

JAN CHODKIEWICZ

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

EWA GRUSZCZYŃSKA

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

ZMIANY DOBROSTANU PSYCHICZNEGO,  
POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI  
ORAZ STRATEGII RADZENIA SOBIE ZE STRESEM  
W TRAKCIE STACJONARNEJ TERAPII  
OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Celem prezentowanych badań była odpowiedź na pytanie o zmiany poziomu poczucia własnej skuteczności, strategii radzenia sobie ze stresem oraz dobrostanu, ujmowanego pozytywnie jako satysfakcja z życia i negatywnie jako poziom depresji, zachodzące między początkiem a końcem stacjonarnej psychoterapii uzależnienia od alkoholu. Podjęto również próbę poznania związków między tymi zmianami. W badaniach wzięło udział 60 osób uzależnionych od alkoholu, uczestniczących w stacjonarnej terapii odwykowej, prowadzonej w oparciu o ujęcie strategiczno-strukturalne. Pacjentów zbadano dwukrotnie – na początku i końcu terapii, tj. po 6 tygodniach. Zastosowano Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Schwarzera i współpracowników, Kwestionariusz Radzenia Sobie (KRS) E. Gruszczyńskiej, Kwestionariusz Satysfakcji z Życia (SWLS) E. Dienera i współautorów oraz Inwentarz Objawów Depresyjnych A. T. Becka (BDI). Wyniki otrzymane za pomocą rozwojowych krzywych latentnych, uzupełnionych o metodę *bootstrap*, wskazują, iż na poziomie grupowym obniżeniu uległ poziom objawów depresyjnych, natomiast nasiliły się strategie zorientowane na problem, na znaczenie oraz na poszukiwanie wsparcia społecznego. Ponadto zmiany te były ze sobą skorelowane i sugerują, iż intensyfikacja radzenia sobie wiąże się z obniżaniem symptomów depresji. Wykazano również, że nasilenie radzenia sobie w preteście jest moderatorem zmian satysfakcji z życia: rośnie ona tylko w grupie osób o niskim początkowym nasileniu wszystkich sposobów zaradczych. W pozostałych wypadkach odnotowano wyraźne zróżnicowanie wewnętrzne grupy zarówno pod względem stanu początkowego zmienionych, jak i zakresu ich zmian. Rezultaty wskazują na konieczność analizowania zmian z uwzględnieniem średnich grupowych, jak i wariacji wokół tych średnich, ujmujących różnice indywidualne w badanym procesie.

**Słowa kluczowe:** terapia, uzależnienie od alkoholu, zmiany, dobrostan, poczucie własnej skuteczności, radzenie sobie ze stresem.

## WPROWADZENIE

Terapia uzależnienia od alkoholu stanowi nieustanne wyzwanie zarówno dla badaczy, jak i praktyków, głównie z powodu swojej stosunkowo niskiej skuteczności. Liczba osób, które po jej zakończeniu utrzymują abstynencję, waha się w granicach 20-50% (m.in. Grønbaek i Nielsen, 2007; Kucińska i Mellibruda, 1997; Miller, Walters i Bennett, 2001), a rozpoczętego leczenia nie kończy około połowa pacjentów (Chodkiewicz, 2006; Mellibruda i Włodawiec, 1997).

Wysiłki podejmowane w celu poprawy skuteczności psychoterapii koncentrują się na analizowaniu roli czynników swoistych, czyli typowych dla danej szkoły terapeutycznej, jak i nieswoistych, a więc właściwości pacjentów i relacji pacjent–terapeuta (Cooper, 2010). Ponieważ w przypadku uzależnienia od alkoholu skuteczność terapii opartych na różnych modelach okazuje się zbliżona (m.in. Norman i in., 2010; Raytek, Morgan i Chung, 2005; por. też Project Match Research Group, 1997), badania skupiają się na identyfikacji nieswoistych czynników leczących, na przykład dotyczących indywidualnych zasobów i deficytów uczestników terapii (por. Cierpialkowska i Kubiak, 2010). Szczegółowy opis wyników przerasta możliwości tego opracowania, warto jednak zwrócić uwagę na pewne prawidłowości. Pomimo wyraźnych różnic – zarówno dotyczących narzędzi pomiarowych, jak i badanych grup – takie czynniki, jak poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji, wsparcie społeczne oraz aktywne strategie radzenia sobie ze stresem konsekwentnie wykazują dodatnie związki z ukończeniem leczenia i utrzymywaniem abstynencji (m.in. Adamson, Sellman i Frampton, 2009; Chodkiewicz, 2005, 2006; Humphreys i in., 1999; Levin, Ilgen i Moos, 2007). Większość wyników dowodzi również, że wysoki poziom lęku i depresji oraz stosowanie unikowych strategii radzenia sobie ze stresem pełnią negatywną rolę w procesie terapii i późniejszym zachowywaniu trzeźwości (Chodkiewicz, 2006; Gamble in., 2010; Willinger i in., 2002). Coraz bardziej popularne w ostatnich latach badania dotyczące jakości życia wskazują, że jej niski poziom sprzyja przerywaniu terapii i łamaniu abstynencji (Foster i in., 1998; Laudet i White, 2008).

Badania relacji między właściwościami osób uzależnionych a przebiegiem i efektami terapii prowadzone są najczęściej w oparciu o pojedyncze pomiary (na początku lub końcu terapii), na ich podstawie nie można więc stwierdzić, czy i jakie zmiany zachodzą w trakcie leczenia odwykowego (por. Chodkiewicz, 2012). Stanowi to duże ograniczenie, gdyż – niezależnie od modelu uzależnienia i terapii opartej na tym modelu – wszystkie one zakładają konieczność wystąpienia w trakcie postępowania terapeutycznego szeregu znaczących zmian intra-

i interpsychicznych mechanizmów podtrzymujących symptomy uzależnienia. Wystąpienie tych zmian traktowane jest jako warunek utrzymywania trwałej abstynencji i prowadzenia satysfakcjonującego życia przez alkoholików (Beck i in., 2007; Cierpiałkowska i Ziarko, 2010).

Powyższe założenia przyjmowane są również w stosowanym w Polsce, opracowanym przez J. Mellibrudę wraz z zespołem, programie terapii alkoholików, zwanym ujęciem strategiczno-strukturalnym. Ujęcie to z jednej strony opiera się na przesłankach leżących u podstaw tzw. modelu Minnesota (Anderson, 1993), zakładającego, że uzależnienie jest nieuleczalną, postępującą i potencjalnie śmiertelną chorobą, a w jej leczeniu należy korzystać z doświadczeń ruchu anonimowych alkoholików, z drugiej natomiast – na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej i interakcyjnej (Cierpiałkowska i Ziarko, 2010; Cierpiałkowska i Kubiak, 2010). Psychoterapia uzależnienia zgodna z tym podejściem postuluje konieczność wystąpienia w jej trakcie szeregu zmian dotychczasowych zachowań i postaw oraz procesów emocjonalnych, poznawczych i dotyczących obrazu Ja (Mellibruda, 1997; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Zmiany zachodzące w trakcie postępowania leczniczego odnoszącego się do osób uzależnionych od alkoholu próbuje się monitorować za pomocą stosunkowo rzadko jednak prowadzonych badań podłużnych. Badania takie wskazują na pojawianie się w wyniku terapii zmian dotyczących sposobów regulowania procesów emocjonalnych i poznawczych oraz radzenia sobie. Notuje się zmianę sposobu myślenia o alkoholu i zwiększenie odczuwanego wsparcia ze strony najbliższych (Orford i in., 2006), wzrost zdolności do radzenia sobie z trudnościami i obniżenie poziomu psychopatologii (Kucińska i Mellibruda, 1997), intensyfikację radzenia sobie przez planowanie – przy obniżeniu zaprzeczania (Chodkiewicz, 2001) – oraz spadek nasilenia stylów skoncentrowanego na emocjach i na unikaniu poprzez angażowanie się w czynności zastępcze wraz z jednoczesnym wzrostem nasilenia stylów skoncentrowanego na zadaniu i na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (Mroziak, Wójtowicz i Woronowicz, 1999). Badania dotyczące jakości życia ukazują jej przyrost zarówno w trakcie terapii odwykowej, jak i podczas utrzymywania abstynencji (Donovan i in., 2005; Lahmek i in., 2009). Trzeba jednak zwrócić uwagę, że niektóre badania wskazują, iż zarówno wzrost satysfakcji z życia nie dotyczy całej grupy osób będących w terapii, co przemawia za istniejącymi w tym zakresie różnicami indywidualnymi, jak również w obrębie radzenia sobie przeobrażenia mogą mieć bardziej skomplikowany charakter i nie obejmować w tym samym stopniu wszystkich sposobów zaradczych (por. Chodkiewicz, 2001). Podsumowując, można zauważyć, że chociaż wykazano, iż w trakcie leczenia zachodzą różno-

rodne zmiany, nadal jednak brakuje odpowiedzi na pytanie o ich wzajemne powiązania, mimo podstawowego znaczenia aplikacyjnego tej kwestii. Badania tego obszaru problemowego powinny skoncentrować się w pierwszej kolejności na terapii stacjonarnej, gdyż ten rodzaj leczenia okazuje się w naszym kraju zdecydowanie mniej skuteczny niż ambulatoryjny – odsetek osób utrzymujących pełną abstynencję po terapii wynosi odpowiednio 20% i 52% (Kucińska i Melli-bruda, 1997).

Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki postawiono następujące pytania badawcze:

1) Czy między początkiem a końcem stacjonarnej psychoterapii uzależnienia od alkoholu zachodzą pozytywne zmiany dotyczące poziomu poczucia własnej skuteczności, dobrostanu psychicznego i strategii radzenia sobie ze stresem?

2) Czy zmiany poczucia własnej skuteczności, dobrostanu psychicznego i strategii radzenia sobie ze stresem są zależne od wartości początkowych tych zmiennych oraz czy występuje zróżnicowanie indywidualne tych zmian?

3) Czy istnieje związek między zmianami nasilenia strategii radzenia sobie a zmianami dobrostanu psychicznego i zmianą poczucia własnej skuteczności?

Dobrostan psychiczny postanowiono ująć dwuaspektowo – jako poczucie satysfakcji z życia (dobrostan pozytywny) oraz poziom depresji (dobrostan negatywny), zgodnie z aktualnymi tendencjami także w badaniach osób uzależnionych od alkoholu (por. np. Ginieri-Coccosis i in., 2007). Wśród strategii radzenia sobie ze stresem zdecydowano się uwzględnić strategię zorientowaną na problem, na emocje, na poszukiwanie wsparcia społecznego oraz – co stanowi novum – na znaczenie, wprowadzając do badań modyfikację klasycznego modelu radzenia sobie dokonaną przez Folkman (2008). Badaczka ta stwierdziła bowiem istotną rolę tej grupy zachowań zaradczych w utrzymywaniu dobrostanu, pomimo chronicznego stresu o przewlekłym charakterze (Folkman, 1997). Podstawową funkcją tych strategii jest pozytywne przewartościowanie, a poprzez to – nadanie sensu zarówno aktualnej sytuacji trudnej, jak i własnej w niej aktywności.

Oczekiwano zatem, że w trakcie terapii nastąpią zmiany dotyczące dobrostanu psychicznego i strategii radzenia sobie ze stresem, a konkretnie – wzrost nasilenia w zakresie pozytywnego dobrostanu i spadek w obrębie negatywnego. Analogicznie przypuszczano, iż zwiększy się nasilenie strategii skoncentrowanych na znaczeniu i na problemie oraz poszukiwaniu wsparcia społecznego. Jako otwarte pozostawiono pytanie dotyczące radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach, gdyż picie alkoholu pełni u osób uzależnionych funkcję regulatora emocji, a zmiany sposobów regulowania procesów emocjonalnych są jednym

z celów terapii odwykowej (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Ponadto wnioski z badań empirycznych są niekonkluzywne w tym zakresie, to znaczy w zależności od zastosowanego modelu stwierdza się zarówno pozytywne, jak i negatywne efekty radzenia sobie ukierunkowanego na emocje w stosunku do picia alkoholu (Ivory i Kambouropoulos, 2012; Veenstra i in., 2007). Spodziewano się również, że w trakcie terapii wzrośnie poczucie własnej skuteczności, gdyż – zgodnie z poznawczo-behawioralnym modelem nawrotów Marlatta i Gordon (1985, por. też Marlatt, 1985), na którym również bazuje dominujące w polskiej terapii ujęcie strategiczno-strukturalne – poczucie to wzrasta wraz z wydłużaniem się okresu abstynencji, szczególnie w następstwie pozytywnych doświadczeń radzenia sobie z głodem alkoholu. Jednocześnie założono istnienie zróżnicowania indywidualnego tych zmian, przy czym – zgodnie z koncepcją Hobfolla (2006) – przyjęto, że to osoby o wyższym wyjściowym poziomie zasobów, czyli wyższym poziomie dobrostanu psychicznego i poczucia własnej skuteczności, powinny przede wszystkim doświadczać ich dalszego przyrostu.

Przyjęto też, zgodnie z modelem psychoterapii, że opisywane zmiany powinny być powiązane, czyli zmiana na poziomie strategii radzenia sobie powinna korespondować ze zmianą na poziomie poczucia własnej skuteczności i dobrostanu. Ponieważ te ostatnie konstrukty uważane są za bardziej stabilne i trudniej podlegające modyfikacji, założono, iż to zmiana w obrębie strategii radzenia sobie, czyli na poziomie behawioralnym, poznawczym oraz emocjonalnym, stanowi podstawowy mechanizm przemian (Chung i in., 2001). Jednak ze względu na złożoność procesu terapii pozostano przy pojęciu skorelowanej zmiany, bez wskazywania na zależności przyczynowo-skutkowe.

## METODA

### Osoby badane

Do badań<sup>1</sup> przystąpiły 74 osoby uzależnione od alkoholu; ukończyło je 60 osób, co stanowi 81% grupy wyjściowej. Wszyscy badani spełniali kryteria uzależnienia od alkoholu według ICD-10, co potwierdzone zostało badaniem psychiatrycznym. W obu pomiarach, tj. początkowym i końcowym, uczestniczyło 12 kobiet i 48 mężczyzn, w wieku od 22 do 66 lat ( $M = 45,3$ ;  $SD = 10,05$ , rozkład zgodny z rozkładem normalnym, z  $K-S = 0,055$ , *ns*). Liczba badanych,

---

<sup>1</sup> Dane zostały zebrane przez Katarzynę Sagadyn w ramach jej pracy magisterskiej.

żyjących w związku, była nieco wyższa (55%) niż osób samotnych (45%). Dzieci miało 68,3% badanych. Wykształcenie wyższe posiadało 28,3% badanych, średnie – 43,3%, a zawodowe – 21,7%. Większość deklarowała, że okres picia problemowego trwał dłużej niż 10 lat (65%), połowa uznała, iż w ich rodzinie pochodzenia występował problem alkoholowy.

### Narzędzia

*Inwentarz Objawów Depresyjnych Becka (BDI)*. Negatywny aspekt dobrostanu szacowano za pomocą Inwentarza Samooceny Depresji A. T. Becka, w polskiej adaptacji T. Parnowskiego i W. Jernajczyk (1977). Narzędzie liczy 21 kategorii opisujących potencjalne objawy depresyjne wraz z czterema odpowiedziami do wyboru, przy czym za zachowania świadczące o braku objawów nie otrzymuje się punktów (0 punktów), a za zachowania świadczące o ich wysokim nasileniu – 4 punkty. Wskaźnik powstaje przez zsumowanie punktów. Jego wyższe wartości oznaczają większą intensywność objawów. Rzetelność mierzona współczynnikiem  $\alpha$  Cronbacha w badanej grupie wyniosła w pomiarze początkowym 0,90, natomiast w końcowym 0,86.

*Skala Satysfakcji z Życia*. Pozytywny aspekt dobrostanu mierzono Kwestionariuszem Satysfakcji z Życia (SWLS) E. Dienera i współautorów, w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego (2001). Skala składa się z pięciu pozycji, które osoba badana ocenia na skali 7-punktowej, pod kątem stopnia, w jakim zgadza się z danym stwierdzeniem (od 1 – *zupełnie się nie zgadzam* do 7 – *całkowicie się zgadzam*). Oceny zostają zsumowane, a wynik badania odzwierciedla ogólny poziom satysfakcji z własnego życia. Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha w badaniu własnym wyniósł odpowiednio: 0,82 – w pierwszym i 0,86 – w drugim pomiarze.

*Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności*. Poczucie własnej skuteczności mierzono Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), w wersji polskiej autorstwa R. Schwarzera, M. Jeruzalema i Z. Juczyńskiego (Juczyński, 2001). Kwestionariusz obejmuje 10 stwierdzeń z 4-stopniową skalą odpowiedzi typu Likerta (od 1 – *nie* do 4 – *tak*). Wskaźnik powstaje przez sumowanie punktów, czyli jego wyższe wartości odpowiadają silniejszemu poczuciu własnej skuteczności. Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha w badaniu własnym wyniósł 0,89 – w pierwszym pomiarze i 0,90 – w drugim.

*Kwestionariusz Radzenia Sobie*. Do badania strategii radzenia sobie posłużono się Kwestionariuszem Radzenia Sobie (KRS) E. Gruszczyńskiej, uwzględniającą modyfikację modelu radzenia sobie dokonaną przez S. Folkman. Narzędzie to oprócz tradycyjnych funkcji zachowań zaradczych, tj. zorientowa-

nej na emocje i na problem, wyodrębnia również strategie zorientowane na znaczenie. Powstało na podstawie stwierdzeń zawartych w innych, powszechnie stosowanych operacjonalizacjach radzenia sobie (WCQ – Lazarus i Folkman, 1984; CISS – Endler i Parker, 1990; COPE – Carver, Scheier i Weintraub, 1989), przy czym dodatkowo generowano pozycje opisujące aktywności mające na celu poszukiwanie i nadawanie znaczenia sytuacji stresującej. W ten sposób uzyskano wersję pierwotną, obejmującą 51 stwierdzeń, wraz z 5-punktową skalą Likerta (1 – *zdecydowanie się tak nie zachowywałam/zachowałem* do 5 – *zdecydowanie się tak zachowywałam/zachowałem*). Zakładaną strukturę czynnikową sprawdzano, wykonując eksploracyjną analizę czynnikową z rotacją *varimax* w grupie 105 dorosłych osób. W efekcie otrzymano klarowną strukturę trzech teoretycznie oczekiwanych podskal: strategie zorientowane na problem (13 stwierdzeń, np. *Staram się wypracować strategię czy plan określający, co należy zrobić*), na emocje (11 stwierdzeń, np. *Robię cokolwiek, byleby zapomnieć o własnych emocjach*) i na znaczenie (13 stwierdzeń, np. *Mówię sobie, że wszystko, co się dzieje w moim życiu, ma sens*) oraz podskalę dodatkową, określoną jako poszukiwanie wsparcia społecznego (5 stwierdzeń, np. *Szukam oparcia i zrozumienia u innych*). Okazało się bowiem, iż zwracanie się po pomoc do ludzi lub szukanie ich towarzystwa w sytuacji trudności to jakościowo inne zachowanie od tych opisywanych przez pozostałe stwierdzenia. Ze względu na specyfikę uzależnienia od alkoholu podskala ta została włączona do tej wersji narzędzia, którą posługiwano się w obecnym badaniu. Wstępne informacje dotyczące trafności różnicowej tak wyodrębnionych podskal wskazują na ich różnice funkcjonalne w grupie osób uzależnionych od alkoholu będących w procesie zdrowienia (Kaczmarczyk, 2011; Markiewicz, 2011).

Ostatecznie zatem, dodając pozycje i następnie ze względu na różną ich liczbę sumę tę uśredniając, pozyskano cztery wskaźniki radzenia sobie: zorientowane na problem, na emocje, na znaczenie i na poszukiwanie wsparcia. Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla podskal wynosi odpowiednio: w pierwszym pomiarze – 0,89, 0,80, 0,78, 0,81; w drugim – 0,91, 0,54, 0,94 i 0,83. W końcowym oszacowaniu współczynnik ten jest niezadowalający dla radzenia sobie zorientowanego na emocje. Kwestia ta zostanie uwzględniona w dyskusji.

## PROCEDURA

Badania miały charakter podłużny i odbywały się w ośrodku terapii uzależnień akredytowanym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów

Alkoholowych, prowadzącym terapię w oparciu o ujęcie strategiczno-strukturalne w trybie stacjonarnym. Psychoterapia zgodna z tym ujęciem zawiera szereg procedur i technik, takich jak działania edukacyjne (edukacje i mikroedukacje), autoanalizy zdarzeń z życia pacjenta, dostarczanie wzorów konstruktywnego postępowania, ćwiczenie umiejętności ważnych w budowaniu życia bez alkoholu, zapoznanie pacjentów z treściami programu 12 Kroków AA, a zwłaszcza z krokiem pierwszym, czyli uznania własnej bezsilności wobec alkoholu, oraz zachęcanie ich do uczestnictwa w mityngach AA (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Pierwszy pomiar miał miejsce przed rozpoczęciem terapii, a następny przy jej zakończeniu, to jest po sześciu tygodniach. Za każdym razem, po wyrażeniu przez badanych zgody, szacowano nasilenie strategii radzenia sobie, poczucia własnej skuteczności oraz obu aspektów dobrostanu psychicznego.

#### ANALIZA STATYSTYCZNA

Do oceny zmiany tradycyjnie stosowano analizę wariancji z powtarzanimi pomiarami. Metoda ta jednak ma swoją zasadniczą słabość. Mianowicie, odnosi się ona wyłącznie do wyników manifestujących się na poziomie średnich grupowych, przy traktowaniu zróżnicowania wewnątrzgrupowego jako źródła błędu w uchwyceniu prawidłowości obowiązujących w całej badanej grupie, co skutkuje nakładaniem określonych założeń na kowariancję między pomiarami (Konarski, 2004). Było to powodem opracowywania takich modeli statystycznych, które udzielają precyzyjniejszego określenia zmiany nie tylko na poziomie grupowym, ale i jej zróżnicowania interindywidualnego (Hser i in., 2001). Jedną z takich metod jest analiza rozwojowych krzywych latentnych (*latent growth curve*, LGC – Duncan i in., 1999). Towarzyszy jej przesunięcie akcentów w stosunku do tradycyjnej (M)ANOVY, to znaczy zmiana jest rozpatrywana przede wszystkim na poziomie jednostkowym, a niejako dodatkowo określa się trajektorię wspólną dla całej grupy, bazując właśnie na średniej wartości zmian jednostkowych. Ponieważ przedmiotem prezentowanego badania jest odpowiedź na pytanie o występowanie skorelowanej zmiany (*correlated change*), czyli tego, jak współzmienia się nasilenie dwu konstruktów w czasie między rozpoczęciem a zakończeniem terapii, zastosowano wariant dwuwymiarowy tej analizy (*bivariate LGC* – McArdle, 2009). Jest on przedstawiony na Rysunku 1. Jak widać, dwukrotny pomiar zmiennych *a* i *b* jest tutaj konceptualizowany pod postacią dwu zmiennych latentnych: zmiennej latentnej stanu początkowego i zmiennej



latentnej zmiany. Wartości oznaczone jako  $M$  z indeksami odpowiadają średnim wartościom początkowym oraz średnim wartościom zmiany w badanej grupie. Z kolei wartości symbolizowane jako  $W$  z indeksami opisują wariancję wokół średnich, czyli informują o zróżnicowaniu wewnątrzgrupowym w zakresie zarówno statusu początkowego, jak i zmiany w czasie objętym pomiarami. Tym samym możliwe jest jednoczesne określenie normatywnego charakteru badanego procesu, jak i zbadanie występujących odstępstw od niego. Ponadto analiza istotności kowariancji między poszczególnymi czynnikami latentnymi w modelu pozwala na opisanie następujących zależności:

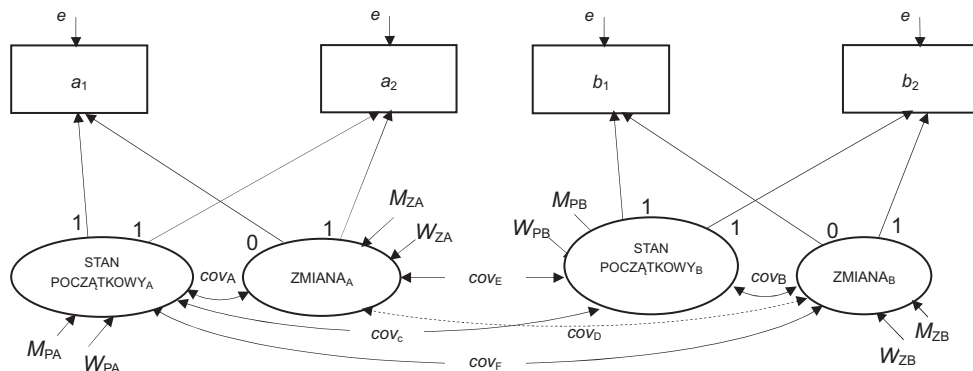
– związek między zmiennymi latentnymi statusu początkowego, czyli – w tym wypadku – między wartościami zmiennych  $a$  i  $b$  przy rozpoczęciu terapii ( $cov_C$ );

– związek między zmiennymi latentnymi zmiany, czyli występowanie współzmienności między zmiennymi  $a$  i  $b$  w czasie objętym pomiarami ( $cov_D$ ), tożsame z występowaniem skorelowanej zmiany;

– związek „autoregresyjny” między zmienną latentną statusu początkowego a zmienną latentną zmiany, czyli relacja między wartościami początkowymi a wielkością zmiany w obrębie tej samej zmiennej ( $cov_A$  i  $cov_B$ );

– związek „krzyżowy” między zmienną latentną statusu początkowego a zmienną latentną zmiany, czyli relacja między wartościami początkowymi *jednej* zmiennej a wielkością zmiany drugiej ( $cov_E$  i  $cov_F$ ).

W wypadku modeli bazujących tylko na dwu pomiarach (pre- i posttest) nie ma możliwości oceny dobroci dopasowania ze względu na zerową liczbę stopni swobody (ilość parametrów znanych minus ilość parametrów szacowanych wynosi 0). Model taki jest wyłącznie identyfikowalny, pozwala jednak na uzyskanie wartości opisanych wcześniej parametrów relacji między zmiennymi (por. Duncan i in., 1999). Ze względu na niewielką liczebność próby analiza została uzupełniona o metodę bootstrapp, polegającą na wielokrotnym losowaniu ze zwracaniem z próby wyjściowej, co pozwala na trafniejsze oszacowanie błędów estymacji, które następnie służą do budowy przedziałów ufności (Nevitt i Hancock, 2001). W badaniu określono liczbę takich prób, utworzonych w oparciu o dane wyjściowe na 200. Wszystkie obliczenia zostały wykonane za pomocą programów IBM SPSS Statistics 20 oraz IBM SPSS Amos 19.



Rysunek 1. Dwuwymiarowy model rozwojowych krzywych latentnych.

$a_1$ ,  $a_2$  oraz  $b_1$  i  $b_2$  – wskaźniki dwu badanych konstruktyw, odpowiednio przed i po terapii;  $e$  – błędy pomiaru;  $M_{PA}$  i  $M_{PB}$  – średnia początkowa wartość konstruktyw  $a$  i  $b$ ;  $W_{PA}$  i  $W_{PB}$  – wariancja wokół średniej początkowej dla konstruktyw  $a$  i  $b$ ;  $M_{ZA}$  i  $M_{ZB}$  – średnia wartość zmiany w okresie objętym pomiarami konstruktyw  $a$  i  $b$ ;  $W_{ZA}$  i  $W_{ZB}$  – wariancja wokół średniej zmiany dla konstruktyw  $a$  i  $b$ ;  $cov_A$  – wartość korelacji między zmiennymi latentnymi stanu początkowego;  $cov_D$  – wartość korelacji między zmiennymi latentnymi zmiany (skorelowana zmiana, oznaczona linią przerywaną);  $cov_E$  – wartość korelacji między zmienną latentną stanu początkowego konstruktyw  $b$  a zmianą latentną zmiany konstruktyw  $a$ ;  $cov_F$  – wartość korelacji między zmienną latentną stanu początkowego konstruktyw  $a$  a zmienną latentną zmianą konstruktyw  $b$

## WYNIKI

### Analiza braków danych i statystyki opisowe zmiennych

Przed przystąpieniem do obliczeń właściwych wykonano analizę braków danych. Maksymalny ubytek danych wynosi 10% i dotyczy oceny strategii zorientowanych na emocje i na problem w pierwszym pomiarze. Test Little'a ( $\chi^2 = 151,69$ ;  $df = 135$ ;  $p = 0,155$ ) wskazuje jednak, iż wszystkie braki danych mają charakter losowy (*missing completely at random*, Graham, 2009). Zastosowano zatem imputację braków danych metodą największego prawdopodobieństwa (*Full Information Maximum Likelihood*, FIML), która ma udokumentowaną przewagę nad usuwaniem takich obserwacji lub zastępowaniem ich średnią czy też interpolacją liniową (Enders i Bandalos, 2001).

Tabela 1 prezentuje statystyki opisowe i relacje między badanymi zmiennymi z uwzględnieniem zmiennych ubocznych o wartościach najbardziej zróżni-

cowanych w badanej grupie, sprowadzonych do postaci zerojedynkowej. Ich związki ze zmiennymi głównymi okazują się nieliczne i co najwyżej umiarkowane. Dalsze wyniki są jednak kontrolowane statystycznie ze względu na najistotniejsze z tych związków, mianowicie poczucia satysfakcji z życia z występowaniem problemu alkoholowego w rodzinie pochodzenia oraz poczucia własnej skuteczności z wykształceniem.

Tabela 1.

*Statystyki opisowe oraz macierz korelacji między badanymi zmiennymi*

Zmienna	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1 SWLS_1	1																			
2 GSES_1	0,49*	1																		
3 BDI_1	-0,49*	-0,41*	1																	
4 SWLS_2	0,26*	0,01	-0,18	1																
5 GSES_2	0,18	0,68*	-0,41*	0,09	1															
6 BDI_2	-0,18	-0,16	0,51*	-0,36*	-0,37*	1														
7 S_emocje_1	0,37*	0,17	-0,36*	-0,12	0,01	0,04	1													
8 S_problem_1	0,32*	0,28*	-0,41*	-0,05	0,25	-0,17	0,78*	1												
9 S_znaczenie_1	0,34*	0,31*	-0,46*	-0,03	0,23	-0,07	0,67*	0,78*	1											
10 S_wsparcie_1	0,15	0,00	-0,20	-0,19	0,00	0,05	0,64*	0,75*	0,67*	1										
11 S_emocje_2	0,22	0,20	-0,26*	0,25	0,20	-0,28*	0,31*	0,31*	0,28*	0,26*	1									
12 S_problem_2	0,07	0,33*	-0,15	0,00	0,47*	-0,35*	0,22	0,34*	0,28*	0,27*	0,27*	1								
13 S_znaczenie_2	0,04	0,22	-0,19	0,00	0,32*	-0,27*	0,24	0,31*	0,35*	0,35*	0,34*	0,88*	1							
14 S_wsparcie_2	0,07	0,09	-0,06	0,05	0,25	-0,13	0,24	0,30*	0,24	0,43*	0,30*	0,79*	0,84*	1						
15 płeć	-0,17	-0,11	0,06	0,15	0,00	0,09	-0,13	-0,19	-0,09	-0,33*	-0,19	-0,22	-0,17	-0,25	1					
16 wiek	0,18	0,01	-0,01	0,08	0,02	0,21	0,19	0,26*	0,17	0,17	0,01	-0,12	-0,07	-0,05	-0,07	1				
17 wykształcenie	0,22	0,17	-0,20	0,08	0,30*	-0,32*	-0,18	-0,09	-0,07	-0,19	-0,10	0,05	-0,01	-0,14	-0,09	0,20	1			
18 związek	-0,18	0,00	-0,08	-0,03	0,14	0,05	0,02	0,02	0,21	0,18	0,15	0,23	0,30*	0,29*	0,05	0,02	-0,21	1		
19 alkohol	-0,32*	-0,10	0,08	-0,45*	-0,07	0,24	-0,04	0,02	-0,01	0,19	-0,13	0,10	0,06	0,09	-0,08	-0,22	-0,28*	-0,03	1	
<i>M</i>	15,75	28,36	17,0	16,92	29,24	9,92	3,58	3,64	3,95	3,58	3,69	3,91	4,21	3,86	0,80	45,30	0,33	0,55	0,50	
<i>SD</i>	6,72	5,28	10,28	6,19	4,94	7,28	0,68	0,73	0,84	0,94	0,61	0,64	0,66	0,74	0,40	10,06	0,47	0,50	0,50	

*Uwaga.* SWLS – satysfakcja z życia, GSES – poczucie własnej skuteczności, BDI – objawy depresji, S\_emocje – strategie zorientowane na emocje, S\_problem – strategie zorientowane na problem, S\_znaczenie – strategie zorientowane na znaczenie, S\_wsparcie – strategie zorientowane na poszukiwanie wsparcia; cyfry przy skrótach oznaczają fazy pomiaru: 1 – przed terapią, 2 – po zakończeniu terapii; zmienne kategoryjne kodowane są następująco: płeć (0 – kobieta, 1 – mężczyzna), wykształcenie (0 – średnie i niższe, 1 – wyższe), stały związek (0 – nie, 1 – tak), alkohol – problem alkoholowy w rodzinie pochodzenia (0 – nie, 1 – tak); *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe

\**p* istotne na poziomie co najmniej 0,05;

### Zmiana w obrębie dobrostanu, poczucia własnej skuteczności i strategii radzenia sobie oraz jej zróżnicowanie

Tabela 2 zawiera dane dotyczące stanu początkowego i zmiany badanych konstruktów w okresie objętym pomiarami. Jak widać, występuje wyraźne zróżnicowanie zarówno w obrębie pałupu dobrostanu i strategii radzenia sobie, z jakim poszczególne osoby zaczynają terapię, jak i w zakresie osiągniętej w tych obszarach zmiany (istotne wartości wszystkich wariacji wokół średnich). Znaczącą zmianę na poziomie grupy notuje się dla poziomu depresji (spadek,  $M_Z = -6,92$ ;  $p < 0,001$ ) oraz nasilenia strategii zorientowanych na problem (wzrost,  $M_Z = 0,25$ ;  $p = 0,02$ ), na znaczenie (wzrost,  $M_Z = 0,27$ ;  $p = 0,02$ ) i na poszukiwanie wsparcia (wzrost,  $M_Z = 0,28$ ;  $p = 0,02$ ). Reasumując, jedynie w zakresie dynamiki tych zmiennych można mówić o pewnych ogólnych prawidłowościach, zmiany w pozostałych są wyraźnie zróżnicowane jednostkowo. Oznacza to, że w grupie są osoby, które mogą osiągać odmienne efekty końcowe, zarówno pod względem wielkości, jak i kierunku zmiany. Jednocześnie wysokie wartości początkowe wszystkich zmiennych ograniczają wielkość zmiany. Osoby rozpoczynające terapię z wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności i satysfakcji z życia oraz większą intensywnością radzenia sobie notują więc w jej trakcie mniejsze przyrosty tych zmiennych. Nieco inna sytuacja dotyczy depresji: im silniejsze jej objawy początkowe, tym większy ich spadek.

Tabela 2

*Średnie i wariacje oraz korelacja między zmienną latentną stanu początkowego a zmienną latentną zmiany dla badanych zmiennych, z dziewięćdziesięcioprocentowymi przedziałami istotności uzyskanymi na podstawie analizy bootstrap*

Zmienne	Zmienna latentna stanu początkowego				Zmienna latentna zmiany				Korelacja między zmiennymi latentnymi	
	Średnia ( $M_P$ )	95%CI	Wariancja ( $W_P$ )	95%CI	Średnia ( $M_Z$ )	95%CI	Wariancja ( $W_Z$ )	95%CI	Wartość	95%CI
SWLS	15,75*	(13,84; 17,75)	43,59*	(30,62; 54,56)	1,04	(-0,96; 3,68)	61,13*	(36,25; 83,21)	-0,64*	(-0,77; -0,44)
BDI	16,87*	(14,17; 19,62)	103,22*	(69,51; 124,58)	-6,92*	(-9,33; -4,58)	80,01*	(51,33; 107,77)	-0,73*	(-0,86; -0,56)
GSES	28,47*	(27,18; 29,48)	27,68*	(21,84; 36,27)	0,83	(-0,14; 1,69)	16,51*	(11,62; 22,35)	-0,73*	(-0,87; -0,57)
S_emocje	3,57*	(3,40; 3,75)	0,41*	(0,26; 0,55)	0,12	(-0,06; 0,30)	0,49*	(0,34; 0,73)	-0,60*	(-0,72; -0,35)
S_problemy	3,64*	(3,44; 3,79)	0,47*	(0,31; 0,70)	0,28*	(0,06; 0,44)	0,58*	(0,40; 1,00)	-0,64*	(-0,79; -0,44)
S_znaczenie	3,95*	(3,72; 4,16)	0,64*	(0,45; 1,05)	0,26*	(0,02; 0,45)	0,71*	(0,45; 1,20)	-0,71*	(-0,85; -0,48)
S_wsparcie	3,58*	(3,25; 3,78)	0,83*	(0,55; 1,12)	0,28*	(0,03; 0,48)	0,62*	(0,52; 1,24)	-0,67*	(-0,82; -0,46)

*Uwaga.* SWLS – satysfakcja z życia, GSES – poczucie własnej skuteczności, BDI – objawy depresji, S\_emocje – strategie zorientowane na emocje, S\_problemy – strategie zorientowane na problem, S\_znaczenie – strategie zorientowane na znaczenie, S\_wsparcie – strategie zorientowane na poszukiwanie wsparcia,  $M_P$  – średnia wartość początkowa dla całej grupy,  $M_Z$  – średnia wartość zmiany dla całej grupy,  $W_P$  – wariancja wokół średniej początkowej,  $W_Z$  – wariancja wokół średniej zmiany

\*  $p$  na poziomie co najmniej  $< 0,05$

Współwystępowanie zmian  
w obrębie dobrostanu i poczucia własnej skuteczności  
ze zmianami w nasileniu strategii radzenia sobie

Jak wynika z Tabeli 3, najczęściej istotnych korelacji zanotowano w przypadku depresji, zbliżoną liczbę w przypadku poczucia satysfakcji z życia, najmniej zaś w zakresie poczucia własnej skuteczności. Wyższymi wartościami BDI na początku terapii towarzyszy mniejsze nasilenie wszystkich strategii radzenia sobie, chociaż wynik ten pozostaje nieistotny dla poszukiwania wsparcia społecznego ( $cov_C$ ). Nieco silniejsze korelacje dotyczą strategii zorientowanych na znaczenie i na problem, słabsze – na emocjach. Wzrost nasilenia wszystkich strategii między pomiarami łączy się z obniżeniem depresji ( $cov_D$ ). Chociaż wnioskowanie przyczynowo-skutkowe ma tutaj charakter wyłącznie probabilistyczny i wymaga dalszych badań, konsekwentne stwierdzanie istotnego związku między wartościami początkowymi nasilenia strategii zorientowanych na emocje ze zmianą poziomu depresji ( $cov_E$ ) przy braku relacji odwrotnej ( $cov_F$ ) sugeruje, że to właśnie intensyfikacja tego typu radzenia sobie może sprzyjać wzrostowi nastroju w badanej grupie, a nie na odwrót (por. Curran, 2000). Z kolei w odniesieniu do strategii zorientowanych na problem i na znaczenie związku te mają bardziej złożony charakter dwustronnych oddziaływań o tym samym znaku, co sugeruje pozytywne sprzężenia zwrotne.

Tabela 3

Korelacje między zmiennymi latentnymi stanu początkowego i zmiennymi latentnymi zmianami w parach badanych konstruktów wraz z dziewięćdziesięciopięcioprocentowymi przedziałami istotności uzyskanymi na podstawie analizy bootstrap

Zmienna a	SWLS							
	$cov_C$	95%CI	$cov_D$	95%CI	$cov_E$	95%CI	$cov_F$	95%CI
S_emocje	0,35*	(0,15; 0,56)	0,38*	(0,17; 0,56)	-0,38*	(-0,57; -0,18)	-0,20	(-0,43; 0,12)
S_problem	0,30*	(0,10; 0,49)	0,21	(0,00; 0,43)	-0,29*	(-0,50; -0,04)	-0,21	(-0,50; 0,00)
S_znaczenie	0,31*	(0,10; 0,49)	0,25*	(0,06; 0,42)	-0,29*	(-0,50; -0,09)	-0,27*	(-0,52; -0,01)
S_wsparcie	0,14	(-0,06; 0,36)	0,25*	(0,07; 0,48)	-0,26*	(-0,47; -0,06)	-0,09	(-0,40; 0,16)
	BDI							
S_emocje	-0,34*	(-0,55; -0,09)	-0,36*	(-0,57; -0,11)	0,41*	(0,13; 0,65)	0,12	(-0,16; 0,39)
S_problem	-0,37*	(-0,51; -0,19)	-0,36*	(-0,56; -0,16)	0,32*	(0,11; 0,57)	0,21*	(0,02; 0,45)
S_znaczenie	-0,44*	(-0,58; -0,23)	-0,40*	(-0,62; -0,23)	0,44*	(0,27; 0,65)	0,28*	(0,06; 0,50)
S_wsparcie	-0,19	(-0,44; 0,00)	-0,30*	(-0,54; -0,09)	0,25	(-0,03; 0,45)	0,15	(-0,05; 0,40)
	GSES							
S_emocje	0,17	(-0,05; 0,41)	0,19	(-0,04; 0,40)	-0,20	(-0,42; 0,08)	-0,03	(-0,34; 0,27)
S_problem	0,27*	(0,01; 0,48)	0,17	(-0,07; 0,39)	-0,06	(-0,32; 0,17)	0,02	(-0,28; 0,33)
S_znaczenie	0,31*	(0,03; 0,55)	0,20	(0,00; 0,42)	-0,13	(-0,36; 0,09)	-0,13	(-0,44; 0,14)
S_wsparcie	0,00	(-0,24; 0,23)	0,15	(-0,13; 0,40)	0,00	(-0,25; 0,27)	0,08	(-0,26; 0,31)

*Uwaga.* SWLS – satysfakcja z życia, GSES – poczucie własnej skuteczności, BDI – objawy depresji, S\_emocje – strategie zorientowane na emocje, S\_problem – strategie zorientowane na problem, S\_znaczenie – strategie zorientowane na znaczenie, S\_wsparcie – strategie zorientowane na poszukiwanie wsparcia;  $cov_C$  – wartość korelacji między zmiennymi latentnymi stanu początkowego;  $cov_D$  – wartość korelacji między zmiennymi latentnymi zmianami (skorelowana zmiana);  $cov_E$  – wartość korelacji między zmienną latentną stanu początkowego strategii radzenia sobie a zmienną latentną zmiany SWLS, BDI lub GSES;  $cov_F$  – wartość korelacji między zmienną latentną stanu początkowego SWLS, BDI lub GSES a zmienną latentną zmiany strategii radzenia sobie

\*  $p$  na poziomie co najmniej  $< 0,05$

W przypadku satysfakcji życia występuje odwrócenie sytuacji zanotowanej w zakresie depresji i radzenia sobie. Tutaj wyższe nasilenie wszystkich sposobów zaradczych koresponduje z wyższą wyjściową satysfakcją z życia, ponownie związek ten nie osiąga poziomu istotności statystycznej jedynie dla strategii poszukiwania wsparcia społecznego ( $cov_C$ ). Inaczej jednak niż w wypadku depresji, w tym przypadku zmiana w obrębie strategii zorientowanych na emocje, znaczenie i poszukiwanie wsparcia wiąże się ze zmianą SWLS. Nie dotyczy to zatem tylko radzenia sobie zorientowanego na problem. Dodatni znak tych korelacji informuje, iż wzrostowi jednej zmiennej towarzyszy wzrost drugiej zmiennej ( $cov_D$ ). Dalszy układ korelacji sugeruje jednak, iż to raczej strategie oddziałują na zmiany SWLS niż odwrotnie. Mianowicie wyższy początkowy poziom wszystkich strategii wiąże się z mniejszą zmianą SWLS ( $cov_E$ ). Bardziej skomplikowana sytuacja dotyczy jedynie strategii zorientowanych na znaczenie, gdzie zarówno ich poziom wyjściowy wiąże się ujemnie ze zmianą poczucia satysfakcji z życia ( $cov_E$ ), jak i początkowe nasilenie tej satysfakcji obniża wielkość zmiany nasilenia tych strategii ( $cov_F$ ). Uwzględnienie w analizach w charakterze kowariantu występowania problemu alkoholowego w rodzinie pochodzenia nie wpłynęło znacząco na obraz tych relacji.

Zważywszy zatem na to, że średnia grupowa zmiana SWLS jest nieistotna (por. Tabela 2), nasuwa to przypuszczenie, iż początkowe wartości strategii mogą być moderatorem tej zmiany. Aby to sprawdzić, wykonano dodatkowe obliczenia obejmujące porównania dwu grup, wyłonionych na podstawie analizy skupień, gdzie pierwsza z ich obejmowała niższe, a druga – wyższe nasilenie wszystkich strategii zaradczych w pomiarze początkowym (odpowiednio dla strategii zorientowanych na emocje:  $M_{G1} = 2,94$  vs  $M_{G2} = 3,83$ ;  $F = 37,69$ ;  $p < 0,001$ ; na problem:  $M_{G1} = 2,82$  vs  $M_{G2} = 3,96$ ;  $F = 74,30$ ;  $p < 0,001$ ; na znaczenie:  $M_{G1} = 2,98$  vs  $M_{G2} = 4,33$ ;  $F = 78,03$ ;  $p < 0,001$  i na poszukiwanie wsparcia społecznego:  $M_{G1} = 2,54$  vs  $M_{G2} = 3,98$ ;  $F = 60,04$ ;  $p < 0,001$ ). Interakcja czasu i tak sklasyfikowanych wartości strategii okazała się istotna ( $F = 3,83$ ;  $p < 0,05$ ). Mianowicie, w grupie o niższym nasileniu strategii w preteście następuje wzrost satysfakcji z życia między rozpoczęciem a zakończeniem terapii (z 13,28 do 17,41,  $p = 0,02$ ), podczas gdy w grupie o wyższym nasileniu strategii takiej zmiany się nie stwierdza (16,72 vs 16,53,  $p = 0,88$ ). Ponadto, jak widać, początkowe wyższe wartości satysfakcji z życia notuje się w grupie o większej wyjściowej intensyfikacji radzenia sobie i różnica ta osiąga poziom istotności statystycznej ( $t = -1,84$ ;  $df = 58$ ,  $p < 0,05$ ). Wyniki te są zatem całkowicie zgodne z opisanymi wcześniej rezultatami uzyskanymi w analizie krzywych latentnych.

Najmniej istotnych relacji zanotowano w przypadku poczucia własnej skuteczności. Jedynie wyższe nasilenie strategii zorientowanych na problem i na znaczenie wiązało się z wyższym GSES przed rozpoczęciem terapii. Zarówno jednak ten poziom wyjściowy, jak i ewentualne zmiany strategii nie korespondowały ze zmianami w GSES. Również wykształcenie, uwzględnione w modelu jako kowariant, nie osiągało poziomu istotności statystycznej w relacji z wyjściowym nasileniem poczucia własnej skuteczności oraz jego późniejszymi zmianami.

### DYSKUSJA WYNIKÓW

Badanie miało na celu sprawdzenie, czy w czasie od rozpoczęcia do zakończenia stacjonarnej terapii uzależnienia od alkoholu u osób w niej uczestniczących dochodzi do zmian w zakresie dobrostanu psychicznego, poczucia własnej skuteczności i radzenia sobie oraz jakie ewentualnie relacje wiążą te zmiany. Dzięki zgromadzonym danym wykazano, iż odpowiedź na tak postawione pytania zależy od poziomu analizy wyników. Mianowicie, w odniesieniu do całej badanej próby osób zaobserwowane istotne zmiany dotyczyły jedynie spadku natężenia symptomów depresyjnych oraz wzrostu strategii zorientowanej na problem, znaczenie i poszukiwanie wsparcia społecznego. Spadek symptomów depresyjnych w trakcie terapii był już wykazywany w literaturze przedmiotu (Mellibruda i Włodawiec, 1997; Wojnar, Ślufarska i Klimkiewicz, 2007). O ważności tego rezultatu świadczy to, że wysokie wyniki w BDI (zarówno na początku, jak i na końcu terapii) wykazują związek z większą częstotliwością i intensywnością picia po leczeniu (Gamble i in., 2010).

Z kolei dane dotyczące radzenia sobie korespondują w pewnym stopniu z badaniami Mroziak, Wójtowicza i Woronowicza (1999), którzy wykazali wzrost nasilenia stylów radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu i na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w trakcie stacjonarnej terapii odwykowej, prowadzonej również w oparciu o ujęcie strategiczno-strukturalne. Kwestia ta o tyle zasługuje na uwagę, że zmiana dotyczy stylów, czyli definicyjnie względnie stałych dyspozycji do radzenia sobie w określony sposób. Oczekiwanie, iż odbywa się to poprzez przeobrażenia w strukturze używanych strategii, jest zatem uzasadnione i odzwierciedlone w niniejszym badaniu. Zaobserwowany wzrost nasilenia strategii zorientowanych na problem i poszukiwanie wsparcia jest bowiem zrozumiałe, gdy uwzględnimy specyfikę terapii w ujęciu strategiczno-strukturalnym, w czasie której uczy się pacjentów radzenia sobie z problemami życiowymi bez

uciekania się do picia alkoholu oraz poszukiwania kontaktów społecznych wśród osób niepijących, na przykład w grupie anonimowych alkoholików (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Interesujący pozostaje brak zmian na poziomie średniej w odniesieniu do poczucia własnej skuteczności i satysfakcji z życia w świetle wyników innych badań empirycznych, chociaż należy podkreślić, że i one pozostają niekonkluzywne (por. Chodkiewicz, 2001, 2012; Ginieri-Coccosis i in., 2007; Lahmek i in., 2009). Jest to prawdopodobnie skutkiem dużego zróżnicowania wewnętrznego osób badanych pod względem początkowych wartości badanych konstruktywów i sposobu ich zmiany, o czym informuje istotność wszystkich wariacji wokół średnich (por. Greenbaum i in., 2005). Z jednej strony wskazuje to na trafność zewnętrzną badania, gdyż sytuacja taka nie jest zaskoczeniem dla klinicystów. Z drugiej natomiast tłumaczy, dlaczego rezultaty doniesień empirycznych pozostają zróżnicowane. Średnie wartości uzyskane przez grupę zawierają bowiem w sobie tylko część informacji i mogą prowadzić do błędnych wniosków o niezachodzeniu jakichkolwiek zmian na poziomie jednostkowym (Molenaar i Campbell, 2009).

Kolejnym pytaniem było zatem pytanie o uwarunkowania tej zmiany jednostkowej. Jak zaobserwowano, wyjściowy poziom badanych konstruktywów konsekwentnie określa dalsze ich nasilenie, przy czym, wbrew oczekiwaniom, wyższy stan zasobów (lepszy dobrostan psychiczny i wyższe poczucie skuteczności) nie sprzyja dalszemu ich wzrostowi. Nie można więc wykluczyć, iż mamy tutaj do czynienia z regresją do średniej, gdzie osoby uzyskujące w pierwszym pomiarze wyższe wyniki, w kolejnym uzyskują niższe i na odwrót (Maraun, Gabriel i Martin, 2011). Jednak spadek homogeniczności podskali strategii zorientowanych na emocje wraz ze złożoną relacją strategii z dobrostanem psychicznym oraz związku między zmianami poszczególnych konstruktywów sugerują, iż mamy tutaj do czynienia ze zdecydowanie bardziej złożonym procesem.

Analiza skorelowanych zmian ukazuje bowiem, iż zmiany w natężeniu strategii radzenia sobie ze stresem wykazują związki ze zmianami w obrębie dobrostanu psychicznego – wzrost nasilenia wszystkich strategii korespondował z obniżeniem poziomu depresji, a ich spadek, z wyjątkiem radzenia sobie skoncentrowanego na problemie, współwystępował ze spadkiem satysfakcji z życia. Otrzymany w stosunku do poziomu depresji wynik jest oczekiwany, chociaż nietypowy, gdyż w badaniach radzenia sobie ze stresem zdecydowanie częściej notuje się pozytywny związek intensywności radzenia sobie z negatywnym stanem emocjonalnym (Coyne i Racioppo, 2000). Badania te nie dotyczą jednak kwestii zmiany strategii, a zwłaszcza zmiany w czasie objętym interwencją



terapeutyczną. Nieliczne wyniki związane z interwencjami dotyczącymi radzenia sobie i poziomem depresji jako zmienną wynikową ukazują ich skuteczność (Heckman i in., 2011). Alkohol bywa stosowany w celu regulacji emocji, co opisuje motywacyjny model używania alkoholu (Cooper, 1994) oraz potwierdzają rezultaty empiryczne (Grant, Stewart i Mohr, 2009). W niektórych wypadkach pełni on zatem początkowo rolę mniej lub bardziej świadomie podejmowanego sposobu radzenia sobie (Park i Levenson, 2002). Można więc przypuszczać, iż zarówno poszerzenie spektrum strategii zaradczych, jak i wzrost ich intensywności u osób uzależnionych jest sygnałem uruchomienia radzenia sobie zarówno z problemami zewnętrznymi, jak i z własnymi negatywnymi stanami emocjonalnymi inaczej niż poprzez sięganie po alkohol (por. Moser i Annis, 1996). Tłumaczyłoby to zatem zaobserwowany związek tych zmian ze spadkiem nasilenia symptomów depresyjnych (Holahan i in., 2001).

Koresponduje z tym relacja między strategiami radzenia sobie a poczuciem satysfakcji z życia. Ich wzrost bowiem wiąże się ze wzrostem tej satysfakcji. Trzeba jednak dodać, iż wyjściowe nasilenie radzenia sobie moderuje charakter tej zmiany, ograniczając ją do osób o niskiej wyjściowej intensyfikacji wszystkich sposobów zaradczych. W takiej grupie zatem mechanizmy wiążące radzenie sobie z pozytywnym i negatywnym aspektem dobrostanu prawdopodobnie są zbliżone i analogiczne do tych opisanych przy depresji. Mniej jednoznaczne procesy, wymagające dalszych badań, dotyczą osób rozpoczynających terapię z przeciwną konstelacją wyjściową badanych zmiennych.

Na tym tle zaskakuje wynik uzyskany dla poczucia własnej skuteczności, gdzie zmiany strategii nie współwystępują ze zmianami w obrębie tego czynnika. Jego poziom wyjściowy pozostaje jednak pozytywnie związany z radzeniem sobie zorientowanym na problem i na znaczenie. Wynik ten jest o tyle ważny, że to właśnie poczucie skuteczności oraz jego zmiana przewiduje utrzymywanie abstynencji po zakończeniu terapii (Adamson, Sellman i Frampton, 2009; Hartzler i in., 2011; Moos i Moos, 2006). Nie da się wykluczyć, że łatwiej lub szybciej można uzyskać zmianę w obrębie dobrostanu niż w przekonaniach na temat własnych kompetencji zaradczych. Związek taki być może pojawia się dopiero w dłuższej perspektywie czasowej, po doświadczeniu pozytywnych skutków podejmowania określonych zachowań zaradczych w konkretnych okolicznościach. Przemawiają za tym wyniki badań wskazujące na pozytywne sprzężenia zwrotne, prowadzące do wzrostu w obu tych obszarach (Schwarzer i in., 2005), tutaj jednak nie odnotowane.

Podsumowując, w okresie sześciu tygodni między pomiarem na początku i na końcu uczestnictwa w stacjonarnej terapii uzależnienia od alkoholu w ba-

danej grupie spadał poziom objawów depresyjnych oraz wzrastało nasilenie strategii zorientowanych na problem, na znaczenie i na poszukiwanie wsparcia. W odniesieniu do pozostałych badanych konstruktów wielkość, jak i kierunek zmian miały charakter mocno zindywidualizowany.

Konkluzja ta musi być jednak rozpatrywana w odniesieniu do niedostatków zrealizowanego badania. W żadnym wypadku nie jest ono próbą oceny efektywności psychoterapii uzależnienia od alkoholu. Jak zaznaczono we wprowadzeniu, celem badania było jedynie zaobserwowanie zmiany nasilenia wybranych, istotnych dla korzystnego funkcjonowania leczących się alkoholików, konstruktów w okresie między rozpoczęciem i zakończeniem leczenia stacjonarnego oraz uchwycenie zależności między tymi zmianami. Nawet przy takim zawężeniu dalsze ograniczenie badania nadal stanowi jednak liczebność próby oraz brak grupy kontrolnej.

Istotne jest również to, że analizowano tutaj właściwości psychologiczne trudno podlegające uchwytym przemianom w krótkim okresie czasu. Bez wątpienia zatem dla pełniejszego obrazu wskazany byłby kolejny pomiar, w okresie oddalonym od zakończenia terapii, ewentualnie z odwołaniem do konstruktów o wyższej specyficzności dla osób uzależnionych od alkoholu (por. Annis i Graham, 1988; DiClemente i in., 1994). Trzeba jednak uznać, iż w codziennym funkcjonowaniu takich osób liczy się nie tylko to, jak radzą sobie z powracającym głodem substancji, ale także to, jak zmagają się z sytuacjami stresującymi (Howell i in., 2010), co znajduje odzwierciedlenie w formułowanych celach terapii. Zmiany w zakresie specyficznym można zatem uznać tylko za jeden z etapów na drodze do zdrowienia.

W żadnym wypadku otrzymanych rezultatów nie można uznawać za rozstrzygające w kwestii relacji przyczynowo-skutkowych. Także stopień ich generalizacji jest niewielki, podyktowany zarówno specyfiką i wielkością badanej grupy, jak i kontekstem oraz metodologią badania. Otrzymane wyniki należy zatem rozpatrywać wyłącznie w perspektywie innych doniesień empirycznych, zgodnie z kumulatywnym charakterem wiedzy psychologicznej. Mając na uwadze te ograniczenia, w sytuacji niewielkiej ilości badań podłużnych w tym zakresie, szczególnie w piśmiennictwie polskim, uzyskane wyniki wskazują zarówno na możliwość empirycznego uchwycenia zmian zachodzących w czasie objętej terapią uzależnienia od alkoholu, jak i na zasadność ich ujmowania nie tylko z perspektywy grupowej, ale i jednostkowej. Praktyczna wartość takiego podejścia wydaje się bardzo istotna.

## LITERATURA CYTOWANA

- Adamson, S. J., Sellman, J. D., i Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 75-86.
- Anderson, D. (1993). Doświadczenie stanu Minnesota. W: A. Dodziuk (red.), *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie* (s. 2-20). Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Annis, H. M., i Graham, J. M. (1988). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ 39): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., i Liese, B. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., i Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically-based approach. *Journal of Personal and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Chodkiewicz, J. (2001). Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 14(2), 277-289.
- Chodkiewicz, J. (2005). Predyktory ukończenia terapii mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(1), 39-45.
- Chodkiewicz, J. (2006). Zasoby osobiste a występowanie nawrotów u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. W: L. Cierpiąłkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień* (s. 175-185). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Chodkiewicz, J. (2012). *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J., i Moos, R. H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 92-100.
- Cierpiąłkowska, L., i Kubiak, J. (2010). Niespecyficzne czynniki leczące a efektywność terapii alkoholików. *Nauka*, 2, 89-111.
- Cierpiąłkowska, L., i Ziarko, M. (2010). *Psychologia uzależnień: alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
- Cooper, M. L. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Coyne, J., i Racioppo, M. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Curran, P. J. (2000). A latent curve framework for the study of developmental trajectories in adolescent substance use. W: J. S. Rose, L. Chassin, C. C. Presson, i S. J. Sherman (red.), *Multivariate applications in substance abuse research: New methods for new questions* (s. 1-42). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery R. P., i Hughes S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148.
- Donovan, D., Mattson, M., Cisler, R., Longabaugh, R., i Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measurement in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol*, 15, 119-139.
- Duncan, T., Duncan, S., Strycker, L., Li, F., i Alpert, A. (1999). *An introduction to latent variable growth curve modeling: Concepts, issues, and applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Enders, C. K., i Bandalos, D. L. (2001). The relative performance of full information maximum likelihood estimates for missing data in structural equation models. *Structural Equation Modelin*, 8, 430-457.
- Endler, N. S., i Parker, J. D. A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(1), 3-14.
- Foster, J. H., Marshall, E. J., Hooper, R., i Peters, T. J. (1998). *Quality of life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking*. *Addiction Biology*, 3, 321-332.
- Gamble, S. A., Conner, K. R., Talbot, N. L., Yu, X. M., i Connors, G. J. (2010). Effects of pre-treatment and posttreatment depressive symptoms on alcohol consumption following treatment in project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 71-77.
- Ginieri-Coccosis, M., Liappas, I. A., Tzavellas, E., Triantafyllou, E., i Soldatos, C. (2007). Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: The use of WHOQOL-100. *In Vivo*, 21, 1, 99-106.
- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60, 549-576.
- Grant, V. V., Stewart, S. H., i Mohr, C. D. (2009). Coping-anxiety and coping-depression motives predict different daily mood-drinking relationships. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 226-237.
- Greenbaum, P. E., Del Boca, F. K., Darkes, J., Wang, C., i Goldman, M. S. (2005). Variation in the drinking trajectories of freshmen college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 229-238.
- Grønbaek, M., i Nielsen, B. (2007). A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics. *Addiction*, 102, 3, 381-388.
- Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., i Donovan, D. (2011). Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 269-278.
- Heckman, T., Sikkema, K., Hansen, N., Kochman, A., Heh, V., i Neufeld, S. (2011). A randomized clinical trial of a coping improvement group intervention for HIV-infected older adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(2), 102-111.
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczeństwo*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Cronkite, R. C., i Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: A ten-year model. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 190-198.
- Howell, A. N., Leyro, T. M., Hogan, J., Buckner, J. D., i Zvolensky, M. J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*, 35(12), 1144-1147.
- Hser, Y., Shen, H., Chou, C.-P., Messer, S., i Anglin, M. D. (2001). Analytic approaches for assessing long-term treatment effects: Examples of empirical applications and findings. *Evaluation Review*, 25, 233-262.

- Humphreys, K., Mankowski, E., Moos, R. H., i Finney, J. W. (1999). Do enhanced friendships networks and active coping mediate the effect of selfhelp groups on substance use? *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 1, 54-60.
- Ivory, N. J., i Kambouropoulos, N. (2012). Coping mediates the relationship between revised reinforcement sensitivity and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 52, 7, 822-827.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia stosowane w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP.
- Kaczmarczyk, J. (2012). *Poczucie własnej skuteczności, emocje i strategie radzenia sobie ze stresem a poczucie satysfakcji z życia u osób uzależnionych od alkoholu będących w procesie zdrowienia. Relacje mediacyjne i moderacyjne*. Nie publikowana praca magisterska, Instytut Psychologii Klinicznej, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa.
- Konarski, R. (2004). Analiza zmiany z zastosowaniem analizy latentnych krzywych rozwojowych. *ASK. Społeczeństwo. Badania. Metody*, 13, 87-120.
- Kucińska, M., i Mellibruda, J. (1997). Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia przez pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA. *Alkoholizm i Narkomania*, 28, 3, 373-389.
- Lahmek, P., Berlin, I., Michel, L., Berghout, Ch., Meunier, N., i Aubin, H. J. (2009). Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *International Journal of Medical Sciences*, 6, 160-167.
- Laudet, A., i White, M. A. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse*, 43(1), 27-54.
- Lazarus, R. S., i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levin, C., Ilgen, M., i Moos, R. H. (2007). Avoidance coping strategies moderate the relationship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(1), 108-113.
- Maraun, M. D., Gabriel, S., i Martin, J. (2011). The mythologization of regression towards the mean. *Theory & Psychology*, 21(6), 762-784.
- Markiewicz, M. (2012). *Duchowość, strategie radzenia sobie ze stresem, wsparcie społeczne i style atrybucyjne a poczucie satysfakcji z życia u osób uzależnionych od alkoholu będących w procesie zdrowienia*. Niepublikowana praca magisterska, Instytut Psychologii Klinicznej, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa.
- Marlatt, G. A. (1985). Coping and substance abuse: Implications for research, prevention and treatment. W: S. Shiffman, i T. A. Wills (red.), *Coping and substance abuse* (s. 54-82). New York: Academic Press.
- Marlatt, G. A., i Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McArdle, J. J. (2009). Latent variable modeling of differences and changes with longitudinal data. *Annual Review of Psychology*, 60, 577-605.
- Mellibruda, J. (1997). Strategiczno-strukturalna terapia uzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 28(3), 307-324.
- Mellibruda, J., i Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: IPZ.
- Mellibruda, J., i Włodawiec, B. (1997). Zmiany funkcjonowania społecznego po terapii odwykowej pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA. *Alkoholizm i Narkomania*, 28(3), 389-405.
- Miller, W. R., Walters, S. T., i Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 211-220.

- Molenaar, P. M., i Campbell, C. G. (2009). The new person-specific paradigm in psychology. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 112-117.
- Moos, R. H., i Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101, 212-222.
- Moser, A. E., i Annis, H. M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: A prospective study of treated alcoholics. *Addiction*, 91(8), 1101-1114.
- Mroziak, B., Wójtowicz, S., i Woronowicz, B. (1999). Zmiany poczucia koherencji i stylu radzenia sobie ze stresem po podstawowym programie psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 35(2), 225-236.
- Nevitt, J., i Hancock, G. R. (2001). Performance of bootstrapping approaches to model test statistics and parameter standard error estimation in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 8(3), 353-377.
- Norman, S. B., Tate, S. R., Willkins, K. C., Cummins, K., i Brown, S. A. (2010). Posttraumatic stress disorder's role in integrated substance dependence and depression treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(4), 346-355.
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., Behv, J., Smith, M., Black, R., Fryer, K., Handforth, L., Alwyn, T., Kerr, C., Thistlethwaite, G., i Slegg, G. (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: Qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction*, 101(1), 60-68.
- Park, C. L., i Levenson, M. R. (2002). Drinking to cope among college students: Prevalence, problems and coping processes. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 486-497.
- Parnowski, T., i Jernajczyk, W. (1977). Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 11(4), 417-421.
- Project Match Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Raytek, H., Morgan, T., i Chung, N. (2005). Interwencje poznawczo-behawioralne w nadużywaniu alkoholu i uzależnieniu od alkoholu. W: M. Reinecke, D. Clark (red.), *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce* (s. 367-397). Gdańsk: GWP.
- Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., i Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 807-818.
- Veenstra, M. Y., Lemmens, P. M., Friesema, I. M., Tan, F. S., Garretsen, H. L., Knottnerus, J., i Zwietering, P. J. (2007). Coping style mediates impact of stress on alcohol use: A prospective population-based study. *Addiction*, 102(12), 1890-1898.
- Willinger, U., Lenzinger, E., Hornik, K., Fischer, G., Schönbeck, G., Aschauer, H. N., i Meszaros, K. (2002). Anxiety as predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 609-612.
- Wojnar, M., Ślufarska, A., i Klimkiewicz, A. (2007). Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Cz. 3: Społeczno-demograficzne i psychologiczne czynniki ryzyka. *Alkoholizm i Narkomania*, 20(1), 81-102.