, R. (2016). Przebaczenie w psychoterapii. *Paedagogia Christiana*, 2(38), 141-159. [10.12775/PCh.2016.027](https://doi.org/10.12775/PCh.2016.027)
- Jellinek, E. M. (1960). The disease concept of alcoholism. *Hillhouse Press*.
- Jon R. Webb , Jameson K. Hirsch & Loren Toussaint (2011) Forgiveness and Alcohol Problems: A Review of the Literature and a Call for Intervention-Based Research, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29:3, 245-273. [10.1080/07347324.2011.585922](https://doi.org/10.1080/07347324.2011.585922)
- Junik, W. (2011). *Resilience. Teoria-badania-praktyka*. Parpamedia.
- Kairys, A. (2010). Correlations between time perspectives and personality traits in different age groups. *Bridges/Tiltai*, 51(2), 159–172. [10.1177/0961463X16656851](https://doi.org/10.1177/0961463X16656851)
- Kaleta, K., Mróz, J. (2017). *Przebaczenie i poczucie krzywdy*. Pobrane z: https://www.researchgate.net/profile/Justyna_Mroz/publication/324978277_Przebaczenie_i_poczucie_winy/links/5aef28a5aca2727bc0064a31/Przebaczenie-i-poczucie-winy.pdf [10.03.2020].
- Kaleta, K., Mróz, J., Guzewicz, M. (2016). Polska adaptacja Skali Przebaczenia–heartland forgiveness scale [polish adaptation of the heartland forgiveness scale]. *Przegląd Psychologiczny*, 59, 387-402.
- Karyś, J., Szpringer, M., Karyś, T. (2009). Zmiana motywacji do leczenia osób uzależnionych od alkoholu w trakcie terapii odwykowej. *Studia Medyczne*, 16, 29-34.
- Kaskutas, L. A. (2009). Alcoholics Anonymous effectiveness: Faith meets science. *Journal of addictive diseases*, 28(2), 145-157.
- Kassani, A., Niazi, M., Hassanzadeh, J., Menati, R. (2015). Survival analysis of drug abuse relapse in addiction treatment centers. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 4(3), 1-6. [10.5812/ijhrba.23402](https://doi.org/10.5812/ijhrba.23402)
- Kayis, A. R., Satıcı, S. A., Yılmaz, M. F., Simsek, D., Ceyhan, E., Bakioglu, F. (2016). Big five-personality trait and internet addiction: A meta-analytic review. *Computers in Human Behavior*, 63, 35-40.

- Kelly, J. F., Abry, A., Ferri, M., Humphreys, K. (2020). Alcoholics anonymous and 12-step facilitation treatments for alcohol use disorder: A distillation of a 2020 Cochrane review for clinicians and policy makers. *Alcohol and Alcoholism*, 55(6), 641-651.
- Kemp, R. (2020). Addiction as temporal disruption: interoception, self, meaning. *Phenom Cogn Sci*, 19, 305-319.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., Gradisar, M. (2012). Cognitive-behavioral approaches to outpatient treatment of Internet addiction in children and adolescents. *Journal of clinical psychology*, 68(11), 1185-1195.
- Kleszczewska-Albińska, A. (2022). Wybrane poznawczo-behawioralne modele uzależnień behawioralnych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 22(1), 10-18.
- Klimasiński, M. W. (2018). Opieka duchowa w medycynie: Przebaczenie. *Sztuka Leczenia*, 2, 33-40.
- Klingemann, J.I. (2011), Lay and professional concepts of alcohol dependence in the process of recovery from addiction among treated and non-treated individuals in Poland: A qualitative study. *Addiction Research & Theory*, 19(3), 266-275. [10.3109/16066359.2010.520771](https://doi.org/10.3109/16066359.2010.520771)
- Kliszcz, J. (2017). Empatia i jej związek w wybranymi cechami osobowości w kontekście ich znaczenia dla kształtowania relacji terapeutycznej z pacjentem. W: M. Podgórska (red.), *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty* (299-318). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania.
- Kołodziej, Ł. (2020). Programy redukcji szkód i ograniczenia picia alkoholu w domach pomocy społecznej jako alternatywa dla tradycyjnych oddziaływań abstynenckich. *Praca Socjalna*, 34, 93-116.
- Konaszewski, K., Muszyńska, J. (2019). Satysfakcja z życia w grupie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Rola zasobów osobowościowych i zachowań zdrowotnych. *Resocjalizacja Polska*, (18), 263-277.
- Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020. <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105923> [Pobrano: 04.02.2022].
- Krampe, H., Wagner, T., Stawicki, S., Bartels, C., Aust, C., Kroener-Herwig, B., Kuefner, H. Ehrenreich, H. (2006). Personality Disorder and Chronicity of Addiction as Independent Outcome Predictors in Alcoholism Treatment. *Psychiatric Services*, 57(5), 607-755. [10.1176/ps.2006.57.5.708](https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.708)

- Krupa, A., Bargiel-Matusiewicz, K., Hofman, G. (2005). Związek wsparcia społecznego ze stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 18(1-2), 57-69.
- Kucińska, M., Mellibruda, J. (1997). Zmiany stanu psychicznego po terapii odwykowej u pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 325-334.
- Kulikowska, A., Czaban, S., Jarocka, I., Łagoda, K. (2009) Alkohol i jego społeczne konsekwencje. W: E. Krajewska-Kułak i C. Łukaszuk (red.), *W drodze do brzegu życia* (130-140). Uniwersytet Medyczny.
- Kurza, K. (2005). *Analiza efektów terapii osób uzależnionych od alkoholu w placówkach leczenia odwykowego w Polsce – Sonda STU'2005 – badania katamnesticzne*. Wydawnictwo IPZ.
- Leahy, R. L., Tirch, D., Napolitano, L. A. (2014). *Regulacja emocji w psychoterapii. Podręcznik praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ledda, R., Battagliese, G., Attilia, F., Rotondo, C., Pisciotta, F., Gencarelli, S., Greco, A., Fiore, M., Ceccanti, M., Attilia, M. L. (2019). Drop-out, relapse and abstinence in a cohort of alcoholic people under detoxification. *Physiology & behavior*, 198, 67-75.
- Lee, T.Y., Cheung, C.K., Kwong, W.M. (2012). Resilience as a Positive Youth Development Construct: A Conceptual Review. *The Scientific World Journal*. 10.1100/2012/390450
- Leggio, L., Kenna, G. A., Fenton, M., Bonenfant, E., Swift, R. M. (2009). Typologies of alcohol dependence. From Jellinek to genetics and beyond. *Neuropsychology review*, 19(1), 115-129.
- Leppo, A., Hecksher, D. (2011). The rise of the total abstinence model. Recommendations regarding alcohol use during pregnancy in Finland and Denmark. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(1), 7-27.
- Lesch, O. M., Dietzel, M., Musalek, M., Walter H., Zeiler, K. (1988). The course of alcoholism. Long-term prognosis in different types. *Forensic Science International*, 36, 121– 138. 10.1016/0379-0738(88)90225-3
- Leśniak-Berek, E. (2020). Pomagając w zmianie : dialog motywujący w pracy socjalnej. W: K. Faliszek, S. Pawlas-Czyż (red.), *Socjologia bez granic : o naukowej tożsamości działań na rzecz człowieka i jego środowiska. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Kazimierze Wódcz* (s. 333-355). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Leyton, M., Batista, M., Lobato, S., y Jiménez, R. (2019). Validación del cuestionario del modelo transteórico del cambio de ejercicio físico / Validation of the Questionnaire of the

- Transtheoretical Model of Change of Physical Exercise. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 19(74), 329-350. [10.15366/rimcafd2019.74.010](https://doi.org/10.15366/rimcafd2019.74.010)
- Liese, B. S., Kim, H. S., Hodgins, D. C. (2020). Insecure attachment and addiction: Testing the mediating role of emotion dysregulation in four potentially addictive behaviors. *Addictive Behaviors*, 107, 106432.
- Liese, B. S., Tripp, J. C. (2018). Advances in cognitive-behavioral therapy for substance use disorders and addictive behaviors. W: Leahy R. L. (red.), *Science and Practice in Cognitive Therapy: Foundations, Mechanisms, and Applications* (s. 298–316). Guilford Press.
- Loh, E. W., Ball, D. (2000). Role of the GABAA β 2, GABAA α 6, GABAA α 1 and GABAA γ 2 receptor subunit genes cluster in drug responses and the development of alcohol dependence. *Neurochemistry international*, 37(5-6), 413-423.
- López-Pelayo, H., Miquel, L., Altamirano, J., Bataller, R., Caballeria, J., Ortega, L., Ortega, A., Gual, A. (2019). Treatment retention in a specialized alcohol programme after an episode of alcoholic hepatitis: impact on alcohol relapse. *Journal of Psychosomatic Research*, 116, 75-82. [10.1016/j.jpsychores.2018.11.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.020)
- Loukas, A., Krull, J. L., Chassin, L., Carle, A. C. (2000). The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high-risk sample. *Journal of Personality*, 8(6), 1153 – 1175.
- Luchetti M, Sutin AR, Delitala A, Stephan Y, Fiorillo E, Marongiu M, Masala M, Schlessinger D, Terracciano A. (2018). Personality traits and facets linked with self-reported alcohol consumption and biomarkers of liver health. *Addict Behav.*, 18, 135-141. [10.1016/j.addbeh.2018.02.034](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.034)
- Lukavska, K. (2012). Time perspective as a predictor of massive multiplayer online role-playing game playing. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(1), 50-54.
- Lundin, A., Waern, M., Löve, J., Lövestad, S., Hensing, G., Danielsson, A. K. (2021). Towards ICD-11 for alcohol dependence: Diagnostic agreement with ICD-10, DSM-5, DSM-IV, DSM-III-R and DSM-III diagnoses in a Swedish general population of women. *Drug and Alcohol Dependence*, 227, 108925.
- Lungu, G., Tsarkov, A., Petlovanyi, P., Phiri, C., Musonda, N. C., Hamakala, D., Mukukula, M. K., Chitundu, K. (2023). Health-seeking behaviors and associated factors in individuals with substance use disorders at Chainama Hills College Hospital, Lusaka, Zambia. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 17(3), 480-499. [10.30574/wjarr.2023.17.3.0424](https://doi.org/10.30574/wjarr.2023.17.3.0424)
- Luthar S. S. (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge University Press.

- Luthar, S. S. (2015). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. *Developmental psychopathology: Volume three: Risk, disorder, and adaptation*, 739-795.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., Zywiak, W. H. (2000). Alcohol Treatment, Changes in Coping Skills
- Mallouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. F., Schutte, N. S. (2016). Alcohol involvement and the Five-factor model of personality: A meta-analysis. *J. Drug Education*, 37(3), 277-294.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E., Schutte, N. S. (2007). Alcohol involvement and the five-factor model of personality: A meta-analysis. *Journal of drug education*, 37(3), 277-294. [10.2190/DE.37.3.d](https://doi.org/10.2190/DE.37.3.d)
- Marengo, D., Poletti, I., Settanni, M. (2020). The interplay between neuroticism, extraversion, and social media addiction in young adult Facebook users: Testing the mediating role of online activity using objective data. *Addictive Behaviors*, 102, 106150.
- Marlatt, A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse” evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91, 37-49.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford.
- Matone, A., Gandin, C., Ghirini, S., Scafato, E. (2022). Alcohol and Substance Use Disorders Diagnostic Criteria Changes and Innovations in ICD-11: An Overview. *Clinical Psychology in Europe*, 4, 1-13. [10.32872/cpe.9539](https://doi.org/10.32872/cpe.9539)
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 511-525.
- McKay, J. R., Hiller-Sturmhofel, S. (2011). Treating Alcoholism As a Chronic Disease. *Alcohol Research and health*, 33(4), 356-370.
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458.
- McNulty, J. K. (2011). The dark side of forgiveness: The tendency to forgive predicts continued psychological and physical aggression in marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(6), 770–783. [10.1177/0146167211407077](https://doi.org/10.1177/0146167211407077)

- McRae, R. (1993). Moderated analyses of longitudinal personality stability. *J Pers Soc Psychol*, 65, 577-585.
- Mellibruda, J. (1997). Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 3(28), 277-306.
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2011). *Integracja psychoterapii uzależnień. Teoria i praktyka*. Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Mellibruda, J. (1995). *Pułapka niewybaczonyj krzywdy*. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Merrill, J. O., Rhodes, L. A., Deyo, R. A., Marlatt, G. A., Bradley, K. A. (2002). Mutual mistrust in the medical care of drug users: the keys to the “narc” cabinet. *Journal of general internal medicine*, 17, 327-333.
- Miceli, S., Cardaci, M., Scrima, F., Caci, B. (2022). Time perspective and Facebook addiction: The moderating role of neuroticism. *Current Psychology*, 41(12), 8811-8820.
- Mierzejewski, P., Bieńkowski, P., Jakubczyk, A., Samochowiec, J., Silczuk, A., Wojnar, M. (2022). Pharmacotherapy of alcohol withdrawal syndromes—Recommendations of the Polish Psychiatric Association and the Pharmacotherapy Section of the Polish Society for Addiction Research. *Psychiatr Pol*, 56(3), 433-452. [10.12740/PP/OnlineFirst/149321](https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/149321)
- Mikołajczyk, A. (2007). Dopuszczalność stosowania reklamy porównawczej w obszarze prawnym Unii Europejskiej. *Studia Gdańskie*, 4, 130-145.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomagać ludziom w zmianie?* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, L. (1991). Predicting Relapse and Recovery in Alcoholism and Addiction: Neuropsychology, Personality, and Cognitive Style. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 277-291.
- Miller, W. R., Forcehimes, A. A., Zweben, A. (2014). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W. R., Moyers, T. B. (2014). The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110(3), 401-413.
- Mitchell, M. R., Potenza, M. N. (2015). Importance of sex differences in impulse control and addictions. *Frontiers in psychiatry*, 6(24), 1-4. [10.3389/fpsy.2015.00024](https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00024)

- Modrzyński, R. (2022). Zaburzenia wynikające z używania substancji w ICD-11. Zmiany w diagnostyce klinicznej. *Psychiatria i psychologia kliniczna*, 22(4), 248-252. 10.15557/PiPK.2022.0031
- Modrzyński, R. (2012). Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 25(4), 417-426.
- Modrzyński, R. (2017). *Abstynencja czy ograniczanie picia? Znaczenie zasobów w przewidywaniu abstynencji osób uzależnionych od alkoholu we wczesnej fazie zdrowienia*. Difin.
- Modrzyński, R. (2018). Conservation of resources theory by Steven E. Hobfoll and prediction of alcohol dependent persons' abstinence. *Alcohol Drug Addict*, 31(2), 147-170.
- Modrzyński, R. (2019). Zaburzenia związane z używaniem alkoholu–proponowane zmiany w klasyfikacji ICD-11. *Polskie Forum psychologiczne*, 24(3), 324-333.
- Modrzyński, R. (2020). O uzależnieniu prosto o zrozumiale. *Difin*.
- Modrzyński, R., Mańkowska, A. (2022). *Psychoedukacja w terapii uzależnienia od alkoholu. Komunikacja i motywacja. Scenariusze zajęć*. Difin.
- Modrzyński, R., Pisarska, A., Mańkowska, A. M. (2022). The Hazardous Use Scale of psychoactive substances. A pilot study. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 35(3), 187-204. [10.5114/ain.2022.125279](https://doi.org/10.5114/ain.2022.125279)
- Moore, T. M., Seavey, A., Ritter, K. (2014). Ecological Momentary Assessment of the Effects of Carving and Affect on Risk for Relapse During Substance Abuse Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 619-624.
- Moos, R. H., Moos, B. S. Timko, C. (2006). Gender, Treatment and Self-Help in Remission from Alcohol Use Disorders. *Clinical Medicine & Research*, 4(3), 163-174.
- Morawska, K., Chodkiewicz, J. (2019). Alkoholicy wysokofunkcjonujący–odrębny typ? Poszukiwanie wspólnych cech w istniejących typologiach alkoholizmu. *Psychiatria i psychologia kliniczna*, 19(4), 411-417.
- Moriarty, H., Stubbe, M., Bradford, S., Tapper, S., Lim, B. T. (2011). Exploring resilience in families living with addiction. *J Prim Health Care*, 3(3), 210-217.
- Morrison, J. (2016) *DSM-5^R bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Moskalewicz, M., Schwartz, M. A. (2020). Temporal experience as a core quality in mental disorders. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 19, 207-216.
- Moss, H. B., Chen, C. M., Yi, H. Y. (2007). Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug and alcohol dependence*, 91(2-3), 149-158.
- Motta-Ochoa, R., Incio-Serra, N., Brulotte, A., Flores-Aranda, J. (2023). Motives for alcohol use, risky drinking patterns and harm reduction practices among people who experience homelessness and alcohol dependence in Montreal. *Harm Reduction Journal*, 22(20), 1-12.
- Mróz, J., Kaleta, K. (2018). Przegląd kwestionariuszy do oceny przebaczenia dyspozycyjnego. *Polskie Forum Psychologiczne*, 28(4), 657-671. [10.14656/PFP20180401](https://doi.org/10.14656/PFP20180401)
- Napierała, M. (2013). Redukcja szkód i strategia picia kontrolowanego–nowy paradygmat w leczeniu uzależnień od alkoholu. *Hygeia*, 49(2), 225-228.
- Napierała, M. (2017). Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Neuropsychiatria & Neuropsychology/Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 12(3), 118-126.
- Nathan, P. E. (1988). The Addictive Personality is the Behavior of the Addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 183-188.
- Nevid, J. S., Gordon, A. J., Barris, A., Sperber, J. E., Haggerty, G. (2019). Personality profiles of patients with alcohol use opioid use disorder in an inpatient treatment setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 97, 91-96. [10.1016/j.jsat.2018.11.013](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.11.013)
- Niewiadomska, I. (2010). Zasoby psychospołeczne czynnikiem warunkującym pozytywną adaptację człowieka. W: M. Kalinowski, I. Niewiadomska (red.), *Skazani na wykluczenie?! Zasoby adaptacyjne osób zagrożonych marginalizacją społeczną* (15-38). Wydawnictwo KUL.
- Niewiadomska, I., Stanisławczyk, P. (2004). *Narkotyki*. Media.
- Nikbin, D., Iranmanesh, M., Foroungi, B. (2021). Personality traits, psychological well-being, Facebook addiction, health and performance: testing their relationships. *Behaviour & Information Technology*, 40(7), 1-9. [10.1080/0144929X.2020.1722749](https://doi.org/10.1080/0144929X.2020.1722749)
- Niškiewicz, Z. (2016). Dobrostan psychiczny i jego rola w życiu człowieka. *Studia Krytyczne*, 3, 139–151.
- Nordfjaern, T. (2011). Relapse patterns among patients with substance use disorder. *Journal of Substance Use*, 16(4), 313-329.

- O'Farrell, T. J., Hooley, J., Flas-Stewart, W., Cutter, H. S. (1998). Expressed Emotion and Relapse in Alcoholic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 744-752.
- Ochwanowska, E., Witek, B., & Kumański, K. (2012). Alkohol a hormony. *Kosmos*, 61(1), 67-76.
- Ogińska-Bulik, N. (2014). Prężność psychiczna a zadowolenie z życia osób uzależnionych od alkoholu. *Alcoholism and Drug Addiction*, 27(4), 319-324. [10.1016/S0867-4361\(14\)70023-9](https://doi.org/10.1016/S0867-4361(14)70023-9)
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Skala pomiaru prężności–SPP-25. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39-56.
- Ogińska-Bulik, N., Zadworna-Cieślak, M. (2014). Rola prężności psychicznej w radzeniu sobie ze stresem związanym z egzaminem maturalnym. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 2(19), 7–24. [10.12775/PBE.2014.019](https://doi.org/10.12775/PBE.2014.019)
- Oh, E., Jorm, A. F., Wright, A. (2009). Perceived helpfulness of websites for mental health information. A national survey of young Australians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 293-299.
- Paderewska, N. (2019). Cechy osobowości w kontekście doboru substancji psychoaktywnych. W: A. Dymowska, P. Prósiniowski (red.), *Innowacja. Integracja. Inspiracja. Kierunki odpowiedzi na zjawisko uzależnień* (55-86). Wydawnictwo LIBRON.
- Philips, C. A., Schnabl, B., Bajaj, J. S. (2022). Gut microbiome and alcohol-associated liver disease. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, 12(5), 1349-1359. [10.1016/j.jceh.2021.12.016](https://doi.org/10.1016/j.jceh.2021.12.016)
- Pohorecky L.A. (1991). Stress and alcohol interaction: an update of human research. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 15, 438-495.
- Polcin, D. L. (1997). The etiology and diagnosis of alcohol dependence: differences in the professional literature. *Psychotherapy*, 34(3), 25-35.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2022). Psychoterapia poznawczo-behawioralna. PWN.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., de Jong, C. A. J. (2010). Evaluation of an E-Therapy Program for Problem Drinkers: A Pilot Study. *Substance Use and Misuse*, 45(12), 2059-20-75.
- Poznyak V. (2017). Alcohol Use Disorders: Their Status in the Draft ICD-11. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 869–870.

- Poznyak, V., Reed, G. M., Medina-Mora, M. E. (2018). Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 27(3), 212-8. [10.1017/S2045796017000622](https://doi.org/10.1017/S2045796017000622)
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. *Treating addictive behaviors: Processes of change*. Plenum Press.
- Prokop, M. (2005). *Krótką interwencją*. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Pobrano z: <https://psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/961-krotka-interwencja.html> [09.11.2021].
- Przepiorka, A., Błachnio, A. (2016). Time perspective in Internet and Facebook addiction. *Computers in Human Behavior*, 60, 13-18. [10.1016/j.chb.2016.02.045](https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.045)
- Przepiórka, A., (2011) *Kwestionariusz ZTPI, polska adaptacja*. Materiał niepublikowany.
- Przepiórka, A., Błachnio, A., Cudo, A. (2019). The role of depression, personality, and future time perspective in internet addiction in adolescents and emerging adults. *Psychiatry Reseach*, 272, 340-348. [10.1016/j.psychres.2018.12.086](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.086)
- Purzycki, B. G. (2010). Cognitive Architecture, Humor and Counterintuitiveness: Retention and Recall of MCIs. *Journal of Cognition and Culture*, 10(1-2), 189-204. [10.1163/156853710X497239](https://doi.org/10.1163/156853710X497239)
- Pytko, L., Nowak, B. (2010). *Problemy współczesnej resocjalizacji*. Pedagogium WSPR.
- Rahill, G. J., Lopez, E. P., Vanderbiest, A., Rice, C. (2009). What is Relapse? A Contemporary Exploration of Treatment of Alcoholism. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9, 245-262.
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., Ayuso-Mateos, J. L., Kanba, S., Keeley, J. W., Houry, B., Krasnov, V. N., Kulygina, M., Lovell, A. M., de Jesus Mari, J., Maruta, T., Matsumoto, C., Rebello, T. J., Roberts, M. C., Robles, R., Sharan, P., Zhao, M., Jablensky, A., Udomratn, P., Rahimi-Movaghar, A., Rydelius, P.-A., Bährer-Köhler, S., Watts, A. D., Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3-19.
- Rehm J, Heilig M, Gual A. (2019). ICD-11 for Alcohol Use Disorders: Not a Convincing Answer to the Challenges. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(11). [10.1111/acer.14182](https://doi.org/10.1111/acer.14182)

- Rehm, J. (2004). Alcohol use. W: M. Ezzati (red.), *Comparative quantification of health risk: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. WHO, Geneva, 1, 959-1108.
- Rejniak, R. (2019). Dialog Motywujący jako metoda działania we wczesnej interwencji profilaktycznej. *Przegląd Pedagogiczny*, (1), s. 297-311.
- Reyre, A., Jeannin, R., Larguèche, M., Hirsch, E., Baubet, T., Moro, M. R., & Taïeb, O. (2014). Care and prejudice: moving beyond mistrust in the care relationship with addicted patients. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17, 183-190.
- Riahi, A. (2004). *Analiza funkcjonowania psychicznego u osób kończących Podstawowy Program Terapii Uzależnienia*. Wydawnictwo IPZ.
- Ribadier, A., Varescon, I. (2019) Anxiety and depression in alcohol use disorder individuals: the role of personality and coping strategies. *Substance Use & Misuse*, 54(9), 1475 - 1484. [10.1080/10826084.2019.1586950](https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1586950)
- Riddle, T. A., Rosen, H. J., Morsella, E. (2015). Is that me? Sense of agency as a function of intra-psycho conflict. *The Journal of Mind and Behavior*, 27-46.
- Robertson, T. W., Yan, Z., Rapoza, K. A. (2018). Is resilience a protective factor of internet addiction? *Computers in Human Behavior*, 78, 255-260.
- Rodzeń-Krawiec, J. (2018). *Poczucie zdrowienia i umocnienia u chorych psychicznie uczestników środowiskowych form opieki*. Rozprawa doktorska. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II.
- Rosansky, J.A., Rosenberg, H. (2020). A systematic review od reasons for abstinence form alcohol reported by lifelong abstainers, current abstainers and former problem-drinkers. *Drug and Alcohol Review*, 14, 1-15.
- Rosenberg, B., Van Camp, L., Krigas, T. (1965). Inhibition of cell division in Escherichia coli by electrolysis products from a platinum electrode. *Nature*, 205, 698-699.
- Rowicka, M., Postek, S., Zin-Sędek, M. (2021). Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020r. *Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*.
- Ruckenstein, M. (2013). Temporalities of addiction. W: L. Hansson, U. Holmberg, H. Brembeck (red.), *Making sense of consumption. Selections from the 2nd Nordic conference on consumer research 2012* (107–118). University of Gothenburg.

- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., Dickinson, K. A. (2003). NEO PI-R predictors of alcohol use and alcohol-related problems. *Journal of personality assessment*, 81(3), 226-236. [10.1207/S15327752JPA8103_05](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8103_05)
- Rzepa, T. (2014). Refleksje na temat dokumentów biograficznych w niepublikowanym Dzienniku komputerowym Zbigniewa Pietraśińskiego. *Opuscula Sociologica*, 4, 45–5.
- Sanchez, A., Gainza Perez, M., Field, C. A. (2022). The role of resilience in alcohol use, drinking motives, and alcohol-related consequences among Hispanic college students. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 48(1), 100-109. [10.1080/00952990.2021.1996584](https://doi.org/10.1080/00952990.2021.1996584)
- Sandberg, B. (2011). Alcohol prevention and evaluation in the era of evidence based practice—the need for a systematic approach to evaluation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(3), 235-250.
- Sarvandani, M. M., Mahdikhani, M., Aghabarati, H., & Fatmehsari, M. H. (2021). Effect of functionalized multi-walled carbon nanotubes on mechanical properties and durability of cement mortars. *Journal of Building Engineering*, 41, 102407. [10.1016/j.jobe.2021.102407](https://doi.org/10.1016/j.jobe.2021.102407)
- Saunders, J. B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD-10 and the draft ICD-11. *Addictive Disorders*, 30, 1–11.
- Saunders, J. B., Degenhardt, L., Reed, G. M., Poznyak, V. (2019). Alcohol use disorders in ICD-11: Past, present, and future. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 43(8), 1617-1631.
- Saunders, J. B., Peacock, A., Degenhardt, L. (2018). Alcohol use disorders in the draft ICD-11, and how they compare with DSM-5. *Curr Addict Rep*, 5, 257–264.
- Schlaff, G., Walter, H., Lesch, O. M. (2011). The Lesch alcoholism typology—psychiatric and psychosocial treatment approaches. *Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology*, 24(2), 89-97.
- Semmer, N. (2006). Personality, stress and coping. W: M. Vollrath (red.), *Handbook of Personality and Health*, (73-113). Wiley.
- Seo, B., Jeon, K., Moon, S., Lee, K., Kim, W. K., Jeong, H., ... Ko, G. (2020). Roseburia spp. abundance associates with alcohol consumption in humans and its administration ameliorates alcoholic fatty liver in mice. *Cell host & microbe*, 27(1), 25-40. [10.1016/j.chom.2019.11.001](https://doi.org/10.1016/j.chom.2019.11.001)
- Shiffman S. (1997) Problemy pojęciowe w badaniach nad nawrotami. W: M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależnieniach*, 125-149. PARPA.

- Simanjutak, E. J., Ko, H. (2021). Moderated-Mediation Roles: Relationship between Internet Addiction, Neuroticism, Perceived Stress, and Adaptive Coping Style among Indonesian Migrant Workers in Taiwan. *Makara Human Behavior Studies in Asia*, 25(1), 80-95. [10.7454/hubs.asia.1160321](https://doi.org/10.7454/hubs.asia.1160321)
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 105-130. [10.1196/annals.1441.030](https://doi.org/10.1196/annals.1441.030)
- Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K., Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 278, 97-115. [10.1016/j.psychres.2019.05.038](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038)
- Smith, R. J., Anderson, R. I., Haun, H. L., Mulholland, P. J., Griffin, W. C., Lopez, M. F. (2019). Dynamic c-Fos changes in mouse brain during acute and protracted withdrawal from chronic intermittent ethanol exposure and relapse drinking. *Addiction Biology*, 25, 1-15. [10.1111/adb.12804](https://doi.org/10.1111/adb.12804)
- Sosnowska, M., Prot-Klinger, K., Scattergood, M., Paczkowska, M., Smolicz, A., Ochocka, M. (2011). Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty. *Psychiatr. Pol*, 45(5), 723-735.
- Stanford, M., Banerjee, K., Garner, R. (2010). Chronic Care and Addictions Treatment: A Feasibility Study on the Implementation of Posttreatment Continuing Recovery Monitoring. *Journal of Psychoactive Drugs*, 6, 295-303.
- Steffenhagen, R. A. (1980). Self-esteem theory on drug abuse. W: D. J. Lettieri, M. Sayers i H. W. Pearson (red.), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspective* (157-163). National Institute on Drug Abuse.
- Stępień, E. (2004). Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży. Przegląd badań z lat 1997-2002. Instytut psychiatrii i Neurologii.
- Studen, S., Ledwoch, M. (2005). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej. Problemy człowieka chorego*. Towarzystwo Naukowe KUL.
- Studen, S., Okła, W. (2006). *Jakość życia w chorobie*. Wydawnictwo KUL.
- Studen, S., Oleś, P. (2006). *Życie jako zadanie*. Wydawnictwo KUL.
- Stolarski, M. (2016). Not restricted by their personality: Balanced Time Perspective moderates well-established relationships between personality traits and well-being. *Personality and Individual Differences*, 100, 140–144. [10.1016/j.paid.2015.11.037](https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.037)

- Summerfelt, H., Lippman, L., Hyman, I. E., Jr (2010). The effect of humor on memory: constrained by the pun. *The Journal of general psychology*, 137(4), 376–394. [10.1080/00221309.2010.499398](https://doi.org/10.1080/00221309.2010.499398)
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). (2000). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. *Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vessalius”*.
- Szcześniak, E. (2011). Proces psychoterapii indywidualnej i grupowej w leczeniu uzależnień. *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, (8), 293-302.
- Tekin, K. (2018). The neurobiology of cognitive behavioural therapy in addiction therapy. *Klinik Psikofarmakologii Bulteni*, 28, 305-306.
- Terelak, J. F., Dziegielewska, J. (2011). Strategie radzenia sobie ze stresem a skuteczność terapii uzależnień alkoholików. *Seminare. Poszukiwania naukowe*, 29, 105-122.
- Thompson, L.Y., Snyder, C.R., Hoffman, L., Michael, S.T., Rasmussen, H.N., Billings, L.S., Heinze, L., Neufeld, J.E., Shorey, H.S., Roberts, J.C., Roberts, D.E. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of Personality*, 73(2), 313–359. [10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x)
- Timko, C., Laudet, A., Moos, R. H. (2014). Newcomers to Al-Anon family groups: Who stays and who drops out?. *Addictive behaviors*, 39(6), 1042-1049.
- Toussaint L., Shields G. S., Dorn G., Slavich G. M. (2016). Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health. *Journal of Health Psychology*, 21, 6, 1004–1014.
- Trzęsowska-Greszta, E., Domanowska, G., Trębicka, P., Dylewska, A. (2017). Filozofia życia, hierarchia wartości i postawy wartościujące u abstynentów i osób nadużywających alkoholu. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 31(3), 101-131.
- Tsogia, D., Copello, A., Orford, J. D. (2001). Entering treatment for substance misuse: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 10(5), 481-499. [10.1080/09638230126722](https://doi.org/10.1080/09638230126722)
- Turiano, N. A., Whiteman, S. D., Hampson, S. E., Roberts, B. W., Mroczek, D. K. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait change. *Journal of research in personality*, 46(3), 295-305. [10.1016/j.jrp.2012.02.009](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.02.009)
- Tylikowska, A. (2006). Kompetencje społeczne a osobowość. *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów: problemy, innowacje, projekty*, (3), 25-33.
- Ukalisz, A. (2013). Sposoby radzenia sobie ze stresem i wsparcie społeczne u osób z problemem alkoholowym. *Resocjalizacja Polska*, 5, 241-253.

- Vaillant, G. E. (1988). What Can Long-term Follow-up Teach us About Relapse and Prevention of Relapse in Addiction? *British Journal of Addiction*, 83, 1147-1157.
- Vallejo, Z., Amaro, H. (2009). Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 192-206. [10.1080/08873260902892287](https://doi.org/10.1080/08873260902892287)
- Van der Weele T. J. (2017). Religion and Health: a Synthesis. Balboni M., Peteet J. (red.), Religion and Maciej Wiktor Klimasiński Spirituality Within the Culture of Medicine. New York: Oxford University Press, 371–373.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S. (2000). Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10(3), 318-325.
- Vollrath, M., Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and individual differences*, 29, 367-378.
- von Wormer, K. (1987) Aspects of Humor in Alcoholism Counseling. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3(4), 25-32. [10.1300/J020V03N04_02](https://doi.org/10.1300/J020V03N04_02)
- Wade, N. (2010). Introduction to the special issue on forgiveness in therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(1), 1-4.
- Wade, N. G., Bailey, D. C., Shaffer, P. (2005). Helping clients heal: Does forgiveness make a difference?. *Professional psychology: Research and practice*, 36(6), 634. [10.1037/0735-7028.36.6.634](https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.634)
- Walja, A., Romano, I., Levitt, E., Sousa, S., Rush, B., MacKillop, J., Urbanoski, K., Costello, M. J. (2022). Psychometric evaluation of the treatment entry questionnaire to assess extrinsic motivation for inpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 2, 1-8. [10.1016/j.dadr.2021.10001](https://doi.org/10.1016/j.dadr.2021.10001)
- Wall, T. L., Ehlers, C. L. (1995). Genetic influences affecting alcohol use among Asians. *Alcohol Health and Research World*, 19(3), 184.
- Watakakosol, R., Suttiwan, P., Ngamake, S. T., Raveepatarakul, J., Wiwattanapantuwong, J., Iamsupasit, S., Tuicomepee, A. (2021). Integration of the theory of planned behavior and transtheoretical model of change for prediction of intentions to reduce or stop alcohol use among Thai adolescents. *Substance Use & Misuse*, 56(1), 72-80.
- Wawrzyniak, S. (2020). Rola współczesnej szkoły w zakresie profilaktyki uzależnień od substancji szkodliwych. *Studia Edukacyjne*, 59, 151-72. [10.14746/se.2020.59.11](https://doi.org/10.14746/se.2020.59.11)

- Webb, J. R., Hirsch, J. K., Toussaint, L. (2015). Forgiveness as a positive psychotherapy for addiction and suicide: Theory, research, and practice. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(1), 48-60.
- Webb, J. R., Robinson, E. A. R., Brower, K. J. (2009). Forgiveness and mental health among people entering outpatient treatment with alcohol problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(4), 368–388. [10.1080/07347320903209822](https://doi.org/10.1080/07347320903209822)
- Webb, J. R., Toussaint, L. L. (2017). Self-Forgiveness as a Critical Factor in Addiction and Recovery: A 12-Step Model Perspective. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 36 (1), 15-31. [10.1080/07347324.2017.1391057](https://doi.org/10.1080/07347324.2017.1391057)
- Webb, J. R., Toussaint, L. L. (2017). Self-Forgiveness as a Critical Factor in Addiction and Recovery: A 12-Step Model Perspective. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 36(1), 15–31. [10.1080/07347324.2017.1391057](https://doi.org/10.1080/07347324.2017.1391057)
- Weiss, A., Costa Jr, P. T. (2005). Domain and facet personality predictors of all-cause mortality among Medicare patients aged 65 to 100. *Psychosomatic medicine*, 67(5), 724-733.
- Wiers, R. W., Sergeant, J. A., & Gunning, W. B. (1994). Psychological mechanisms of enhanced risk of addiction in children of alcoholics: a dual pathway?. *Acta paediatrica*, 83, 9-13.
- Willenbring, M. L. (2010). The Past and Future of Research on Treatment of Alcohol Dependence. *Alcohol Research and Health*, 33(12).
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Opland, E., Weller, C., Latimer, W. W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*, 95(4), 601-612.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. (2011). Behavioral Therapy Across the Spectrum. *Alcohol Research and Health*, 33(4), 313-319.
- Włodarczyk, E. (2014). Proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego—od ograniczeń i spętania ku lepszej jakości życia. *Resocjalizacja Polska*, 8(2), 101-117.
- Włodarczyk, E. (2016). Od uwikłania w uzależnienie od alkoholu do ustawicznego zdrowienia. (W:) H. Karaszewska, E. Silecka-Marek (red.), *Sytuacje trudne w perspektywie jednostkowej i społecznej* (19-36). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Włodarczyk, E. (2016). Od uwikłania w uzależnienie od alkoholu do ustawicznego zdrowienia.
- Włodarczyk, E. (2018). Kobiety uzależnione od alkoholu w procesie terapii – bariery i oczekiwania. W: M. Piorunek (red.), *Spoleczne i jednostkowe konteksty pomocy, wsparcia*

- społecznego i poradnictwa. Koncepcje – Dyskursy – Inspiracje, tom 1, (267-280).*
Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Włodarczyk, E. (2021). Punkty zwrotne na kontinuum od uzależnienia od alkoholu do zmiany życia w doświadczeniach matek uzależnionych od alkoholu. *Przegląd Pedagogiczny*, (1), 218-239.
- Wojnar, M., Brower, K. (2012). Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (105-126). Łódzkie Zakłady Graficzne.
- World Health Organization. (2022). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th revision. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version 02/2022). Pobrane z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [31.08.2022].
- Woronowicz, B. T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Worthington, E. L. (2005). More questions about forgiveness: Research agenda for 2005–2015. W: E. Worthington (red.), *Handbook of forgiveness* (557-574). Brunner-Routledge.
- Worthington, E. L., Witvliet, C. V. O., Pietrini, P., Miller, A. J. (2007). Forgiveness, Health, and Well-Being: A Review of Evidence for Emotional Versus Decisional Forgiveness, Dispositional Forgiveness, and Reduced Unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 291-302.
- Worthington, E., Wade, N. (2019). *Handbook of Forgiveness: Edition 2*. Routledge.
- Woydyło, E. (1998). *Aby wybaczyć*. Akuracik.
- Zanarini, M. C. (2010). The 10-years course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-years follow up study. *Addiction*, 106, 342-348.
- Zarzycka, B. (2016). Psychologiczne koncepcje przebaczenia w relacjach międzyludzkich. *Paedagogia Christiana*, 37(1), 163-181. [10.12775/PCh.2016.009](https://doi.org/10.12775/PCh.2016.009)
- Zarzycka, B., Ziółkowska, D., Śliwak, J. (2017). Wsparcie i zmagania religijne jako predyktory jakości życia anonimowych alkoholików–moderacja przez czas abstynencji. *ROCZNIKI PSYCHOLOGICZNE*, 20, 99-120.
- Zawadzka, B., Byrczek, M. (2012). Kształtowanie perspektywy temporalnej jako aspekt adaptacji do choroby i leczenia. Analiza oparta na badaniach chorych leczonych nerkozastępczo. *Psychiatria Polska*, 46(5), 743-756.

- Zaworska-Nikoniuk, D. (2021). Alkoholicy wysokofunkcjonujący – trudności diagnostyczne, charakterystyka i modele leczenia. *Resocjalizacja Polska*, 22, 205-225.
- Zdybek, P., Derbis, R. (2018). Poczucie jakości życia i samoocena pacjentów w trakcie terapii uzależnienia od alkoholu. *Czasopismo Psychologiczne, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura*, 24(3), 2018, 595-606.
- Zhang, Y., Ding, Y., Huang, H., Peng, Q., Wan, X., Lu, G., & Chen, C. (2022). Relationship between insecure attachment and mobile phone addiction: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 131, 107317.
- Zhao, Z., Ma, Y., Han, Y., Liu, Y., Yang, K., Zhen, S., Wen, D. (2018). Psychosocial correlates of food addiction and its association with quality of life in a non-clinical adolescent sample. *Nutrients*, 10(7), 2-11.
- Zimbardo, P. G., Boyd J. N. (2009). *Paradoks czasu*. PWN.
- Zimbardo, P. G., Sword, R. M., Sword, R. K. M. (2013). *Siła czasu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zimbardo, P.G., Boyd, J. N., (1999). Putting time in perspective: a valid reliable individual differences metric. *Journal of Personality and social Psychology*, 77, 1271-1288.
- Zuckermann, M., Kuhlman D.M. (2000). *Personality and risk-taking” Common biosocial factors*. *J Pers.*, 68, 999-1029.
- Żulewska, J. (2005). Potencjał samouzdrawiający osób doświadczających problemów z alkoholem. Przegląd badań nad zjawiskiem samowyleczeń (1990–2004). *Alkoholizm i Narkomania*, 18(4), 9-24.
- Zweben, A. (2001). Integrating Pharmacotherapy and Psychosocial Interventions in the Treatment of Individuals with Alcohol Problems. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(3), 65-80.

Aneks

Spis tabel

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Zbiór podglądowy przedstawionych typologii osób uzależnionych od alkoholu. | 26 |
| Tabela 2. Dane socjodemograficzne badanych mężczyzn | 63 |
| Tabela 3. <i>Charakterystyka grupy pod względem procesu leczenia</i> | 64 |
| Tabela 4. Podział badanych mężczyzn ze względu na etap zdrowienia..... | 65 |
| Tabela 5. Statystyki opisowe dla STORI | 67 |
| Tabela 6. Statystyki opisowe dla IPIP-BFM-20..... | 68 |
| Tabela 7. Statystyki opisowe SPP-25 | 68 |
| Tabela 8. Statystyki opisowe dla ZTPI..... | 69 |
| Tabela 9. Statystyki opisowe dla HFS..... | 70 |
| Tabela 10. Różnice w zakresie osobowości pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia..... | 72 |
| Tabela 11. Różnice w zakresie prężności pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia..... | 73 |
| Tabela 12. Różnice w zakresie perspektywy czasowej pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia..... | 74 |
| Tabela 13. Różnice w zakresie przebaczenia pomiędzy osobami znajdującymi się na poszczególnych etapach zdrowienia..... | 75 |
| Tabela 14. Model regresji liniowej dla etapu przygotowanie. | 77 |
| Tabela 15. Model regresji liniowej dla etapu odbudowa. | 78 |
| Tabela 16. Model regresji liniowej dla etapu rozwoju. | 80 |

Spis rysunków

| | |
|--|-----|
| Rysunek 1. Porównanie kategorii diagnostycznych w ICD-10 oraz ICD-11..... | 12 |
| Rysunek 2. Model uzależnienia w podejściu poznawczo-behawioralnym. | 30 |
| Rysunek 3. Schemat etapów modelu przechodzenia zmiany. | 38 |
| Rysunek 4. Etapowy model poczucia zdrowienia..... | 40 |
| Rysunek 5. Model badań własnych..... | 55 |
| Rysunek 6. Predyktory poczucia zdrowienia na etapie przygotowania dla badanej grupy mężczyzn..... | 97 |
| Rysunek 7. Predyktory poczucia zdrowienia na etapie odbudowy u badanych mężczyzn..... | 101 |

Spis załączników

| | |
|--|-----|
| Załącznik 1. Korelacja r-Pearsona etapów zdrowienia i czynników podmiotowych dla całej grupy mężczyzn, N=213..... | 149 |
| Załącznik 2. Korelacja r-Pearsona etapów zdrowienia i czynników podmiotowych dla grupy mężczyzn będących na etapie przygotowania, N=49..... | 150 |
| Załącznik 3. Korelacja r-Pearsona etapów zdrowienia i czynników podmiotowych dla grupy mężczyzn będących na etapie odbudowy, N=109..... | 151 |
| Załącznik 4. Korelacja r-Pearsona etapów zdrowienia i czynników podmiotowych dla grupy mężczyzn będących na etapie rozwoju, N=55 | 152 |
| Załącznik 5. Ankieta socjodemograficzna | 153 |
| Załącznik 6. Kwestionariusz STORI..... | 155 |
| Załącznik 7. Kwestionariusz IPIP-BFM-20 | 158 |
| Załącznik 8. Kwestionariusz SPP-25 | 159 |
| Załącznik 9. Kwestionariusz ZTPI..... | 160 |
| Załącznik 10. Kwestionariusz HFS | 163 |

Załącznik 1. Korelacja *r*-Pearsona etapów zdrowienia i czynników podmiotowych dla całej grupy mężczyzn, *N*=213

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---------------|---------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|
| Moratorium | -,235** | 0,040 | -,168* | -,249** | -,305** | -,144* | -0,120 | -,221** | -,245** | -,220** | 0,117 | 0,012 | ,230** | 0,027 | 0,040 | -,279** | -0,105 | -,284** |
| | 0,001 | 0,559 | 0,014 | 0,000 | 0,000 | 0,036 | 0,080 | 0,001 | 0,000 | 0,001 | 0,090 | 0,857 | 0,001 | 0,700 | 0,560 | 0,000 | 0,128 | 0,000 |
| Świadomość | 0,034 | ,162* | 0,092 | -0,112 | 0,079 | 0,129 | ,151* | 0,080 | 0,074 | 0,031 | 0,034 | -0,022 | -0,036 | -0,024 | 0,039 | -0,107 | 0,061 | 0,096 |
| | 0,623 | 0,018 | 0,183 | 0,104 | 0,253 | 0,060 | 0,027 | 0,246 | 0,283 | 0,655 | 0,617 | 0,750 | 0,606 | 0,728 | 0,575 | 0,118 | 0,374 | 0,165 |
| Przygotowanie | 0,048 | ,182** | 0,078 | -0,076 | 0,126 | ,190** | ,258** | 0,132 | ,177** | 0,107 | -0,032 | -0,052 | -0,057 | -0,020 | -0,010 | -0,054 | 0,115 | 0,127 |
| | 0,489 | 0,008 | 0,254 | 0,272 | 0,066 | 0,005 | 0,000 | 0,055 | 0,010 | 0,119 | 0,646 | 0,449 | 0,406 | 0,771 | 0,888 | 0,437 | 0,094 | 0,065 |
| Odbudowa | 0,128 | ,183** | 0,080 | -0,001 | ,137* | ,254** | ,307** | ,223** | ,252** | ,200** | -0,029 | 0,009 | -0,047 | 0,063 | 0,024 | -0,045 | ,136* | ,191** |
| | 0,063 | 0,007 | 0,243 | 0,984 | 0,046 | 0,000 | 0,000 | 0,001 | 0,000 | 0,003 | 0,678 | 0,898 | 0,493 | 0,360 | 0,726 | 0,514 | 0,047 | 0,005 |
| Rozwój | ,216** | 0,086 | 0,089 | ,170* | 0,118 | ,354** | ,325** | ,378** | ,356** | ,312** | -0,100 | 0,025 | -0,064 | 0,028 | -0,063 | 0,116 | 0,087 | ,251** |
| | 0,002 | 0,211 | 0,194 | 0,013 | 0,085 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,146 | 0,718 | 0,355 | 0,684 | 0,357 | 0,090 | 0,206 | 0,000 |

Adnotacja: 1 – ekstrawersja; 2 – ugodowość; 3 – sumienność; 4 – stabilność emocjonalna; 5 – intelekt; 6 – wytrwałość i determinacja w działaniu; 7 – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; 8 – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; 9 – tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie; 10 – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach; 11 – przeszłościowo-negatywna; 12 – przeszłościowo-pozytywna; 13 – terażniejsza-fatalistyczna; 14 – terażniejsza-hedonistyczna; 15 – przyszła; 16 – przebaczenie sobie; 17 – przebaczenie innym; 18 – przebaczenie sytuacjom poza kontrolą. *. Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie). **. Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Załącznik 2. Korelacja *r*-Pearsona etapów zdrowienia i czynników podmiotowych dla grupy mężczyzn będących na etapie przygotowania, *N*=49

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Moratorium | 0,003 | 0,201 | -0,208 | -0,134 | -0,179 | -0,165 | -0,109 | -0,112 | -0,186 | -0,066 | 0,141 | -0,140 | 0,236 | 0,109 | -0,175 | -0,265 | -0,265 | -,408** |
| | 0,985 | 0,167 | 0,152 | 0,358 | 0,218 | 0,256 | 0,454 | 0,442 | 0,201 | 0,652 | 0,335 | 0,339 | 0,103 | 0,456 | 0,230 | 0,066 | 0,066 | 0,004 |
| Świadomość | -0,082 | 0,048 | -0,129 | 0,023 | 0,139 | 0,139 | ,302* | 0,174 | 0,106 | 0,191 | -0,046 | 0,168 | 0,005 | 0,136 | -0,030 | -0,106 | 0,053 | -0,089 |
| | 0,574 | 0,741 | 0,377 | 0,875 | 0,342 | 0,341 | 0,035 | 0,233 | 0,468 | 0,190 | 0,754 | 0,248 | 0,975 | 0,350 | 0,836 | 0,467 | 0,717 | 0,543 |
| Przygotowanie | -0,102 | -0,080 | -0,080 | -0,093 | 0,077 | 0,173 | ,320* | 0,141 | 0,129 | 0,122 | -0,051 | 0,118 | 0,204 | ,375** | -0,105 | 0,010 | -0,135 | -0,135 |
| | 0,487 | 0,587 | 0,583 | 0,527 | 0,598 | 0,235 | 0,025 | 0,335 | 0,379 | 0,403 | 0,729 | 0,418 | 0,159 | 0,008 | 0,474 | 0,947 | 0,355 | 0,357 |
| Odbudowa | -0,075 | -0,101 | -0,150 | 0,017 | 0,041 | 0,057 | 0,265 | 0,144 | 0,061 | 0,255 | -0,011 | 0,245 | 0,147 | ,409** | 0,017 | -0,037 | 0,016 | -0,014 |
| | 0,609 | 0,491 | 0,304 | 0,909 | 0,781 | 0,699 | 0,066 | 0,322 | 0,675 | 0,077 | 0,942 | 0,090 | 0,314 | 0,003 | 0,909 | 0,800 | 0,913 | 0,926 |
| Rozwój | 0,030 | -0,052 | -0,001 | 0,155 | 0,201 | 0,193 | ,320* | 0,214 | 0,208 | ,299* | -0,135 | 0,235 | 0,230 | ,380** | -0,149 | 0,074 | -0,083 | -0,024 |
| | 0,836 | 0,721 | 0,994 | 0,288 | 0,166 | 0,184 | 0,025 | 0,139 | 0,152 | 0,037 | 0,354 | 0,104 | 0,112 | 0,007 | 0,307 | 0,613 | 0,573 | 0,872 |

Adnotacja: 1 – ekstrawersja; 2 – ugodowość; 3 – sumienność; 4 – stabilność emocjonalna; 5 – intelekt; 6 – wytrwałość i determinacja w działaniu; 7 – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; 8 – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; 9 – tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie; 10 – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach; 11 – przeszłościowo-negatywna; 12 – przeszłościowo-pozytywna; 13 – terażniejsza-fatalistyczna; 14 – terażniejsza-hedonistyczna; 15 – przyszła; 16 – przebaczenie sobie; 17 – przebaczenie innym; 18 – przebaczenie sytuacjom poza kontrolą. *. Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie). **. Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Załącznik 3. Korelacja *r*-Pearsona etapów zdrowienia i czynników podmiotowych dla grupy mężczyzn będących na etapie odbudowy, *N*=109

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---------------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|
| Moratorium | -,283** | -0,023 | -,276** | -,238* | -,407** | -0,177 | -0,134 | -,294** | -,304** | -,259** | 0,163 | 0,092 | ,332** | 0,093 | 0,101 | -,316** | -,234* | -,207* |
| | 0,003 | 0,815 | 0,004 | 0,013 | 0,000 | 0,066 | 0,164 | 0,002 | 0,001 | 0,007 | 0,091 | 0,343 | 0,000 | 0,338 | 0,295 | 0,001 | 0,014 | 0,031 |
| Świadomość | 0,144 | 0,082 | 0,049 | -0,006 | -0,039 | 0,025 | 0,020 | -0,024 | -0,020 | -0,034 | 0,034 | 0,025 | -0,058 | 0,008 | 0,009 | -0,137 | -0,144 | 0,078 |
| | 0,134 | 0,398 | 0,609 | 0,948 | 0,687 | 0,799 | 0,838 | 0,802 | 0,839 | 0,727 | 0,727 | 0,794 | 0,550 | 0,937 | 0,924 | 0,157 | 0,136 | 0,420 |
| Przygotowanie | ,214* | 0,093 | 0,022 | 0,172 | 0,064 | 0,084 | 0,172 | 0,059 | 0,118 | 0,124 | -0,097 | -0,053 | -,192* | -0,131 | -0,091 | -0,082 | -0,046 | 0,093 |
| | 0,026 | 0,338 | 0,822 | 0,074 | 0,509 | 0,386 | 0,074 | 0,542 | 0,222 | 0,198 | 0,314 | 0,583 | 0,045 | 0,176 | 0,347 | 0,397 | 0,633 | 0,336 |
| Odbudowa | ,196* | 0,081 | 0,036 | ,198* | 0,078 | 0,155 | ,212* | 0,138 | ,203* | 0,160 | -0,105 | 0,035 | -0,161 | -0,053 | -0,038 | -0,078 | -0,077 | 0,180 |
| | 0,041 | 0,405 | 0,709 | 0,039 | 0,423 | 0,108 | 0,027 | 0,154 | 0,034 | 0,097 | 0,277 | 0,716 | 0,095 | 0,582 | 0,699 | 0,417 | 0,425 | 0,061 |
| Rozwój | ,278** | 0,074 | 0,040 | ,308** | 0,072 | ,300** | ,262** | ,312** | ,307** | ,297** | -0,172 | -0,076 | -,216* | -0,143 | -0,043 | 0,120 | 0,038 | ,295** |
| | 0,003 | 0,444 | 0,676 | 0,001 | 0,454 | 0,002 | 0,006 | 0,001 | 0,001 | 0,002 | 0,074 | 0,433 | 0,024 | 0,139 | 0,657 | 0,214 | 0,698 | 0,002 |

Adnotacja: 1 – ekstrawersja; 2 – ugodowość; 3 – sumienność; 4 – stabilność emocjonalna; 5 – intelekt; 6 – wytrwałość i determinacja w działaniu; 7 – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; 8 – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; 9 – tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie; 10 – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach; 11 – przeszłościowo-negatywna; 12 – przeszłościowo-pozytywna; 13 – terażniejsza-fatalistyczna; 14 – terażniejsza-hedonistyczna; 15 – przyszła; 16 – przebaczenie sobie; 17 – przebaczenie innym; 18 – przebaczenie sytuacjom poza kontrolą. *. Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie). **. Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Załącznik 4. Korelacja *r*-Pearsona etapów zdrowienia i czynników podmiotowych dla grupy mężczyzn będących na etapie rozwoju, *N*=55

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---------------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---------|
| Moratorium | -0,235 | -0,086 | 0,017 | -0,238 | -,302* | -0,071 | -0,143 | -0,108 | -0,176 | -0,178 | 0,003 | 0,045 | 0,082 | -0,063 | -0,001 | -0,205 | 0,051 | -,397** |
| | 0,084 | 0,531 | 0,900 | 0,080 | 0,025 | 0,605 | 0,299 | 0,434 | 0,198 | 0,193 | 0,983 | 0,742 | 0,554 | 0,648 | 0,995 | 0,134 | 0,714 | 0,003 |
| Świadomość | -0,015 | 0,112 | ,280* | -0,193 | 0,170 | 0,262 | 0,185 | ,302* | 0,217 | 0,123 | 0,051 | -0,078 | -0,015 | -0,077 | 0,014 | 0,053 | 0,155 | 0,165 |
| | 0,915 | 0,418 | 0,038 | 0,159 | 0,215 | 0,053 | 0,177 | 0,025 | 0,111 | 0,371 | 0,714 | 0,571 | 0,915 | 0,576 | 0,917 | 0,701 | 0,258 | 0,229 |
| Przygotowanie | 0,001 | 0,170 | 0,260 | -0,170 | 0,175 | ,390** | ,320* | ,447** | ,389** | 0,240 | -0,004 | -0,019 | -0,023 | -0,004 | -0,003 | 0,133 | 0,226 | ,279* |
| | 0,992 | 0,214 | 0,055 | 0,213 | 0,201 | 0,003 | 0,017 | 0,001 | 0,003 | 0,078 | 0,980 | 0,892 | 0,868 | 0,978 | 0,983 | 0,334 | 0,097 | 0,039 |
| Odbudowa | 0,077 | 0,212 | ,285* | -0,186 | 0,220 | ,482** | ,414** | ,531** | ,491** | ,279* | 0,036 | 0,074 | 0,027 | 0,091 | 0,032 | 0,173 | ,317* | ,282* |
| | 0,574 | 0,120 | 0,035 | 0,175 | 0,107 | 0,000 | 0,002 | 0,000 | 0,000 | 0,039 | 0,797 | 0,591 | 0,845 | 0,511 | 0,818 | 0,205 | 0,018 | 0,037 |
| Rozwój | 0,105 | 0,211 | 0,244 | -0,151 | 0,193 | ,496** | ,429** | ,556** | ,491** | ,291* | 0,062 | 0,099 | 0,042 | 0,067 | -0,019 | 0,144 | ,318* | ,341* |
| | 0,445 | 0,122 | 0,072 | 0,272 | 0,157 | 0,000 | 0,001 | 0,000 | 0,000 | 0,031 | 0,653 | 0,473 | 0,763 | 0,624 | 0,891 | 0,294 | 0,018 | 0,011 |

Adnotacja: 1 – ekstrawersja; 2 – ugodowość; 3 – sumienność; 4 – stabilność emocjonalna; 5 – intelekt; 6 – wytrwałość i determinacja w działaniu; 7 – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; 8 – kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; 9 – tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwanie; 10 – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach; 11 – przeszłościowo-negatywna; 12 – przeszłościowo-pozytywna; 13 – terażniejsza-fatalistyczna; 14 – terażniejsza-hedonistyczna; 15 – przyszła; 16 – przebaczenie sobie; 17 – przebaczenie innym; 18 – przebaczenie sytuacjom poza kontrolą. *. Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie). **. Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Załącznik 5. Ankieta socjodemograficzna

Dzień dobry,

Prowadzę badania do pracy doktorskiej. Badania mają charakter anonimowy, służą celom naukowym i aplikacyjnym, a udział w nich ma charakter dobrowolny.

Bardzo dziękuję za udział w badaniu i poświęcony czas!

Wiek:.....

Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

Miejsce zamieszkania (zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Małe miasto (ok. 20 tys.)
- Średnie miasto (ok. 200 tys.)
- Duże miasto (ponad 200 tys.)
- Wieś

Stan cywilny (zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Wolna/y
- Rozwódka/Rozwodnik
- Wdowa/Wdowiec
- W związku formalnym (np. małżeństwo)
- W związku nieformalnym (np. narzeczeństwo, mieszkanie razem jako para)

Czy ma Pani/Pan dzieci? (zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Nie
- Tak, ile?.....

Aktywność zawodowa (zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Uczę się/studiuję
- Pracuję zawodowo
- Nie pracuję
- Jestem obecnie bezrobotna/y (okres przynajmniej 1 roku bez podjęcia pracy)

Jak ocenia Pani/Pan sytuację materialną swojej rodziny? (zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Bardzo źle
- Źle
- Przeciętnie
- Dobrze
- Bardzo dobrze

Wykształcenie (zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Podstawowe
- Zawodowe
- Średnie
- Wyższe

Czy uważa się Pani/Pan za osobę uzależnioną od alkoholu? (zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Tak
- Nie

Czy została Pani/Panu postawiona diagnoza uzależnienia od alkoholu?
(zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Tak
- Nie

Czy uczestniczy Pani/Pan obecnie w terapii odwykowej? (zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Tak i jest to (można zaznaczyć wiele odpowiedzi):
 - Sesje psychoterapii indywidualnej w poradni
 - Sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej w poradni
 - Sesje psychoterapii grupowej w poradni
 - Leczenie zamknięte
- Nie uczestniczę
- Zakończyłam/em terapię, podczas ostatniej korzystałam/em z (można zaznaczyć wiele odpowiedzi):
 - Sesje psychoterapii indywidualnej w poradni
 - Sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej w poradni
 - Sesje psychoterapii grupowej w poradni
 - Leczenie zamknięte

Jeśli korzystał/a Pani/Pan z leczenia, to w ilu terapiach wzięła/wziął Pani/Pan udział?

.....

Czy uczestniczy Pani/Pan w spotkaniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików?
(zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- Tak
- Nie

Mój okres abstynencji wynosi (proszę podać lata lub miesiące):.....

Proszę przejść do następnej strony

KWESTIONARIUSZ STORI

R. Andresen, P. Caputi, L. Oades

Tłumaczenie: Joanna Rodzeń-Krawiec, Katarzyna Urbaniak

KUL, Lublin 2015

INSTRUKCJA: Uważnie zapoznaj się z tą instrukcją, zanim zaczniesz odpowiadać. Kwestionariusz ten służy do opisu przekonań i działań wobec doświadczonego przez Ciebie uzależnienia. Składa się z 50 twierdzeń, które są podzielone na 10 grup. Przeczytaj wszystkie 5 pytań w Grupie 1, a następnie odpowiedz na nie. Zakreśl cyfrę od 0 do 5, która pokazuje jak bardzo twierdzenie jest prawdziwe dla Ciebie **teraz**. Następnie przejdź do Grupy 2 i tak dalej. Ważne, abyś wybrał(a) odpowiedź mówiącą o tym, **jak się czujesz teraz**, a nie jak czułeś(aś) się w przeszłości.

Zakreśl:

- 0 - gdy stwierdzenie jest całkowicie nieprawdziwe**
- 1 - gdy stwierdzenie jest nieprawdziwe**
- 2 - gdy stwierdzenie jest raczej nieprawdziwe**
- 3 - gdy stwierdzenie jest raczej prawdziwe**
- 4 - gdy stwierdzenie jest prawdziwe**
- 5 - gdy stwierdzenie jest całkowicie prawdziwe**

Zakreśl tylko jedną odpowiedź przy każdym stwierdzeniu.

Jeśli się pomylisz, wyraźnie przekreśl pierwszą odpowiedź i zaznacz właściwą.

Jeżeli rozumiesz polecenie, przejdź do stwierdzenia 1. Jeżeli nie, to przeczytaj ponownie opis przykładu lub zapytaj prowadzącego badanie.

| Grupa 1 | | |
|----------------|---|-----------------------|
| 1. | Z uzależnienia nie można wyzdrowieć. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. | Ostatnio zrozumiałem(am), że osoby uzależnione mogą funkcjonować lepiej. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. | Zaczynam zauważać, co sam(a) mogę zrobić, aby żyć lepiej. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. | Podejmuję wysiłek dzisiaj z nadzieją na dobre funkcjonowanie w przyszłości. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. | Jestem już pogodzony(a) z życiem z uzależnieniem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

- 0 - gdy stwierdzenie jest całkowicie nieprawdziwe
- 1 - gdy stwierdzenie jest nieprawdziwe
- 2 - gdy stwierdzenie jest raczej nieprawdziwe
- 3 - gdy stwierdzenie jest raczej prawdziwe
- 4 - gdy stwierdzenie jest prawdziwe
- 5 - gdy stwierdzenie jest całkowicie prawdziwe

| Grupa 2 | | |
|----------------|--|-----------------------|
| 6. | Uzależnienie zrujnowało moje życie. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. | Odkrywam, że moje życie nie zawsze musi być takie okropne. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. | Zaczynam uczyć się od tych, którzy pomimo uzależnienia dobrze funkcjonują. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. | Czuję, że ponownie staję na nogi. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. | Moje życie teraz jest naprawdę dobre, a przyszłość jawi się świetnie. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| Grupa 3 | | |
| 11. | Uzależnienie jest całym moim życiem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 12. | Wiara innych w moje możliwości daje mi nadzieję, że mogę żyć lepiej. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 13. | Zaczynam zauważać, że uzależnienie nie zmienia tego, jaką jestem osobą. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 14. | Zaczynam akceptować fakt, że uzależnienie jest częścią mnie. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 15. | Jestem zadowolony(a) z tego, kim jestem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| Grupa 4 | | |
| 16. | Tak naprawdę, to nie wiem, kim jestem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 17. | Ostatnio zacząłem(zacząłam) dostrzegać, że nie cały(a) jestem objęty(a) uzależnieniem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 18. | Zaczynam zauważać, że wciąż mogę być wartościową osobą. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 19. | Podczas radzenia sobie z uzależnieniem dowiaduję się wiele o sobie. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 20. | Dzięki walce z uzależnieniem jestem lepszym człowiekiem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| Grupa 5 | | |
| 21. | Nigdy nie będę tym, kim chciałbym(abym) być. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 22. | Ostatnio zacząłem(zacząłam) przyjmować moje uzależnienie jako część mojego życia, z którą muszę nauczyć się żyć. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 23. | Zaczynam poznawać swoje mocne i słabe strony. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 24. | Zaczynam czuć, że wnoszę coś cennego w swoje życie. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 25. | Realizuję się w życiu i jestem spełnionym człowiekiem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

- 0 - gdy stwierdzenie jest całkowicie nieprawdziwe**
- 1 - gdy stwierdzenie jest nieprawdziwe**
- 2 - gdy stwierdzenie jest raczej nieprawdziwe**
- 3 - gdy stwierdzenie jest raczej prawdziwe**
- 4 - gdy stwierdzenie jest prawdziwe**
- 5 - gdy stwierdzenie jest całkowicie prawdziwe**

| Grupa 6 | | |
|-----------------|--|-----------------------|
| 26. | Jestem zły(a) na swój los. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 27. | Zastanawiam się, czy coś dobrego może mi przynieść moje uzależnienie. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 28. | Zaczynam zastanawiać się, jakie mam mocne strony. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 29. | Zaznajamianie się z uzależnieniem jest dla mnie szkołą życia. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 30. | Walka z moim uzależnieniem mnie wzbogaca. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| Grupa 7 | | |
| 31. | Moje życie jest teraz całkowicie bezcelowe. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 32. | Zaczynam myśleć, czy mogę coś zrobić ze swoim życiem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 33. | Staram się myśleć, w jaki sposób mógłbym(mogłabym) poprawić swoje życie. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 34. | Aktualnie zajmuje się sprawami ważnymi dla swojego życia. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 35. | Wykonuję teraz ważne zadania, które dają mi poczucie celu w życiu. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| Grupa 8 | | |
| 36. | Nie mogę zmienić swojej sytuacji. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 37. | Zastanawiam się czasami nad tym, co mogę zrobić, aby sobie pomóc. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 38. | Zaczynam czuć się pewniej, ucząc się żyć z uzależnieniem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 39. | Mimo porażek nie poddaję się i próbuję dalej. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 40. | Jestem gotów(gotowa) na nowe wyzwania w życiu. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| Grupa 9 | | |
| 41. | Inni ludzie wiedzą lepiej niż ja, co jest dla mnie dobre. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 42. | Chcę zacząć uczyć się, jak właściwie dbać o siebie. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 43. | Zaczynam poznawać swoje uzależnienie i uczę się jak sobie z nią radzić. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 44. | Uważam, że poradzę sobie z moim uzależnieniem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 45. | Mam kontrolę nad swoim uzależnieniem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| Grupa 10 | | |
| 46. | Zdaje mi się, że nie panuję nad swoim życiem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 47. | Chcę zacząć uczyć się, jak radzić sobie z uzależnieniem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 48. | Zaczynam sprowadzać moje życie na właściwe tory. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 49. | Czuję się odpowiedzialny(a) za własne życie. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |
| 50. | Mam kontrolę nad swoim życiem. | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 |

Sprawdź, czy nie opuściłeś(aś) żadnego twierdzenia. Dziękujemy!



Kwestionariusz IPIP-BFM-20

Ewa Topolewska, Ewa Skimina,
Włodzimierz Strus, Jan Ciecuch, Tomasz Rowiński
www.ipip.edu.pl

.....
Data badania

Przeczytaj uważnie poniższe zdania, opisujące różne zachowania, uczucia i myśli ludzi. Zastanów się nad każdym z nich – w jakim stopniu opisuje ono również Ciebie takiego/taką, jakim/jaką zwykle jesteś? Ludzie są bardzo różni, więc nie ma tu dobrych ani złych odpowiedzi. Za każdym razem po prostu szczerze odpowiedz na pytanie, w jakim stopniu dane stwierdzenie opisuje Ciebie.

Swoją odpowiedź zaznacz wstawiając X w odpowiednim okienku. Posługuj się następującą skalą:

- ① – całkowicie nie trafnie mnie opisuje
② – raczej nie trafnie mnie opisuje
③ – trochę trafnie, a trochę nie trafnie mnie opisuje
④ – raczej trafnie mnie opisuje
⑤ – całkowicie trafnie mnie opisuje

.....
Imię i nazwisko / pseudonim

.....
Płeć

.....
Wiek

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Jestem duszą towarzystwa. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Niezbyt obchodzą mnie inni ludzie. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. Zostawiam moje rzeczy gdzie popadnie. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. Zwykle jestem zrelaksowany/a. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. Mam bogate słownictwo. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. Trzymam się z boku. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7. Jestem wyrozumiały/a dla uczuć innych ludzi. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8. Bez zwłoki wypełniam codzienne obowiązki. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9. Często martwię się czymś. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10. Mam trudności ze zrozumieniem abstrakcyjnych pojęć. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11. Rozmawiam z wieloma różnymi ludźmi na przyjęciach. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12. Nie interesują mnie problemy innych ludzi. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13. Często zapominam odkładać rzeczy na miejsce. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14. Rzadko czuję się przygnębiony/a. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 15. Mam głowę pełną pomysłów. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 16. Wśród nieznanomych jestem małomówny/a. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 17. Znajduję czas dla innych. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 18. Postępuję zgodnie z harmonogramem. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 19. Często miewam huśtawki nastrojów. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 20. Nie mam zbyt bogatej wyobraźni. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

Sprawdź, czy ustosunkowałeś/aś się do wszystkich stwierdzeń.

SKALA POMIARU PRĘŻNOŚCI – SPP-25

N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński

Ludzie różnie zachowują się w trudnych sytuacjach. Proszę wskazać, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę, w jakim stopniu każde ze stwierdzeń odnosi się do Pana/Pani

0. Zdecydowanie nie
1. Raczej nie
2. Ani tak, ani nie/
trudno powiedzieć
3. Raczej tak
4. Zdecydowanie tak

Odpowiadając na pytania proszę, aby Pan/Pani odniósł/odniosła się do **TERAŻNIEJSZOŚCI**.

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Podejmuję wysiłki poradzenia sobie bez względu na to, jak trudny jest problem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Potrafę dostrzegać zabawne strony wydarzeń, z którymi mam do czynienia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Potrafę się dostosować do każdej, nawet najtrudniejszej sytuacji | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Łatwo dostosowuję się do nowych sytuacji | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | W sytuacjach trudnych dostrzegam wiele możliwości rozwiązywania problemów | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Podejmuję zdecydowane wysiłki, żeby osiągnąć swój cel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Jestem otwarta/y na nowe doświadczenia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | W sytuacjach stresowych koncentruję się i myślę jasno | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Na ogół zmaganie się z trudnymi sytuacjami wzmacnia mnie i rozwija | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Doznawane trudności mobilizują mnie do działania | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Nigdy się nie poddaję i zawsze walczę o swoje | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Nawet w trudnej sytuacji znajduję coś, z czego można się pośmiać | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Uważam się za osobę silną | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Potrafę akceptować doznane niepowodzenia i porażki | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Potrafę odnaleźć się w nawet najbardziej niesprzyjających okolicznościach | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Kiedy coś zaplanuję, wykonuję to od początku do końca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Potrafę spojrzeć na sytuację z różnych punktów widzenia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | W sytuacjach trudnych radzę sobie z nieprzyjemnymi odczuciami | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Z poniesionych niepowodzeń i porażek potrafię wyciągnąć wnioski na przyszłość | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Zmaganie się z trudnymi sytuacjami jest dla mnie źródłem zadowolenia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Zazwyczaj, jak mam coś zrobić, robię to od razu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Moje życie ma znaczenie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Lubię wyzwania | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Życie, bez względu na przeszkody i trudności, uważam za ekscytujące | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 25 | Zawsze, niezależnie od sytuacji, wykazuję optymistyczne nastawienie do życia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|---|---|---|---|---|

Załącznik 9. Kwestionariusz ZTPI

Kwestionariusz ZTPI

polska adaptacja: A. Przepiórka, 2011

Imię i nazwisko (pseudonim):.....

Rok urodzenia:..... Data badania:Płeć (zakreśl): K M

Kwestionariusz obejmuje 56 twierdzeń. Proszę Pana (Panią) o uważne przeczytanie każdego stwierdzenia i o szczerą odpowiedź na pytanie „Jak bardzo to zdanie mnie charakteryzuje?”. Odpowiedzi proszę udzielać, zaznaczając krzyżykiem „X” przy każdym zdaniu. Może Pan (Pani) wybrać spośród następujących odpowiedzi:

1. Całkowicie się nie zgadzam
2. Raczej się nie zgadzam
3. Trudno powiedzieć
4. Raczej się zgadzam
5. Zupełnie się zgadzam

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Wspólna zabawa z przyjaciółmi stanowi jedną z istotnych przyjemności w życiu. | | | | | |
| 2. Znajome widoki z dzieciństwa, dźwięki i zapachy często przywołują cudowne wspomnienia. | | | | | |
| 3. W moim życiu wiele zależy od przeznaczenia. | | | | | |
| 4. Często rozmyślam nad tym, co powinienem być/-a zrobić inaczej w moim życiu. | | | | | |
| 5. Na moje decyzje wpływają głównie otaczający mnie ludzie i rzeczy. | | | | | |
| 6. Uważam, że każdy dzień powinien być wcześniej zaplanowany. | | | | | |
| 7. Rozmyślanie o mojej przeszłości sprawia mi przyjemność. | | | | | |
| 8. Działam pod wpływem chwili. | | | | | |
| 9. Jeżeli coś nie jest zrobione na czas, nie martwię się tym zbytnio. | | | | | |
| 10. Kiedy chcę coś osiągnąć, wyznaczam sobie cele i zastanawiam się, jak je osiągnąć. | | | | | |
| 11. W sumie to jest znacznie więcej dobrych niż złych rzeczy w mojej przeszłości. | | | | | |
| 12. Kiedy słucham mojej ulubionej muzyki, często tracę poczucie czasu. | | | | | |
| 13. Trzymanie się terminów oraz przygotowanie niezbędnych działań ma u mnie pierwszeństwo przed rozrywką. | | | | | |
| 14. Co ma być, to będzie, więc nie ma wielkiego znaczenia, jakie działania podejmę. | | | | | |
| 15. Lubię słuchać opowieści, jak było w „dawnych dobrych czasach”. | | | | | |

1. Całkowicie się nie zgadzam
2. Raczej się nie zgadzam
3. Trudno powiedzieć
4. Raczej się zgadzam
5. Zupełnie się zgadzam

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. Bolesne doświadczenia z przeszłości powracają w mojej pamięci. | | | | | |
| 17. Próbuję cieszyć się pełnią życia, korzystać z chwili w każdym czasie i miejscu. | | | | | |
| 18. Denerwuję się, kiedy spóźniam się na spotkania. | | | | | |
| 19. Uważam, że ideałem jest przeżycie każdego dnia tak dobrze, jak gdyby był on ostatnim dniem w życiu. | | | | | |
| 20. Łatwo przychodzą mi do głowy szczęśliwe wspomnienia z dobrych czasów. | | | | | |
| 21. Punktualnie wypełniam zobowiązania wobec przyjaciół i pracodawców. | | | | | |
| 22. Moja przeszłość nie oszczędziła mi przykrych wydarzeń. | | | | | |
| 23. Podejmuję decyzje bez namysłu, pod wpływem chwili. | | | | | |
| 24. Zamiast planować każdy dzień, przyjmuję go takim, jakim jest. | | | | | |
| 25. Przeszłość pełna jest wielu nieprzyjemnych wydarzeń, do których wolę nie wracać. | | | | | |
| 26. Ważne jest, by wprowadzać entuzjazm w życie. | | | | | |
| 27. W przeszłości popełniłam/-em wiele błędów, które chciałabym/-bym naprawić. | | | | | |
| 28. Cieszenie się wykonywanym zadaniem jest ważniejsze niż wykonanie go na czas. | | | | | |
| 29. Z nostalgią myślę o moim dzieciństwie. | | | | | |
| 30. Zanim podejmę decyzję, rozważam wszystkie „za” i „przeciw”. | | | | | |
| 31. Podejmowanie ryzyka sprawia, że moje życie nie staje się nudne. | | | | | |
| 32. Ważniejsze jest dla mnie, aby cieszyć się życiem, aniżeli myśleć o jego celu. | | | | | |
| 33. Sprawy na ogół rzadko układają się tak, jak tego oczekiwałem. | | | | | |
| 34. Trudno mi jest zapomnieć o nieprzyjemnych zdarzeniach z młodości. | | | | | |
| 35. Myślenie o celach, rezultatach i wynikach odbiera radość i zadowolenie, które płyną z wykonywanego działania. | | | | | |
| 36. Nawet kiedy cieszę się teraźniejszością, porównuję ją z podobnymi doświadczeniami z przeszłości. | | | | | |
| 37. Tak naprawdę trudno planować przyszłość, ponieważ rzeczywistość szybko się zmienia. | | | | | |
| 38. Moje życie jest sterowane przez siły, na które nie mam wpływu. | | | | | |

1. Całkowicie się nie zgadzam
2. Raczej się nie zgadzam
3. Trudno powiedzieć
4. Raczej się zgadzam
5. Zupełnie się zgadzam

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 39. Nie ma większego sensu niepokoić się o przyszłość, skoro i tak nic nie mogę zrobić. | | | | | |
| 40. Kończę projekty na czas dzięki systematycznej pracy. | | | | | |
| 41. Wyłączam się z rozmowy, kiedy członkowie rodziny zaczynają wspominać, jak kiedyś bywało. | | | | | |
| 42. Podejmuję ryzyko po to, aby moje życie było bardziej ekscytujące. | | | | | |
| 43. Sporządzam listę rzeczy do zrobienia. | | | | | |
| 44. Częściej podążam za głosem serca niż za głosem rozsądku. | | | | | |
| 45. Potrafię oprzeć się pokusom w sytuacji, kiedy wiem, że jest do wykonania praca. | | | | | |
| 46. Łatwo daję się porwać emocjom. | | | | | |
| 47. Życie dzisiaj jest zbyt skomplikowane. Wolałabym/-bym żyć w dawnych czasach, kiedy było ono prostsze. | | | | | |
| 48. Wolę bardziej znanych spontanicznych od przewidywalnych. | | | | | |
| 49. Lubię rodzinne zwyczaje i tradycje. | | | | | |
| 50. Często rozmyślam o złych rzeczach, które wydarzyły się w przeszłości. | | | | | |
| 51. Potrafię pracować przy trudnych, mało interesujących zadaniach, jeśli tylko pozwalają mi iść do przodu. | | | | | |
| 52. Zarobione pieniądze wolę od razu wydać na przyjemności, niż oszczędzać je. | | | | | |
| 53. Często bardziej oplaca się mieć szczęście, niż ciężko pracować. | | | | | |
| 54. Myślę o dobrych rzeczach, które mnie w życiu ominęły. | | | | | |
| 55. Chciałabym/-bym, żeby osoby, z którymi pozostaję w bliskiej zażyłości, były pełne pasji. | | | | | |
| 56. Zawsze będzie czas, by nadrobić zaległości w mojej pracy. | | | | | |

Proszę o sprawdzenie czy odpowiedział(a) Pan (Pani) na wszystkie pytania.

