

Poczucie jakości życia i samoocena pacjentów w trakcie terapii uzależnienia od alkoholu

Przemysław Zdybek*, Romuald Derbis
Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski, Opole

THE SENSE OF QUALITY OF LIFE AND SELF-ESTEEM AMONG ADDICTED PATIENTS DURING THE THERAPY

During the addiction therapy patients describes a sense of emptiness, low level of life satisfaction and difficulties in enjoying their lives. Those problems often caused them to return to psychoactive substance use. The research presented in the article is aimed at checking the dynamics of the above constructs during addiction therapy, which may help to better understand the treatment process. A longitudinal study of alcohol dependent patients in the process of addiction therapy was conducted. The research questionnaires measured selected aspects of psychological well-being as general construct and specific subscales. The first measurement was made at the beginning of a patient's addiction therapy, second was carried out in the last week of the patient's therapy. $N=216$ patients from 4 addiction therapy centres took a part in the research. The results show that the main indicators of quality of life and sense of self are statistically significant improvement after the short-term therapy. Research confirms the positive impact of addiction therapy on patients. The challenge of this type of research and the treatment itself is to monitor short and long term effects of addiction therapy. These studies shows that the discussion about the effectiveness of the therapy should not be limited only to the abstinence, but also other indicators of psychological, social, medical recovery.

Key words: addiction therapy, alcohol dependence, the sense of the quality of life, self-esteem

WPROWADZENIE

Celem podjętych badań naukowych jest ukazanie problemu odzyskiwania poczucia jakości życia przez pacjentów uzależnionych od alkoholu i innych substancji. Pacjenci ci opisują często problemy z odzyskaniem satysfakcji z różnych wymiarów życia oraz dominujące poczucie pustki pojawiające się w początkowym okresie utrzymania abstynencji. Obiektywnie sytuacja pacjentów w terapii poprawia się, lecz często subiektywnie nie potrafią się oni z tego cieszyć upatrując w alkoholu lub narkotykach źródła ulgi.

DEFINIOWANIE UZALEŻNIENIA

Uzależnienie nie zawsze w historii postrzegane było jako choroba, choć obecnie naukowcy są zgodni co do tego, że uzależnienie (bez względu na przedmiot uzależnienia: narkotyki, alkohol, hazard, zakupy, seks, używanie komputera czy telefonu) jest chorobą. Uzależnienie polega na tym, że człowiek podejmuje pewne zachowanie lub zażywanie danej substancji, choć wielokrotnie przynosi mu one szkody. Pomimo tych szkód osoba uzależniona kontynuuje zachowanie, a kolejne próby powstrzymania się od tego kończą się niepowodzeniem (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006).

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Przemysław Zdybek, Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski, Plac Staszica 1, 45-061 Opole. pzdzybeks@uni.opole.pl

W rozumieniu WHO (*World Health Organisation*) uzależnienie jest chorobą, której głównymi objawami są: głód substancji, zespół abstynencyjny, zmiana tolerancji, upośledzona kontrola, przyjmowanie substancji pomimo wiedzy o szkodliwości oraz zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności (ICD-10, 2011). W Polsce diagnozę uzależnienia przeprowadzają lekarze psychiatrzy lub certyfikowani specjaliści psychoterapii uzależnień. Zazwyczaj osoby uzależnione trafiają do ośrodków leczenia odwykowego, gdy pojawiają się pewne konsekwencje używania substancji psychoaktywnych, a uzależnienie wpłynęło destrukcyjnie na ich życie. Często pacjenci zgłaszający się na terapię po raz pierwszy nie chcą podjąć leczenia, ale spostrzegają to jako rozwiązanie mniej bolesne niż np. rozwód, kara pozbawienia wolności czy utrata pracy.

MODELE POMAGANIA OSOBOM UZALEŻNIONYM

Osoby uzależnione mogą uzyskać pomoc w ramach grup samopomocowych typu: anonimowi alkoholicy (AA), anonimowi narkomani (AN), anonimowi hazardziści (AH) i anonimowi seksoholicy (AS, SLA) (Kaczmarczyk, 2008). Ruchy samopomocowe bazujące na AA są oparte na uczestniczeniu we wspólnocie osób uzależnionych oraz realizowaniu poprzez spotkania grupowe i pracę z tzw.

Praca badawcza została sfinansowana ze środków na badania własne Instytutu Psychologii UO.

sponsorem programu 12 kroków (Laudet, Morgen, i White, 2006).

Drugą formą pomocy jest podjęcie terapii uzależnień, zazwyczaj w ośrodku korzystając zarówno z terapii indywidualnej jak i grupowej. Ta forma pomocy umożliwia bardziej standaryzowany pomiar efektywności pomocy. Ośrodki terapii mogą mieć różne programy leczenia, choć większość programów (Beck, Chodkiewicz i Witkowska, 2007; Denzin, 1993; Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006; Woronowicz, 2009) zakłada, że: 1) w wyniku pogłębiania się uzależnienia sytuacja biologiczna, społeczna i psychiczna uzależnionych ulega pogorszeniu; 2) osoba uzależniona nie zawsze jest świadoma destrukcyjnej roli uzależnienia w jej życiu; 3) osoba uzależniona nie jest sama w stanie sama zatrzymać uzależnienia (bez pomocy z zewnątrz); 4) warunkiem skutecznego leczenia jest odstawienie uzależniającej substancji/zachowania i praca nad odbudowaniem zdrowia, relacji społecznych i zdrowia psychicznego. Ponadto, uzależnienie ma charakter fazowy (Jelinek, 1960), degradujący i może prowadzić w konsekwencji do śmierci. Poniżej przedstawione zostaną ważniejsze programy pomocy osobom uzależnionym o sprawdzonym empirycznie pozytywnym wpływie na proces zdrowienia w kontekście polskiego modelu leczenia uzależnień.

Pierwszym jest model leczenia Minnesota, który zakłada, że uzależnienie jest chorobą a zaprzeczanie problemom i brak motywacji do leczenia jest możliwym do przepracowania elementem choroby (Chodkiewicz, 2012). Model poznawczo-behawioralny terapii uzależnień oparty jest na założeniu, że uzależnienie jest konsekwencją nawyków i przekonań, które wyrobiła sobie osoba uzależniona. Celem terapii jest modyfikacji błędnych przekonań źródłowych i nawyków osób uzależnionych w celu zaprzestania przez nich zażywania substancji, od której są uzależnieni (Beck, Chodkiewicz i Witkowska, 2007). Najszerszym i wykorzystującym wszystkie poniższe koncepcje jest Integracyjny Model Psychoterapii Uzależnień (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Autorzy tego modelu, poza rozumieniem uzależnienia jako choroby, wprowadzają pojęcie mechanizmów uzależnienia, które wiążą się z poczuciem jakości życia i samooceną. Mechanizm iluzji i zaprzeczeń sprawia, że osoby uzależnione nie widzą realnie przyczyny własnych problemów życiowych, mechanizm rozproszenia Ja powoduje rozbieżność w systemie ja i niejako osłabienie wiedzy o samym sobie i możliwości ewaluowania własnej wartości. Mechanizm nałogowego regulowania uczuć wpływa na dokonywanie możliwości dokonywania oceny afektywnej własnego życia przez osoby badane. Może to być przyczyną trudności w odczuwaniu satysfakcji z życia pacjentów w późniejszym etapie leczenia. Koncepcja mechanizmów uzależnienia przewiduje, że pacjenci na początku terapii powinni przeżywać raczej efekt skonfrontowania się z konsekwencjami uzależnienia a co za tym idzie zgodnie z później opisaną teorią socjomonitora przeżywać obniżenie samooceny i szczegółowych wskaźników jakości życia.

SPECYFIKA PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI

Co się jednak dzieje zanim osoby uzależnione trafią do placówki leczenia uzależnień? Osoby uzależnione różnią się od większości pacjentów gdyż zaprzeczają własnej chorobie, obawiają się rozstania z uzależnieniem i występują u nich mechanizmy obrony charakterystyczne w tej chorobie (Mellibruda, 1997). Często pacjenci trafiający do placówek leczenia odwykowego nie są gotowi na świadome podjęcie leczenia i postrzegają terapię jako przymus lub karę. Z tak negatywnym nastawieniem w początkowej fazie terapii trudno jest osiągnąć wysoką efektywność terapii uzależnień.

Pacjenci zgłaszający się na terapię rzadko robią to z całkowicie własnej woli, co wynika z mechanizmów uzależnienia. Powiązane jest to zwykle z pewną formą przymusu instytucjonalnego lub rodzinnego. Oczywiście to przeważnie pacjenci podejmują decyzję o podjęciu leczenia, ale dzieje się to w konsekwencji problemów, które powstają w wyniku uzależnienia. Jeśli ktoś spożywa np. alkohol i przestaje kontrolować ilości i okoliczności jego używania zaczyna doznawać przykrych konsekwencji. Mogą to być kłótnie w rodzinie, utrata pracy w związku ze spożywaniem alkoholu w miejscu pracy, problemy zdrowotne (między innymi: stany zapalne wątroby i trzustki, żylaki przewodu pokarmowego, nadciśnienie tętnicze, zmiany organiczne układu nerwowego), dominujące doświadczenie cierpienia w związku z zespołem abstynencyjnym i zobowiązanie sądowe. W każdej z tych sytuacji dochodzi do pewnego kryzysu w jednym z obszarów życia pacjentów. W takim momencie kryzysu jakość życia pacjentów jest teoretycznie bardzo niska. Osoby uzależnione w związku z takim kryzysem często decydują się na „mniejsze zło” i godzą na rozpoczęcie terapii. W procesie terapii natomiast pracują nad urealnieniem obrazu swojej sytuacji w określonych obszarach, które są komponentami jakości życia pacjentów.

JAKOŚĆ ŻYCIA JAKO KONSTRUKT PSYCHOLOGICZNY

W bazie EBSCO na zapytanie o jakość życia (quality of life) pojawia się w tym temacie aż 302 135 artykułów, co świadczy o niewątpliwym zainteresowaniu tą dziedziną badań. Badania nad jakością życia jak i jej definiowanie są interdyscyplinarnym zagadnieniem i obejmują takie dziedziny jak filozofia, psychologia, medycyna, socjologia, ekonomia (Papuć, 2011). Brak jest jednak jednej jasno sprecyzowanej definicji jakości życia jako konstruktu naukowego i przyjmowane jest podejście, że Badacze starają się raczej poddawać konceptualizacji owo pojęcie, biorąc wówczas pod uwagę przede wszystkim kontekst jego użycia oraz cel prowadzonych badań (Trzebiatowski, 2011, s. 26). Po raz pierwszy termin jakości życia pojawił się po drugiej wojnie światowej i miał charakter wyłącznie ekonomiczny (Wnuk i Marcinkowski, 2012) i oparty był na obiektywnych wskaźnikach warunków

materiałnych jednostki. Taka perspektywa jest jednak wysoce niewystarczająca, gdyż nie ujmuje psychologicznych aspektów dokonywania oceny przez osoby badane. Czapiński pokazuje, że perspektywa ekonomiczna pomiaru jakości życia oparta na dochodzie nie koresponduje z psychologiczną percepcją poczucia jakości życia (Czapiński, 1994). Pokazuje to konieczność rozszerzenia ekonomicznego (obiektywnego) modelu jakości życia o jego aspekt psychologiczny (subiektywny).

Jedną z pierwszych definicji ujmującą subiektywność pomiaru psychologicznego określa, że jakość życia składa się ze szczęścia i satysfakcji z życia (Dalkey, Lewis, Rourke, i Snyder, 1972). Definicja ta jednak z biegiem lat ulegała przebudowaniu. Campbell z kolei postulował, że jakość życia powinna zawierać w sobie ocenę konkretnych obszarów naszego życia, które kumulują się w zgeneralizowany wskaźnik (Campbell, 1981). To podejście wydaje się po pierwsze ujmować wielorakość aspektów jakości życia a po drugie możliwość wyliczenia jednego spójnego wskaźnika. Flanagan zauważa że poza wyróżnieniem obszarów jakości życia warto również dodać wagi poszczególnych obszarów pokazujące ważność wyróżnionych obszarów życia (Flanagan, 1982). Czapiński ujmując na przykład szczęście jako niezależny od jakości życia komponent, który jest wrodzony i stabilny (Czapiński, 1994), natomiast jakość życia jego zdaniem jest bardziej zależna od bieżącej oceny jednostki. Diener wraz z zespołem definiują z kolei dobrostan jako poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia (Diener, Kesebir, i Lucas, 2008). W oparciu o definicję jakości życia WHO wyodrębniono ważne obszary takie jak niezależność, zdrowie psychiczne i fizyczne, relacje z innymi ludźmi i środowisko (Saxena i Orley, 1997). Powyższe obszary wyróżnili w swoim pomiarze także Schallock i Keith konstruując swój kwestionariusz do pomiaru jakości życia (Schallock i Keith, 1993). Inne podejścia do jakości życia ukazują potrzebę zastosowania większej ilości obszarów a nie jedynie kilka najważniejszych (Ruževičius i Akranavičiūtė, 2007; Zdybek i Walczak, 2009).

Jak zauważa Krok psychologiczny aspekt jakości życia zawiera się w konstrukcie nazwanym dobrostanem psychicznym jednostki (Krok i Kubiec, 2013). W takim ujęciu pojęcie jakości życia (*quality of life*) i dobrostanu psychicznego (*well-being*) mogą być tożsame. Co więcej jakość życia badana w ujęciu psychologicznym zdaje się być bardziej poczuciem jakości życia (*the sense of the quality of life*) (Derbis, 2007; Kowalik, 2000). Powyższe definiowanie jakości życia i tradycja badania stanowi punkt wyjścia do zoperacjonalizowania tego konstruktu w bieżącym artykule. Zasadnym wydaje się ujęcie jakości życia w sensie psychologicznym jako poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia wyrażającą się poprzez ustosunkowanie się do określonych obszarów własnego życia wraz z ich subiektywną oceną. Dwa sposoby pomiaru jakości życia budzą szczególne zainteresowanie w prezentowanym artykule. Jest to pomiar zobiektywizowanych wskaźników jakości życia wraz z subiektywnymi

wagami przyznanymi przez osoby badane jak zakładał to Flanagan (1982), w kwestionariuszu KODP (Zdybek i Walczak, 2009). Drugim ujęciem jest określenie jakości życia z elementami wyróżnionymi obiektywnie zgodnie z definicją WHO. Operacjonalizacji takiej dokonano budując skalę QLQ (Juros, 1996; Schallock i Keith, 1993).

RÓŻNE PODEJŚCIA W DEFINIOWANIU JAKOŚCI ŻYCIA

Jakość życia jest definiowana w specyficznych kontekstach jak na przykład w pracy lub sytuacji jej braku (Derbis, 2000; Derbis i Baka, 2011; Kasprzak i Derbis, 1999), w kontekście międzykulturowym (Keith i Schallock, 2000), czy też w chorobie (Trzebiatowski, 2011). Obszar badań nad jakością życia w kontekście terapii uzależnień nawiązuje do pomiaru jakości życia w specyficznym kontekście stanu zdrowia osób badanych (Kowalik, Ratajska, i Szmaus, 2001). Badania relacji dochodów i jakości życia pokazują, że obiektywne wskaźniki nie korespondują z badaniem poczucia jakości życia i są raczej odrębnym konstruktem (Diener i Diener, 1996). Powszechnie uznawanym obiektywnym wskaźnikiem sukcesu terapii uzależnień (oczywiście nie jedynym) jest utrzymywanie abstynencji. Długość abstynencji jako wskaźnik obiektywny niekoniecznie musi korespondować z poczuciem poprawy jakości życia. Są to raczej dwa odrębne konstrukty, które należy monitorować niezależnie. Wskaźniki komponentowe jakości życia mają pewną zaletę nad pojedynczymi miarami, mianowicie dają wgląd w szczegółowe obszary jakości życia.

Czy potrzebne jest takie mnożenie komponentów jakości życia? Odpowiedź na to pytanie wymaga przeanalizowania ważnych argumentów. Każdy z pacjentów reprezentuje odrębny system wartości i odrębną historię własnego uzależnienia. Łatwo możemy sobie wyobrazić osobę, która ocenia, że głównym komponentem, który ucierpiał w jej życiu przez uzależnienie jest zdrowie, dla innych może to być rodzina, praca, relacje społeczne. Pomimo, że jakość życia kilku osób może mieć taki sam wskaźnik zagregowany to mogą się one zasadniczo różnić co do źródeł poczucia jakości życia. Daje to możliwość wglębnienia się charakter dość indywidualnych różnic w obszarach życia pacjentów.

Drugim argumentem są badania empiryczne. Ważną pracą weryfikującą komponentową budowę jakości życia jest metaanaliza, będąca podsumowaniem 122 badań poświęconych jakości życia, wykonanych łącznie na próbie $N=42171$ osobach badanych (DeNeve i Cooper, 1998). Autorzy weryfikują w powyższej metaanalizie wpływ wymiarów osobowości na subiektywnie odczuwany poziom jakości życia. Z powyższych badań wynika, że poczucie jakości życia nie jest jednolitym wskaźnikiem, ale może mieć wiele komponentów, a ważnymi w wyjaśnianiu jakości życia są czynniki środowiskowe takie jak zasoby naturalne, pozycja społeczna, pieniądze i zdrowie.

JAKOŚĆ ŻYCIA A UZALEŻNIENIE

Zażywanie substancji jest często powiązane z polepszeniem swojego samopoczucia i subiektywnego szczęścia. Ludzie korzystają z alkoholu i narkotyków aby czuć się szczęśliwsi albo cierpieć mniej (Stimmel, 1991). Niestety jest to złudzenie. Korzystanie z substancji psychoaktywnych powoduje efekt odwrotny – im więcej zażywa się substancji tym mniej jest się w stanie doświadczać szczęścia samodzielnie i w konsekwencji obniża się poczucie jakości życia (Peltzer i Pengpid, 2012). Wynika to wprost z założeń mechanizmów uzależnienia a szczególnie mechanizmu nałogowego regulowania uczuć, który upośledza umiejętność odczuwania i rozpoznawania własnych uczuć (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Samo zaprzestanie zażywania narkotyków lub alkoholu nie powoduje jednak polepszenia odczuwanej jakości życia. W początkowym okresie terapii jakość życia może wręcz ulec spadkowi, gdyż pacjenci konfrontują się z konsekwencjami swojej choroby. Podczas terapii pacjenci uczą się, że aby zdrowieć będą musieli utrzymywać abstynencję, radzić sobie z głodem alkoholowym, unikać relacji z dawnymi znajomymi, pracować nad polepszeniem relacji z rodziną lub pracodawcą. Świat osób uzależnionych ulega nieraz diametralną zmianą, znajomi z którymi dotychczas utrzymywali relacje w oparciu o picie alkoholu zazwyczaj nie są zainteresowani relacjami z nimi. Pacjenci dowiadują się o zagrożeniach pochodzących z ich środowiska zawodowego i domowego, co nie poprawia ich poczucia zadowolenia z tych obszarów. Pacjenci podczas leczenia dowiadują się także o wielu chorobach somatycznych na które cierpią co obniża ich poczucie zadowolenia z tego obszaru. Ważnym jest także zadowolenie z relacji rodzinnych, pacjenci mogą trafić na leczenie stacjonarne skłonieni kryzysem rodzinnym i poważnym pogorszeniem się stosunków z najbliższymi. Sytuacja finansowa, socjalna i zawodowa również może być pogorszona w wyniku rozwoju uzależnienia od alkoholu czy innych substancji.

SAMOOCENA A UZALEŻNIENIE

Samoocena jest ważnym konstruktem psychologicznym o charakterze regulacyjnym. Według Rosenberga ludzie mają różne postawy wobec różnych obiektów, a własne Ja jest jednym z tych obiektów. Samoocena to pozytywna lub negatywna postawa wobec Ja obejmująca emocje związane z Ja i sądy poznawcze na swój temat (Rosenberg, 1965). Według Rosenberga samoocena jest jednym, globalnym, całościowym wskaźnikiem oceny siebie. Powyższa definicja samooceny przyjęta została w tym artykule i będę się nią posługiwał operacjonalizując wskaźniki w badaniach. Jest jednak wiele innych podejść do definiowania samooceny, czego autorzy są świadomi (por. np. Adler 1930; Allport, 1937; Tafarodi i Swann, 2001; Blane i Crocker, 1993; Rosenberg, 1965; Wojciszke, 2003) – samoocena jest rozumiana przez niego jako afektywna reakcja człowieka na samego siebie i może

być zarówno chwilową oceną, jak i stałym sądem. Wysoka samoocena to przekonanie, że jest się „wystarczająco dobrym”, wartościowym człowiekiem, niska samoocena oznacza niezadowolenie z siebie, odrzucenie własnego Ja (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek i Dzwonkowska, 2007). Samoocena jest więc ważną zmienną mogącą obrazować degradujący proces zmian, do których prowadzi uzależnienie. Zgodnie z cytowanym wcześniej Integrycyjnym Modelem Psychoterapii Uzależnień u osób tych działają trzy rodzaje mechanizmów choroby (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Jednym z nich jest mechanizm rozdwojenia i rozproszenia Ja. Mechanizm ten opisuje zmiany w obrazie siebie pacjentów, a więc obejmuje także samoocenę. Uzależnieni doznają bardzo często stanu dysonansu rozumianego jako sprzeczne informacje o ich wartości. Pijąc alkohol lub przyjmując inne substancje oceniają się pozytywnie, natomiast konfrontując się z konsekwencjami ich przyjmowania i oceną środowiska zewnętrznego wystawiani są przeważnie na negatywną ocenę ich osoby. Prowadzi to do chronicznego wręcz procesu rozbieżności między realną wersją siebie a idealną wersją własnego Ja (Higgins, 1989). Prowadzi to do obniżenia samooceny lub zniekształcając realność jej oceny (mechanizmy iluzji i zaprzeczania; mechanizmy obronne). Badania prowadzone w Polsce potwierdzają, że obniżona samoocena jest jednym z częściej zgłaszanych problemów przez pacjentów w polskim systemie leczenia odwykowego (Kulka, Świątkiewicz i Zieliński, 1998). Samoocena jest komponentem budowy „triady depresji” Becka (Beck i Beamesderfer, 1974; Beck, Steer i Carbin, 1988) i jej wskaźniki nie powinny być bagatelizowane. Jej chroniczne zaniżenie spowodowane uzależnieniem, lub do niego prowadzące, może podwyższać prawdopodobieństwo obniżonego nastroju u pacjentów czy nawet stanów depresyjnych. Niektórzy badacze postulują też większą rolę stabilności samooceny niż jej poziomu (Johnson, 1998; Kernis i in. 1993), co wydaje się ciekawą kwestią również w samym procesie terapii. Osoby o wysokiej, ale niestabilnej samoocenie „walczą” o nią udowadniając sobie i otoczeniu, że są godni wysokiej pozycji. Natomiast osoby o wysokiej i średniej, ale stabilnej samoocenie, nie muszą angażować się w utrzymanie własnego obrazu siebie. Samoocena jest także swoistym socjomonitorem (*sociometer theory*), gdyż jej poziom jak pokazują autorzy owej koncepcji, obniża się wraz z pogorszeniem się relacji z innymi ludźmi (Leary i Baumeister, 2000; Leary i Kowalski, 1997). Prawdopodobnym jest, że to właśnie ten mechanizm pcha ludzi do odbudowywania nadszarpniętych relacji w ważnymi dla nas osobami. Z kolei teoria opanowania trwogi (Teror Management Theory) pokazuje, że samoocena może działać jak bufor chroniący nas w sytuacji konfrontacji z zagrożeniem śmiercią (Greenberg, Pyszczynski i Solomon, 1986). Ta fenomenalna zależność pomiędzy samooceną pokazuje, że konstrukct ten ma niebywały wpływ na nasze działania i jest ważnym predykatorem zachowań społecznych ludzi.

WSKAŹNIKI ZDROWIENIA PACJENTÓW

Uzależnienie jest wciąż poważną chorobą o niskim wskaźniku skuteczności terapii. Statystyki wielu zagranicznych programów badawczych pokazują skuteczność terapii (psychoterapii, farmakoterapii lub łączenia tych dwóch metod) opartą na utrzymywaniu abstynencji na poziomie 20-53% pacjentów utrzymujących abstynencję powyżej roku czasu (Chodkiewicz, 2012).

Polskie podejście do terapii uzależnień (szczególnie od alkoholu) oparte jest w znacznej mierze na koncepcji Integracyjnej Psychoterapii Uzależnień (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Koncepcja ta zakłada, że pacjent nie jest sam w stanie podjąć wystarczająco wcześnie decyzji o potrzebie leczenia. Pacjenci trafiający do polskiego leczenia odwykowego są w związku z tym inaczej zmotywowani do podjęcia leczenia (np. poprzez procedurę przymusowego podjęcia leczenia odwykowego praktykowaną w Polsce tylko w stosunku do pacjentów uzależnionych od alkoholu). Dlatego polskie dane mogą być bardziej miarodajne w planowaniu krajowych badań niż porównanie do wskaźników zdrowienia w innych krajach.

Badanie efektywności terapii uzależnień w Polsce wykonywano kilkakrotnie jako mniejsze badania i duże projekty obejmujące znaczne próbki pacjentów (Chodkiewicz, 2012; Mellibruda, 1997). Polskie badania wskazują na efektywność terapii na poziomie powyżej 40 % osób długotrwale utrzymujących abstynencję (Chodkiewicz, 2012; Mellibruda, 1997). Utrzymywanie długotrwałej abstynencji oznacza zazwyczaj całkowite niespożywanie substancji, od której pacjent jest uzależniony dłużej niż rok po zakończeniu terapii. Badania w których jedynym kryterium jest utrzymywanie abstynencji przez pacjentów są niewystarczające dlatego ujęcie wskaźników psychologicznych w tego typu badaniach może rzucić więcej światła na rozumienie procesów towarzyszących terapii uzależnień.

Równie ważnymi a niedocenianymi wskaźnikami zdrowienia w uzależnieniu mogą być poza abstynencją: spadek destruktywności uzależnienia (pomimo dalszego używania substancji pacjenci mogą mieć mniej problemów np. prawnych), zmniejszenie spożywania substancji, czy poprawa dobrostanu psychicznego, samooceny, poczucia szczęścia. Jak pokazują badania jednym z ważnych dla oceny efektów terapii jest wymiar jakości życia obrazujący zmianę na wielu płaszczyznach życia pacjentów. Dane z badań prowadzonych przez Chodkiewicza wskazują na pozytywną zmianę wskaźników jakości życia u pacjentów pod wpływem terapii (Chodkiewicz, 2012). Również samoocena jest ważnym wymiarem zdrowienia polskich pacjentów i jak pokazują badania jest ona istotnym czynnikiem w przewidywaniu ewentualnych nawrotów choroby (Kulka, Świątkiewicz i Zieliński, 1998).

CEL BADANIA I HIPOTEZY BADAWCZE

Celem podjętego programu badawczego jest zbadanie dynamiki zmian w poziomie jakości życia i samooceny u pacjentów w dwukrotnym pomiarze – na początku

i końcu pobytu w ośrodkach stacjonarnych. W polskim leczeniu odwykowym stosowany jest model leczenia oparty o koncepcję strategiczno-strukturalnej psychoterapii uzależnień (Mellibruda, 1997). Zadania terapeutyczne określane są w sposób zróżnicowany dla podstawowych etapów i tematów pracy psychoterapeutycznej. Jak pisze Mellibruda należą do nich następujące elementy: 1) etap rozpoczęcia procesu zdrowienia, 2) praca nad uznaniem własnego uzależnienia i powstrzymywaniem się od picia, 3) rozbrajanie mechanizmów uzależnienia i zapobieganie nawrotom, 4) praca nad zmianą zachowań i sytuacji społecznych pacjenta, 5) praca nad rozwiązywaniem problemów osobistych. Ośrodki stacjonarne w Polsce prowadząc maksymalnie 8 tygodniową terapię pracują zazwyczaj według powyższych etapów terapii podstawowej.

Efektywność terapii nie powinna być jedynym aspektem analizowanych zmian w procesie terapii. Abstynencja jako kryterium skuteczności terapii w chorobie nawrotowej jest ważnym estymatorem, ale nie pozwala zmierzyć psychologicznego procesu zmiany dokonującego się u pacjentów. Doświadczenie przez pacjentów nawrotu choroby po roku od zakończenia terapii nie oznacza braku poprawy w funkcjonowaniu psychologicznym pacjenta. Wobec powyższego ważnym wydaje się monitorowanie dynamiki zmian psychologicznych a nie tylko samej abstynencji pacjentów. W dotychczasowych badaniach uwzględniono stabilność efektów terapii po odstępie czasowym od jej zakończenia. W prezentowanych badaniach celem jednak będzie monitorowanie jakości życia i samooceny w trakcie oddziaływań terapeutycznych. Jest to o tyle ważne, że osoby kończące terapię stacjonarną często wracają do środowiska rodzinnego, niekiedy nie sprzyjającego trzeźwieniu i część efektów terapii ulega osłabieniu nie przez zastosowanie niewłaściwych metod terapeutycznych, ale przez niesprzyjające czynniki środowiskowe. Hipotezą weryfikowaną w niniejszym tekście jest założenie że (H1) pacjenci w początkowym stadium pobytu w ośrodku będą zgłaszać niższe poczucie jakości życia niż w końcowej fazie terapii (skala KO-ODP). (H2) Zakładane jest także zmniejszenie się niezadowolonia z obszarów jakości życia mierzonych przy pomocy alternatywnej skali (QLQ) w drugim pomiarze. (H3) Samoocena w drugim pomiarze wzrośnie w porównaniu do pierwszego pomiaru.

METODA

Osoby badane. W badaniu wzięło udział 216 pacjentów z trzech ośrodków terapii uzależnień. W grupie badawczej było 162 mężczyzn i 54 kobiety, w wieku od 21 do 70 roku życia. ($M=44.10$; $SD=11.04$). Osoby badane przystępowały dobrowolnie do badania podpisując zgodę i mogły przerwać udział w programie badawczym w każdej chwili. Wszyscy pacjenci brali udział w stacjonarnej terapii uzależnień (6-7 tygodniowej – w zależności od programu ośrodka lub potrzeby przedłużenia pobytu przez pacjenta) i ich główną diagnozą było uzależnienie od al-

koholu zgodnie z kryteriami ICD 10 (kod diagnostyczny F10.2). Spośród tej grupy 52 osoby nie ukończyły terapii a 164 osoby zakończyły terapię utrzymując abstynencję. Wskaźnik ukończenia samej terapii wyliczono na poziomie 75.92%. W analizach zmiany wskaźników jakości życia wzięto pod uwagę jedynie osoby, które ukończyły terapię. W badanej próbie osób uzależnionych $N=136$ osób było uzależnionych jedynie od alkoholu a $N=95$ od alkoholu i co najmniej jednej substancji psychoaktywnej lub zachowania (hazard patologiczny), brak jest danych trzech pacjentów. $N=19$ Pacjentów potwierdza, że ich żony lub mężowie (partnerzy / partnerki) korzystają z terapii własnej, 116 pacjentów deklaruje odpowiedź „nie” w tym pytaniu a $N=72$ deklaruje, że nie ma takiej osoby. Najwięcej pacjentów deklaruje bycie bezrobotnym ($N=123$ osoby), następnie plasują się osoby deklarujące bycie pracującymi ($N=53$ osoby), oraz bycie rencistą lub emerytem ($N=16$ osób) i pracę bez żadnej umowy ($N=16$ osób), $I=8$ osób nie udzieliło odpowiedzi. $N=128$ Osób deklaruje podjęcie terapii po raz pierwszy, pozostałe osoby podejmują terapię po raz kolejny (od drugiego do siódmego).

Procedura badania. Badanie przeprowadzono podczas pobytu pacjentów na oddziale stacjonarnym terapii uzależnień. Pacjenci byli w stabilnym stanie zdrowia somatycznego jak i psychicznego po pobycie na oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, jeśli było to konieczne. Badanie we wszystkich ośrodkach wykonywała ta sama osoba (niebędąca pracownikiem ośrodka) z zachowaniem wszelkich standardów indywidualnej zgody pacjentów na udział w badaniu i zgody ośrodka na wykonanie badania. Procedura taka zapewniła anonimowość osobom badanym oraz wykluczyła wpływ terapeutów na wyniki badania. Badanie przeprowadzane było grupowo w grupach od 6 do 12 pacjentów. Badacz pozostawał z osobami badanymi sam w sali i przedstawiał cel badania oraz narzędzia badawcze. Badanie było dobrowolne i wykonano je w pierwszym (pomiar pierwszy) i ostatnim tygodniu (pomiar drugi) leczenia w ośrodku stacjonarnym. Badanie miało podobny przebieg we wszystkich ośrodkach i trwało od 20 do 40 minut. Z badań wykluczono osoby o zaburzeniach w funkcjonowaniu poznawczym niemogące pisać lub czytać tekstu ze zrozumieniem.

Narzędzia badawcze. W badaniu użyto zamkniętych pytań metryczkowych dotyczących podstawowych informacji jak wiek, płeć, abstynencja od substancji, dane dotyczące diagnozy i pobytu w placówce leczniczej. Pacjenci na pięciostopniowej skali oceniali swoje zadowolenie z pracy z terapeutą indywidualnym, grupowym, ze społeczności pacjentów, warunków lokalowych, personelu ośrodka, lekarzy, związku intymnego i wsparcia bliskich w trzeźwieniu.

Ponadto użyto następujących standaryzowanych kwestionariuszy psychologicznych do pomiaru psychologicznych efektów terapii. Kwestionariusz Oceny Dobrostanu Psychicznego (Zdybek i Walczak, 2009), który daje moż-

liwość zbadania zadowolenia z życia w oparciu ważne obszary budujące poczucie jakości życia takie jak: edukacja i nauka; polityka i życie społeczne; przyjaciele i znajomi; religia; rodzina; rozrywka i rekreacja; zarabianie pieniędzy; zdrowie; życie seksualne; życie zawodowe i praca. Osoba badana najpierw porządkuje hierarchie jakości życia 10 obszarów a następnie dokonuje oceny zadowolenia z danego obszaru na pięciostopniowej skali Likerta. Daje to możliwość obliczenia wyniku uśrednionego jakości życia oraz średnią ważoną, gdzie najważniejsze obszary mają największy wkład w wynik ogólny skali subiektywnej oceny jakości życia. KODP posiada zadowalające parametry trafności i rzetelności (Zdybek i Walczak, 2009). Wykazano, że wskaźnik *alfa* Cronbacha dla całej badanej populacji ($N=758$) wyniósł $\alpha=.69$ a wynik średni polskiej populacji wyniósł $M=34.30$ ($SD=5.59$). Analiza rzetelności kwestionariusza przy użyciu danych własnych z bieżącego badania pokazuje poziom rzetelności mierzonej wskaźnikiem rzetelności *alfa* Cronbacha i wyniósł dla pomiaru pierwszego $\alpha=.65$ dla pomiaru drugiego $\alpha=.66$.

W badaniu użyto drugiej niezależnej skali mierzącej jakość życia rozumianej jako pewne zgeneralizowane poczucie kompetencji i oceny siebie (*Quality of Life Questionnaire*, Schalock i Keith, 1993). Elementy jakości życia wyróżnione przez Schalocka i Keitha mają naturę hierarchiczną i uporządkowaną. Autorzy wymieniają ważne sfery związane z jakością życia, które ujmują emocjonalną ocenę swojej sytuacji, relacje społeczne, sytuację materialną, zdrowie osób badanych możliwości rozwoju osobistego, możliwość kierowania własnym życiem i niezależność. : emocjonalna jakość życia, relacje interpersonalne; materialna jakość życia, Rozwój osobisty (*Personal development*), fizyczna jakość życia (*physical well-being*), samodeterminacja (*self-determination*), integracja społeczna (*social inclusion*) i posiadanie praw/niezależność (*rights*). Oryginalna skala QLQ (Schalock i Keith, 1993) została zaadoptowana do polskich warunków i posiada zadowalające parametry psychometryczne (Juros, 1996). Kwestionariusz w polskiej adaptacji zawiera 40 pozycji ocenianych na 3 stopniowej skali pogrupowanych w cztery podskale: 1) zadowolenie, jest to skala opisująca emocjonalną i subiektywną ocenę własnego życia, 2) umiejętności (i produktywność) – jest zadowoleniem z przygotowania do pracy, samej pracy, umiejętności zawodowych, wynagrodzenia, relacji z ludźmi w pracy i rozwoju, 3) integracja – opisuje wymiar możliwości przynależności do społeczności i relacji międzyludzkich oraz związków intymnych, 4) niezależność – opisuje wymiar możliwości samodzielnego działania i podejmowania decyzji dotyczących samego siebie. Minimalny wynik dla każdego z wymiarów to 10 a maksymalny to 30. Najniższy wynik wskaźnika ogólnego to 40 a najwyższy 120. Rzetelność mierzona wskaźnikiem *alfa* Cronbacha w badaniach (Oleś, 2010) waha się od $\alpha=.86$ do $\alpha=.90$. Analiza rzetelności kwestionariusza przy użyciu danych własnych pokazuje następujące poziomy rzetelności: QLQ wynik ogólny pomiar pierwszego $\alpha=.85$; pomiar drugi

$\alpha=.83$. Wskaźniki rzetelności dla podskal wynoszą: 1) Zadowolenie pomiar 1 $\alpha=.75$, pomiar 2 $\alpha=.79$; 2) Umiejętności pomiar 1 $\alpha=.67$, pomiar 2 $\alpha=.78$; 3) Integracja pomiar 1 $\alpha=.62$, pomiar 2 $\alpha=.74$; 4) Niezależność pomiar 1 $\alpha=.67$, pomiar 2 $\alpha=.67$. Odpowiedzi w tej skali kodowane są odwrotnie, tzn. im wyższy wskaźnik tym wyższe niezadowolenie z życia osoby badanej.

W celu pomiaru zgeneralizowanej samooceny użyto kwestionariusza samo opisu opracowanego oryginalnie przez Rosenberga (*Self Esteem Scale*) (Rosenberg, 1965). W badaniu użyto polskiej adaptacji skali SES, która charakteryzuje się wysoką trafnością i rzetelnością (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek i Dzwonkowska, 2007). Wartość współczynnika rzetelności polskiej wersji metody w różnych grupach waha się od $\alpha=.81$ do $\alpha=.83$, wynik średni wynosi $M=29.49$ ($SD=4.29$). Analiza trafności teoretycznej pokazała natomiast zgodną z teorią strukturę skali i dobre dopasowanie modelu do uzyskanych danych. Analiza rzetelności kwestionariusza przy użyciu danych własnych pokazuje zadowalający poziom rzetelności mierzony wskaźnikiem Cronbacha w pomiarze 1 $\alpha=.68$ i pomiarze 2 $\alpha=.76$.

WYNIKI

W celu zweryfikowania efektów terapii wykonano porównania typu pre-test post-test dla prób zależnych. Tabela 1 prezentuje różnice pomiędzy wymiarami jakości życia wyodrębnionymi ze skali OLQ (Schalock i Keith, 1993). Do raportowania istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami wybrano parametryczny test t dla prób zależnych lub test F Fishera. Wielkość efektów podana została przy pomocy wskaźników η^2 , d i d Cohena zalecanych do raportowania prób zależnych (Cumming, 2013; Cohen, 1977; Cohen, 1998; Cohen, 2008). Choć wskaźniki te bywają krytykowane, to nie ma jednej pozbawionej wad statystyki obrazującej siłę efektu (Lakens, 2013) a poziom istotności p jest niewystarczający do wnioskowania statystycznego (Cohen, 1977, 1998, 2008). Tradycyjnie wielkość efektu d Cohena powyżej $d=.80$ uznaje się za silną zależność, $d=.50$ za średnią a poniżej $d=.20$ za słabą (Cohen, 1977).

W analizach kontrolowano zmienną związaną z 1) możliwymi różnicami pomiędzy pacjentami, którzy ukończyli i nie ukończyli terapii w początkowym poziomie wskaźników: KODP WO ($F=.48$; $p>.05$), KODP WW ($F=.01$; $p>.05$), QLQ WO ($F=.82$; $p>.05$), SES ($F=.94$; $p>.05$). 2) Również nie wykryto różnic w zakresie pacjentów uzależnionych od alkoholu i innych substancji lub zachowań w zakresie poziomu wskaźników na początku terapii: KODP WO ($F=1.17$; $p>.05$), KODP WW ($F=.29$; $p>.05$), QLQ WO ($F=.82$; $p>.05$), SES ($F=1.22$; $p>.05$). Co zaskakujące uczestniczenie w terapii własnej partnerów/partnerek/mężów/żon osób uzależnionych również nie różnicowało wyników pierwszego pomiaru jakości życia: ($F=2.20$; $p>.05$), KODP WW ($F=.64$; $p>.05$), QLQ WO ($F=.19$; $p>.05$), SES ($F=.42$; $p>.05$). Także płeć różnicowała wyniki różnic pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem w niewielkim stopniu (analizy wykonano w modelu ANOVA z powtórzonym pomiarem ze zmienną niezależną płeć): efekty interakcji płeć \times pomiar KODP WO ($F=.52$; $p>.05$), KODP WW ($F=.01$; $p>.05$), QLQ WO ($F=1.40$; $p>.05$). W zależnościach związanych z interakcją płci i pomiaru a samoocenie wykryto istotną interakcję ($F=23.57$; $p<.001$; $\eta^2=0.13$), efekt główny pomiaru ($F=72.68$; $p<.05$; $\eta^2=.31$) i nieistotny efekt główny płci ($F=1.24$; $p>.05$; $\eta^2=.01$). Znacząco silniejszym jest efekt główny związany z pomiarem przed i po zakończeniu terapii a obraz różnic międzypleciowych koresponduje z wynikami uzyskanymi wcześniej przez badaczy (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek i Dzwonkowska, 2007). Można zatem przyjąć, że powyższe czynniki nie różnicowały badanych konstruktów i nie jest koniecznym ujmowanie ich w dalszych analizach.

Wyniki pokazane w Tabeli 1 prezentują polepszenie się wskaźników poczucia jakości życia mierzonych jako wynik ogólny (WO) i podskal: integracja i zadowolenie. Odnotowano natomiast obniżenie się poczucia niezależności pacjentów po terapii.

Kolejna analiza obrazuje różnice w poziomie jakości życia z wyszczególnieniem wybranych obszarów jakości życia badanych poprzez skalę KODP (zob. Tabela 2). Skala to pokazuje inne podejście do mierzenia jakości życia opartą o wybrane obszary życia osób badanych. Za-

Tabela 1
Różnice w poziomie niezadowolenia z jakości życia pacjentów w pierwszym i ostatnim tygodniu terapii z użyciem skali jakości życia QLQ

	Przed terapią		Po terapii		t	d Cohena
	M	SD	M	SD		
QLQ	2.23	.19	2.44	.21	11.04***	1.04
Zadowolenie	2.04	.30	2.50	.36	14.48***	1.38
Umiejętności	2.25	.33	2.22	.29	.90	-.09
Niezależność	2.65	.23	2.39	.35	8.30***	-.87
Integracja	1.98	.26	2.71	.20	26.77***	3.14

Oznaczono następujące poziomy istotności statystycznej: * $p<.05$; *** $p<.001$

Tabela 2
Różnice w poziomie jakości życia pacjentów w pierwszym i ostatnim tygodniu terapii mierzone przy pomocy KODP

Wskaźniki ogólne jakości życia (KODP)	Przed terapią		Po terapii		t	dav Cohena
	M	SD	M	SD		
Wskaźnik ogólny	52.60	7.21	54.81	7.45	-2.49*	.30
Subiektywny wskaźnik ważony	30.44	4.72	31.69	5.48	-2.45*	.25
Obszary KODP:						
Edukacja, nauka	2.77	.98	3.16	.80	-4.36***	.44
Polityka, życie społeczne	2.21	.92	2.60	.89	-3.93***	.43
Przyjaciele, znajomi	3.33	.78	3.37	.73	-.51	.05
Religia	3.06	1.02	3.00	.98	.56	.06
Rodzina	3.61	1.29	3.96	.94	-2.86*	.31
Rozrywka, rekreacja	3.12	.98	3.26	.94	-1.40	.15
Zarabianie pieniędzy	2.97	1.02	3.00	1.14	-.21	.03
Zdrowie	3.26	.94	3.75	.82	-5.28***	.56
Życie seksualne	3.22	1.01	3.25	1.01	-.24	.03
Życie zawodowe, praca	2.91	1.03	3.07	1.17	-1.47	.15

Oznaczone następujące poziomy istotności statystycznej: * $p < .05$; *** $p < .001$

równy we wskaźniku ogólnym jakości życia mierzonym przez KODP, jak i ważonym wykazano istotne polepszenie się jakości życia po terapii. Również polepszeniu uległy cztery obszary szczegółowe: 1) edukacja, nauka, 2) polityka, życie społeczne, 3) rodzina, 4) zdrowie.

Wyniki pokazane w Tabeli 2 pokazują ogólne polepszenie się wskaźników jakości życia mierzonych jako wynik ogólny KODP oraz wskaźnik ważony, uwzględniający wagę obszarów dla każdej osoby badanej. Szczegółowe obszary skali KODP pokazują zróżnicowane zmiany w poziomach pierwszego i drugiego pomiaru.

Dodatkowe wskaźniki zdrowienia pokazują wzrost samooceny jako krótkoterminowy efekt terapii, oraz wzrost

poczucia wsparcia ze strony lekarzy wraz z trwaniem terapii. Ciekawe w wynikach jest także to, że prezentowane wskaźniki zadowolenia w Tabeli 3 mają wysokie wyniki (powyżej $M=4.05$) na 5 stopniowej skali pomiarowej. Oznacza to, że zadowolenie z poniższych wymiarów jest być może tak wysokie, że nie może wzrosnąć („efekt sufitu”). Tabela 3 prezentuje różnice w pomiarze samooceny i pozostałych wskaźników u pacjentów przed i po ukończeniu terapii.

Wyniki pomiaru samooceny pokazują wzrost wskaźnika w drugim pomiarze, jak również wzrasta też ocena wsparcia lekarzy.

Tabela 3
Różnice w pomiarze efektów terapii w zakresie samooceny, pozostałych wskaźnikach zdrowienia i oceny placówki

Wskaźniki ogólne jakości życia (KODP)	Przed terapią		Po terapii		t	dav Cohena
	M	SD	M	SD		
Skala samooceny SES	27.22	3.79	28.44	3.51	1.81*	.33
Zadowolenie ze związku	4.13	.82	4.17	.80	.37	.05
Ocena wsparcia bliskich	4.13	.97	4.44	.79	1.41	.35
Ocena wsparcia lekarzy	4.05	.85	4.26	.99	2.13*	.23
Wsparcie ośrodka	4.54	.70	4.54	.67	.03	.00
Warunki lokalowe	4.63	.62	4.67	.53	.71	.07
Społeczeństwo pacjentów	4.31	.75	4.26	.84	.69	.06
Terapeuta grupowy	4.62	.59	4.64	.59	.38	.03
Terapeuta indywidualny	4.58	.60	4.68	.59	1.59	.17

Oznaczone następujące poziomy istotności statystycznej: * $p < .05$; *** $p < .001$

DYSKUSJA WYNIKÓW

Opisane badania wykonane zostały na specyficznej populacji pacjentów z nierównym rozkładem płci, co odzwierciedla jednak populację pacjentów podejmujących terapię w ośrodkach stacjonarnych. W większości są to mężczyźni, uzależnieni od alkoholu i leczeni w stacjonarnym, intensywnym programie terapii uzależnień, który trwa 6-7 tygodni. Wyniki pozwalają na wyciągnięcie kilku wniosków.

Po ukończeniu przez pacjentów terapii zanotowano wzrost wskaźnika jakości życia mierzonego jako ocena zadowolenia z obszarów życiowych. Pokazuje to, że programy oparte na pomiarze psychologicznych aspektów zmiany w terapii uzależnień wnoszą ciekawą perspektywę do badań (por. Chodkiewicz, 2012). Poprawę zanotowano zarówno w wyniku ogólnym poczucia jakości życia, jak i wskaźnikach ważonych (w zależności od subiektywnej ważności danego obszaru dla pacjenta) skali KODP (Zdybek i Walczak, 2009). Statystyczne wskaźniki siły efektów pokazują jednak co najwyżej średnie efekty. Poprawie uległy wskaźniki pokazujące zadowolenie ze zdrowia, polityki i życia społecznego, rodziny, edukacji i nauki. Oznacza to prawdopodobnie, że osoby badane w trakcie terapii miały szansę odbudować część relacji z bliskimi i znajomymi, co jest w pewnym sensie jednym z celów programu terapii (por. Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Zwiększeniu ulega także zadowolenie ze zdrowia, związane jest to ze wspomaganiami utrzymywania abstynencji i poprawą zdrowia somatycznego oraz zapewne z pracą terapeutyczną podejmowaną przez pacjentów nad swoim zdrowiem psychicznym. Również interesująca jest poprawa zadowolenia z polityki i życia społecznego, co jest ważne szczególnie w aspekcie ewentualnego wsparcia uzyskiwanego od innych osób dalszej części zdrowienia. Takie wsparcie bliskich i społeczności lokalne może być niezwykle ważne, co pokazują inne badania z obszaru zdrowia psychicznego (por. Norris i Kaniasty, 1996). Zapewne odwiedziny rodziny i przyjaciół w ośrodkach dają szansę skonfliktowanym pacjentom na odbudowanie relacji i pogodzenie się z bliskimi. Jest bardzo ważny wskaźnik pokazujący przyszłe zasoby pacjentów w trzeźwieniu (relacje wspierające rozumiane są tu jako zasoby psychologiczne). Prawdopodobne plany związane z dalszym rozwojem i edukacją również zdają się poprawiać i pokazują prawdopodobnie dalsze plany pacjentów i optymistyczną wizję ich realizacji. Badania jakościowe jako dalszy etap mogły by pomóc zrozumieć lepiej znaczenie uzyskanych wyników.

Terapia ma na celu między innymi uświadomienie pacjentom istoty ich choroby i rozpoczęcie zdrowienia. Pomimo powyższych wskaźników jakości życia pacjentów mierzonych kwestionariuszem KODP, brak zmian w pozostałych siedmiu obszarach pokazuje, że prawdopodobnie tak krótki okres czasu nie wystarcza, aby badani zmienili coś w innych obszarach. Część tych zmian dokonać może się dopiero po opuszczeniu ośrodka i kontynuowaniu terapii (część pacjentów jednak prawdopodobnie

nie będzie kontynuowała leczenia w warunkach ambulatoryjnych co znacznie może wpłynąć na skrócenie się czasu utrzymywania abstynencji). Nie zanotowano zmian w obszarze relacji z przyjaciółmi, co może być powiązane ze zbyt krótkim czasem, ale także z koniecznością odsunięcia się od osób zagrażających jako zalecenie terapeutyczne (por. Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Pokazywać może to okres przejściowy, gdzie pacjenci zdają sobie sprawę z konieczności zerwania kontaktów z częścią przyjaciół i znajomych, ale nie wytworzyli jeszcze zadowolającej nowej sieci wsparcia. Kluczowym zatem dla trwałej zmiany w tym obszarze może być wsparcie poradni w kontynuacji leczenia po pobycie w ośrodku stacjonarnym. Brak zmian w praktykach religijnych pacjentów może pokazywać, że w ośrodkach wciąż ważnym jest praca nad życiem duchowym, tak jak postrzega to pacjent (także w oparciu o wiarę/praktyki religijne). Tego typu zmian trudno jednak oczekiwać po tak krótkim okresie leczenia stacjonarnego. Obszar rekreacji nie pokazuje zmian, co może oznaczać, że obszar ten wymaga intensywnej pracy tak aby nauczyć pacjentów nowych zdrowszych modeli odpoczynku i spędzania czasu wolnego. Brak zmian w obszarze życia zawodowego i zarabiania pieniędzy spowodowany jest prawdopodobnie pobytem w ośrodku stacjonarnym i koniecznością niejako „zamrożenia” aktywności zawodowej (jeśli takowa była) Prawdopodobnie kolejne tygodnie i miesiące pokazać mogą czy taka zmiana nastąpiła. Ostatni obszar to życie seksualne, ośrodek stacjonarny nie daje możliwości odbudowania tego obszaru swojego życia (wręcz byłoby to niewskazane) dlatego prawdopodobnie pacjenci będą mogli ocenić zmiany w tym obszarze po zakończeniu terapii stacjonarnej i wracając do społeczeństwa. Otwartym pozostaje pytanie na ile wzrost jakości życia okaże się stabilny, jeśli pacjenci nie utrzymają abstynencji i nie będą kontynuowali leczenia.

Samoocena globalna pacjentów również zwiększyła się w sposób istotny statystycznie co oznacza, że proces odbudowy obrazu siebie podczas terapii przebiegał zgodnie z założonym kierunkiem. Jest to ważne gdyż uzależnieni doznają pewnego rodzaju stygmatyzacji, która w innych chorobach psychicznych może stanowić pewną barierę w odbudowie samooceny (Link i in., 2001). Pacjenci utrzymując abstynencję zwiększają także globalną ocenę siebie samych. Samoocena jako wskaźnik zdrowia jest bardzo ważnym wymiarem, który pokazuje kondycję psychiczną osób badanych, oraz może chronić osoby badane przed przyszłymi negatywnymi zdarzeniami zgodnie z teorią opanowania trwogi (Greenberg, Pyszczynski i Solomon, 1986).

Wyniki pokazują spadek niezadowolenia z jakości życia mierzonego kwestionariuszem QLQ a miara siły efektu pokazuje, że jest to bardzo silna zależność. Ogólny wskaźnik skali QLQ pokazuje znaczny spadek w negatywności oceny jakości życia pacjentów. Analiza podskal tego narzędzia badawczego pokazuje jednak mniej optymistyczne wyniki. Podskale zadowolenia i integracji pokazują obniżenie się niezadowolenia z tych aspektów

jakości życia. Wskaźnik integracji pokazuje, że pacjenci prawdopodobnie zaczynają odczuwać, że są częścią społeczności pacjentów, która może być dla nich wsparciem w zdrowieniu. Jednakże, spadek niezależności pacjentów jest ciekawym wynikiem przeczącym ogólnemu pozytywnemu wpływowi terapii. Interpretacja tych danych może być taka, że ogólnie poprawie ulega jakość życia się to jednak naturalne w tak wczesnej fazie terapii. Pacjenci dowiadują się o chorobie, która wymagać będzie od nich sporo ograniczeń i kontynuowania terapii.

Terapia w ośrodku stacjonarnym jest zaledwie początkiem terapii, a 6-7 tygodni to zbyt mało na wielowymiarowy wzrost jakości życia (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). W trakcie terapii częścią programu jest konfrontacja pacjentów z konsekwencjami uzależnienia w ich życiu, a to może mieć negatywny wpływ na część szczegółowych wskaźników jakości życia. Brak oznak zmiany we wszystkich wskaźnikach jakości życia może pokazywać, że terapia rozpoczęła pewnego rodzaju proces przebudowy psychicznej pacjentów, który się jeszcze nie zakończył. Możemy porównać zdrowienie psychiczne do procesu zgodnego z teorią dezintegracji pozytywnej (Dąbrowski, 1979). Proces leczenia zakłada początkową konfrontację z chorobą i „rozbija świat iluzji pacjenta”. Warunkiem zintegrowania się nowej, zdrowszej struktury psychicznej jest więc na początku dezintegracja. Kwestionariusz QLQ (Juros, 1996) bada dość ogólne poczucie jakości życia, KODP (Zdybek i Walczak, 2009), natomiast to bardzo konkretne obszary. Terapia być może więc pomaga pacjentom odnieść się do poprawy tych konkretnych obszarów, ale zanim struktura osobowości i ogólne poczucie jakości życia się odbuduje pacjent powinien prawdopodobnie zakończyć pełną – dwuletnią terapię uzależnienia.

OGRANICZENIA BADANIA

Podsumowując, badania pokazują dość ciekawą dynamikę poprawy wskaźników jakości życia rozumianych jako konkretne obszary i spadek generalnego wskaźnika jakości życia. Projekt ma jednak swoje ograniczenia. Próba badawcza jest próbą trafną ekologicznie w sensie przekroju pacjentów. Wiele zmiennych jest jednak w tej próbie nierównych (np. odsetek kobiet i mężczyzn). Wymagałoby to zaprojektowania badania randomizowanego z kontrolą płci oraz zastosowaniem grupy kontrolnej. Badania wykonano w krótkim przedziale czasowym (6-8 tygodni) a rozbudowanie programu o pomiar po 6 czy 12 miesiącach wzbogaciłoby uzyskane dane. Badanie oparto na wybranych dwóch skalach jakości życia i samoocenie oraz innych wskaźnikach. Rozbudowanie pomiaru o kolejne zmienne pokazałoby dynamikę zmian na innych wymiarach. Problemem w tego typu badaniach są też często problemy poznawcze wynikające z efektów uzależnienia. Część pacjentów ze zmianami organicznymi uniemożliwiającyymi wypełnienie kwestionariuszy nie uwzględniono w tym projekcie badawczym.

Kolejnym ograniczeniem badań jest pomiar wskaźników w trakcie terapii, bez pełnego monitorowania efektów terapii po zakończeniu leczenia przez pacjentów. Próbką badawczą pacjentów obejmuje kilka ośrodków o dość podobnym programie intensywnej terapii uzależnień. Dane pochodzące z innych ośrodków o dłuższym czasie trwania terapii mogłyby uzupełnić obraz, choć niewątpliwie trudniej byłoby porównać wyniki badań ze względu na inny program leczenia ośrodków długoterminowych często opartych na społeczności terapeutycznej a nie na edukacji i terapii.

*

Autorzy pragną podziękować za umożliwienie przeprowadzenia badań: Wojewódzkiemu Ośrodkowi Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia w Opolu, Ośrodkowi Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych, Samodzielnemu Wojewódzkiemu Szpitalowi dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Branicach, Szpitalowi Wojewódzkiemu im. św. Łukasza w Tarnowie i Pani Bernadecie Rybińskiej za pomoc w zebraniu części danych.

LITERATURA

- Adler, A. (1930). *Understanding human nature*. New York: Greenberg.
- Allport, G.W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Beck, A.T., Beamesderfer, A. (1974). *Assessment of depression: the depression inventory*. Bazylea: Karger Publishers.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 1, 77-100.
- Beck, A.T., Chodkiewicz, J., Witkowska, J. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Blaine, B., Crocker, J. (1993). Self-esteem and self-serving biases in reactions to positive and negative events: An integrative review. W: R.F. Baumeister (red.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (s. 55-85). New York: Plenum.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Chodkiewicz, J. (2012). *Odbić się od dna?: rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York: Academic. Rev. ed.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2 wyd.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, B. (2008). *Explaining psychological statistics* (3 wyd.). New York: John Wiley & Sons.
- Cumming, G. (2013). *Understanding the new statistics: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis*. New York: Routledge.
- Czapiński, J. (1994). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

- Dalkey, N.C., Lewis, R., Rourke, D.L., Snyder, D. (1972). *Studies in the quality of life*. Lexington: DC Heath and Company.
- Dąbrowski, K. (1979). *Dezintegracja pozytywna*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- DeNeve, K.M., Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 2, 197.
- Denzin, N.K. (1993). *The alcoholic society: Addiction and recovery of the self*. New York: Routledge.
- Derbis, R. (2000). *Doświadczenie codzienności: poczucie jakości życia, swoboda działania, odpowiedzialność, wartości osób bezrobotnych*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Derbis, R. (2007). Poczucie jakości życia a zjawiska afektywne. W: S. Kowalik (red.), *Spoleczne konteksty jakości życia* (s. 13-52). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSG.
- Derbis, R., Baka, Ł. (2011). Znaczenie wsparcia społecznego i zaangażowania w pracę dla związku stresorów w pracy i wypalenia zawodowego. *Czasopismo Psychologiczne*, 17, 2, 277-287.
- Diener, E., Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 3, 181-185.
- Diener, E., Kesebir, P., Lucas, R. (2008). Benefits of accounts of well-being – for societies and for psychological Science. *Applied Psychology*, 57, 1, 37-53.
- Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 2, 56-59.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. W: R.E Baumeister (red.), *Public self and private self* (s. 189-212). New York: Springer-Verlag.
- Higgins, E.T. (1989). Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer? *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 93-136.
- ICD-10: *International statistical classification of diseases and related health problems*. (2011). Geneva: World Health Organization.
- Jelinek, E. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: College and University Press.
- Johnson, M. (1998). Self-esteem stability: the importance of basic self-esteem and competence strivings for the stability of global self-esteem. *European Journal of Personality*, 12, 2, 103-116.
- Juros, A. (1996). *Kwestionariusz poczucia jakości życia – QLQ. Wersja eksperymentalna*. Lublin: FSCEDS.
- Kaczmarczyk, I. (2008). *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce: alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć*. Warszawa: „Eneteia” – Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Kasprzak, E., Derbis, R. (1999). Miejsce zamieszkania a poczucie jakości życia osób bezrobotnych. *Forum Psychologiczne*, 1, 45-59.
- Keith, K.D., Schalock, R.L. (2000). *Cross-cultural perspectives on quality of life*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Kernis, M.H., Cornell, D.P., Sun, C.-R., Berry, A., Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: the importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 6, 1190.
- Kowalik, S. (2000). Jakość życia psychicznego. W: R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia* (s. 11-32). Częstochowa: Wydawnictwo WSP. Lykken, D.
- Kowalik, S., Ratajska, A., Szmaus, A.W. (2001). poszukiwanie nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. W: L. Woowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 15-29). Poznań: Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Krok, D., Kubiec, W. (2013). Dobrostan psychiczny i wizerunek ciała u kobiet po mastektomii i ich córek. W: D. Krok, A. Bronowicka (red.), *Jednostka i religia w relacjach społecznych: księdzu profesorowi Józefowi Królowi in memoriam. Człowiek, Rodzina, Społeczeństwo*, 23, 139-166. Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Kulka, Z., Świątkiewicz, G., Zieliński, A. (1998). Psychiczne i somatyczne predyktory nawrotów picia alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 32, 321-329.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863.
- Laudet, A.B., Morgen, K., White, W.L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24, 1-2, 33-73.
- Leary, M.R., Baumeister, R.F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 32, 1-62.
- Leary, M.R., Kowalski, R.M. (1997). *Social anxiety*. New York: Guilford Press.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J.C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 12, 1621-1626.
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga-polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2, 4, 164-176.
- Mellibruda, J. (1997). Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 307-324.
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień: teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Norris, F.H., Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 3, 498.
- Oleś, M. (2010). Jakość życia u dzieci i młodzieży – przegląd metod pomiaru. *Przegląd Psychologiczny*, 53, 2, 211-238.
- Papuć, E. (2011). Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*, 12, 2, 141-45.
- Peltzer, K., Pengpid, S. (2012). Alcohol use and health-related quality of life among hospital outpatients in South Africa. *Alcohol and Alcoholism*, 47, 3, 291-295. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags001>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

- Ruževičius, J., Akranavičiūtė, D. (2007). Quality of life and its components' measurement. *Inžinerinė Ekonomika Engineering Economics*, 2, 43-48.
- Saxena, S., Orley, J. (1997). Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12, 263-266.
- Schalock, R.L., Keith, K.D. (1993). *Quality of life questionnaire*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- Stimmel, B. (1991). *The facts about drug use: Coping with drugs and alcohol in your family, at work, in your community*. New York: Consumer Reports Books.
- Tafarodi, R.W., Swann Jr, W.B. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31, 5, 653-673.
- Trzebiatowski, J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych—systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46, 1, 25-31.
- Wnuk, M., Marcinkowski, J.T. (2012). Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93, 1, 21-25.
- Wojciszke, B. (2003). *Człowiek wśród ludzi: zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Woronowicz, B. T. (2009). *Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań – Warszawa: Media Rodzina Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Zdybek, P., Walczak, R. (2009). Badania nad rzetelnością i trafnością Kwestionariusza Oceny Dobrostanu Psychicznego. W: A. Oleszkowicz, P. Zdybek (red.), *Psychologia ilości, psychologia jakości. Uzupełniające się spojrzenia* (s. 103-120). Wrocław: Atut.