

Iwona Niewiadomska
Beata Maria Nowak
Dorota Reczek

Obraz zmian u osób uzależnionych w trakcie więziennej psychoterapii uzależnień

The Image of Changes in Addicted Individuals During Prison Psychotherapy for Addictions

Alkohol jest najpopularniejszą substancją psychoaktywną¹, a zaburzenia związane z jego używaniem należą do najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych. Z badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że na zaburzenia używania alkoholu (picie szkodliwe i uzależnienie) cierpi ponad 2,5 mln Polaków². Według danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej ok. 30% osób odbywających karę pozbawienia wolności to osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych. Wiadomo, że uzależnienie od alkoholu niesie wielowymiarowe i nasilające się konsekwencje, stąd ważne jest skuteczne przeciwdziałanie zaburzeniu oraz skuteczne jego leczenie. Przyjmuje się, że zasadniczą metodą leczenia jest psychoterapia uzależnień, w trakcie której następuje stopniowy powrót do zdrowia uzależnionej jednostki. We „Wprowadzeniu” do artykułu zawarte zostały dane statystyczne, które obrazują skalę zjawiska uzależnienia od alkoholu w Polsce i podkreślają wagę problematyki. W dalszej kolejności przedstawiony jest przegląd podejść terapeutycznych stosowanych w leczeniu odwykowym oraz opis zmian następujących u osób uzależnionych w toku terapii w ujęciu Transteoretycznego Modelu Zmiany (TTM) Prochaska i DiClemante³. Przytoczone zostały wyniki badań empirycznych związanych z przebiegiem terapii osób uzależnionych

¹ J. Sierosławski, M. Sierosławski, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w Krakowie w 2019 r.*, Pracownia Badań i Inicjatyw Społecznych, Warszawa 2020.

² WHO. *Global status report on alcohol and health 2018*. (dostęp: 21.04.2023).

³ J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006, s. 564-592.

od alkoholu oraz odniesienie do doświadczeń klinicznych i nakreślenie dalszych kierunków badań naukowych.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, więzienie, terapia uzależnień, motywacja do zmiany, zmiany w trakcie zdrowienia.

Alcohol is the most popular psychoactive substance and disorders related to its use are among the most common mental disorders. The research of the World Health Organization (WHO) shows that over 2.5 million Poles suffer from alcohol use disorders (harmful drinking and addiction). According to the data of the Central Board of the Prison Service, approximately 30% of people serving a prison sentence are addicted to psychoactive substances. It is known that alcohol dependence has multidimensional and escalating consequences, hence the importance of effective prevention of the disorder and its effective treatment. It is assumed that the main method of treatment is addiction psychotherapy, during which the addicted person gradually recovers. The introduction to the article includes statistical data that illustrate the scale of alcohol addiction in Poland and emphasize the importance of the issues addressed by the authors. Next, an overview of therapeutic approaches used in drug addiction treatment and a description of the changes occurring in addicts in the course of therapy in terms of the Transtheoretical Model of Change (TTM) by Prochaska and DiClemante are presented. The results of empirical research related to the course of therapy of people addicted to alcohol were quoted, together with a reference to clinical experience and outlining further directions of scientific research.

Key words: alcohol dependence, addiction therapy, prison, motivation to change, changes during recovery.

Wprowadzenie

Uzasadnienie dla stosowania terapii uzależnień w zakładach karnych stanowią dwie ważne przesłanki: pierwsza o charakterze prawnym, zaś druga odnosząca się do stanu faktycznego.

Podstawę prawną stosowania terapii uzależnień wobec osób, które popełniły przestępstwo jest art. 67 § 1. kkw⁴, który wskazuje, że wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzenie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanego postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa. Do osiągnięcia tego celu powinny być wykorzystywane działania resocjalizacyjne wymienione w jest art. 67 § 3 Kodeksu karnego wykonawczego, wśród których literalnie wymieniono stosowanie środków terapeutycznych.

Uzasadnienie faktyczne dotyczy natomiast liczby osadzonych, u których występuje syndrom uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Według danych podawanych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej w populacji więźniów co najmniej 30% to osoby uzależnione⁵.

Zgodnie z brzmieniem przepisu art. 96 kkw skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo, uzależnieni od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz skazani za przestępstwa z art. 197-203 Kodeksu karnego wykonawczego, u których zdiagnozowano występowanie zaburzenia preferencji seksualnych, odbywają karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym. W polskich zakładach karnych i aresztach śledczych funkcjonują oddziały terapeutyczne dla skazanych uzależnionych od alkoholu (33 jednostki)⁶ i oddziały terapeutyczne dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych (17 jednostek)⁷.

W ramach więziennej terapii uzależnień prowadzone są różnego rodzaju działania mające na celu doprowadzenie do korzystnych zmian w funkcjonowaniu jej uczestników⁸. Zarówno dla osób poddawanych terapii, jak również dla specjalistów odpowiedzialnych za proces terapii uzależnienia ważne jest określenie, na jakim etapie motywacji do używania substancji psychoaktywnych znajdują się poszczególni uczestnicy. Próba odpowiedzi na to pytanie jest zawarta w Transteoretycznym Modelu

⁴ Ustawa z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 1997 r., Nr 90, poz. 557).

⁵ E. Krakowska, *Oddziaływania wobec więźniów z problemem alkoholowym*, „Serwis Służby Więziennej” 2023, <https://sw.gov.pl> (dostęp: 27.04.2023).

⁶ E. Krakowska, *Oddziaływania wobec więźniów z problemem alkoholowym*, „Serwis Służby Więziennej” 2023, <https://sw.gov.pl> (dostęp: 27.04.2023).

⁷ A. Kapała, *W walce z uzależnieniem*, „Serwis Służby Więziennej” 2023, <https://sw.gov.pl> (dostęp: 27.04.2023).

⁸ I. Niewiadomska, *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2007.

Zmiany (*Transtheoretical Model of Change*, TTM) zaproponowanym przez J. Prochaskę i C. DiClemente⁹. Ważną przesłanką do wyjaśniania zachowań uczestników więziennej terapii uzależnień na gruncie TTM jest to, że analizowany model zmiany jest jedną z najczęściej cytowanych teorii zmian zachowań zdrowotnych i odgrywa znaczącą rolę w tworzeniu współczesnych wytycznych dla praktyki klinicznej¹⁰.

1. Obraz możliwych zmian pacjenta proponowany przez TTM w trakcie trwania oraz po zakończeniu więziennej psychoterapii uzależnień

J. Prochaska i C. DiClemente zwracają uwagę na stadia zmiany, które określają jako „specyficzną konstelację postaw, intencji i zachowań związanych określonym miejscem jednostki w cyklu zmiany”. W modelu TTM modyfikacja postępowania (np. zaprzestanie picia, podjęcie abstynencji lub redukcja innych zachowań problemowych) odbywa się fazowo i przebiega w 5 stadiach: prekontemplacji, kontemplacji, przygotowania, działania i podtrzymania (utrwalania). Szósta faza rozwiązywania nie jest dostępna dla osób uzależnionych ze względu na charakter samego zaburzenia i związane z nim nawroty picia.

Poniżej przedstawiono charakterystykę każdego z etapów zmiany następujących w toku psychoterapii uzależnień zgodnie z ujęciem TTM^{11 12}.

Faza 1. Stadium prekontemplacji (precontemplation stage). Nie ma tu intencji zmiany zachowania (podjęcia abstynencji) w dającej się przewidzieć przyszłości. Uzależniony na tym etapie nie uświadamia sobie swoich problemów. Zwykle czuje się zmuszony do zmiany przez różne życiowe okoliczności. Stadium prekontemplacji cechuje: niewiedza, nieświadomość problemu, nierozpoznawanie symptomów, niedostrzeżenie problematyczności czy destrukcyjności swojego zachowania oraz

⁹ J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006, s. 564-592.

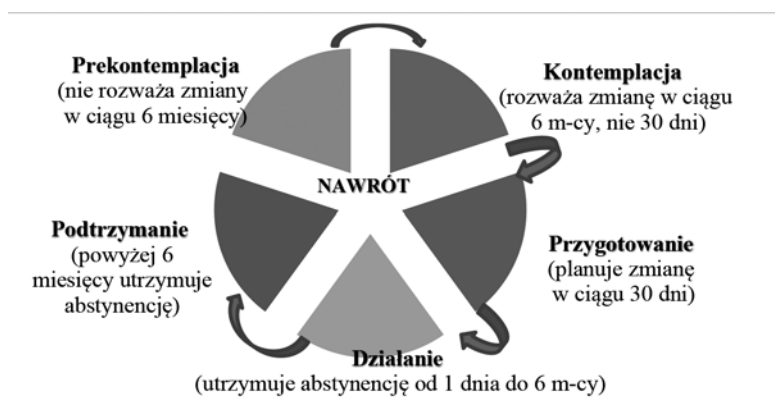
¹⁰ G.J. Connors, C.C. DiClemente, M.M. Velasquez., D.M. Donovan, *Etapy zmiany w terapii uzależnień. Wybór i planowanie interwencji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.

¹¹ J. O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006, s. 568-571.

¹² M. Spada, *Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu problemowego picia. Podręcznik terapeuty*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2019, s. 61-62.

konieczności zmiany, brak namysłu nad nią, zaprzeczanie niepowodzeniom lub przypisywanie ich przyczyn czynnikom niezależnym od osoby, lokowanie źródeł objawów poza sobą. Jednostki podejmujące terapię w tej fazie zwykle są do tego przymuszane przez innych bądź robią to, odczuwając dokuczliwy już dla nich dyskomfort w związku z przeżywanymi objawami. Prekontemplacja to etap, na którym nie ma zamiaru zmiany zachowania w dającej się przewidzieć przyszłości a widocznymi na tym etapie mechanizmami obronnymi jest wyparcie i zaprzeczanie.

Ryc. 1 Transteoretyczny Model Motywacji do Zmiany (opracowanie D. Reczek)¹³



Faza 2. Stadium kontemplacji (contemplation stage). Stadium kontemplacji towarzyszą z jednej strony: namysł, dostrzeżenie braku kontroli nad zachodzącymi w osobie procesami, rozważanie zmiany swojego zachowania w ciągu najbliższych 6 miesięcy i jednocześnie ambiwalencja co do podjęcia zmiany – wstępny zamiar zmiany zachowania przy jednoczesnym braku pełnej gotowości do podjęcia działań. Możliwa jest na tym etapie pułapka chronicznej kontemplacji – refleksji bez podejmowania jakiegokolwiek aktywności. Faza ta może zakończyć się albo cofnięciem się do stadium prekontemplacji, albo uznaniem swojego problemu, co stanowi punkt wyjścia do przejścia do następnej fazy. Kontemplacja to etap, na którym pacjenci są świadomi istnienia problemu i poważnie myślą o jego rozwiązaniu, lecz nie zobowiązali się jeszcze do podjęcia

¹³ D. Reczek, *Motywacja do zmiany jako mediator związku między dystrybucją zasobów psychospołecznych a przystosowaniem osobistym mężczyzn uzależnionych od alkoholu* (praca doktorska), archiwum KUL 2022.

działań. Osoby kontemplujące zmagają się ze swoimi pozytywnymi ocenami własnego dysfunkcyjnego zachowania oraz z ilością wysiłku, energii i strat, jakie będą kosztem ich pokonania. Poważne rozważanie kwestii rozwiązania problemu jest centralnym elementem tego stadium. Wiadomo gdzie się chce iść, lecz nie jest się jeszcze gotowym, aby to zrobić.

Faza 3. Przygotowania do zmiany (preparation). Wążąc trudności, ale i dostrzegając więcej korzyści z modyfikacji niż kontynuowania dotychczasowych zachowań, jednostka wzmacnia przekonanie, że musi coś zmienić w swoim życiu. Zaczyna planować te zmiany w ciągu najbliższego miesiąca, stawiając sobie konkretne cele i priorytety oraz szukając konkretnych sposobów wprowadzenia nowych zachowań. Przygotowanie to etap, w którym osoby zamierzają podjąć działania w następnym miesiącu i zgłaszają pewne niewielkie zmiany w postępowaniu („małe kroki”). Choć dokonały pewnego ograniczenia w swoich problemowych zachowaniach, to na etapie przygotowania nie osiągnęły jeszcze wyznacznika skutecznego działania. Stadium przygotowania łączy kryteria intencji i zachowania.

Faza 4. Faktyczne działania (action stage). Faza ta obejmuje zwykle pierwszych 6 miesięcy od chwili zaprzestania zachowania problemowego; w niej zachodzi wprowadzanie w życie wybranej strategii zmiany. Oznacza to poważne modyfikacje stylu życia uzależnionego – próbowanie nowych zachowań, wprowadzanie modyfikacji w sposobie pełnienia ról i radzenia sobie z emocjami. Ważne staje się monitorowanie zmian i umiejętność modyfikowania zachowań w zależności od pojawiających się trudności, a także rozpoznanie i interwencja w trudnościach, które mogą się pojawić, gdy osoba po zaprzestaniu destrukcyjnych zachowań skonfrontuje się z dotychczas unikanyymi problemami. Działanie to etap, na którym jednostki modyfikują swoje postępowanie, doświadczenia i/lub środowisko, aby przezwyciężyć problemy. Wiąże się z najbardziej jawnymi zmianami zachowania i wymaga znacznego zaangażowania czasu i energii. Osoby są klasyfikowane na etapie działania, jeśli skutecznie zmieniły dysfunkcyjny sposób bycia na okres od 1 dnia do 6 miesięcy. Zaczynają też być świadome zagrożeń, które mogą udaremnić podjęte aktywności i cele bez względu na to, czy zagrożenia te będą miały charakter poznawczy (oczekiwania dotyczące złamania abstynencji), behawioralny (pozornie nieistotne decyzje), emocjonalny (nasilenie stresu lub depresji) czy wreszcie środowiskowy (brak wsparcia ze strony rodziny).

Faza 5. Podtrzymywanie zmiany (maintenance stage). Charakterystyczne jest tu kontynuowanie działań na rzecz utrwalenia transformacji,

powtarzanie nowych, konstruktywnych zachowań i sposobów funkcjonowania oraz ich przemiana w utrwalane nawyki (choć na tym etapie mogą pojawić się sygnały nawrotu destrukcyjnych zachowań). Podtrzymanie to etap, na którym ludzie pracują, aby zapobiec nawrotom i utrwalić korzyści osiągnięte podczas działania. Pozostawanie wolnym od problemu i/lub konsekwentne angażowanie się w nowe sposoby postępowania przez ponad 6 miesięcy to kryteria etapu podtrzymania.

Autorzy modelu zakładają, że osoba nałogowo pijąca przechodzi kilka stadiów w drodze do zmiany zachowania (prekontemplacja, kontemplacja, przygotowanie, działanie i podtrzymanie). Każda kolejna faza charakteryzuje się wzrostem motywacji do modyfikacji postępowania. Model transteoretyczny to spirala, która umożliwia przejście od prekontemplacji i kontemplacji przez przygotowanie i działanie do stadium podtrzymania (gdzie kolejne piętro spirali oznacza głębszą eksplorację i konfrontację z własnymi trudnościami), lecz wiele osób uzależnionych miewa nawroty i cofa się do wcześniejszego etapu. W przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnych nawrót jest raczej regułą niż wyjątkiem¹⁴. A rozwiązanie problemu (faza podtrzymania) następuje wówczas, kiedy dana osoba nie odczuwa już chęci używania substancji psychoaktywnych, nie podejmuje zachowań ryzykownych, by powrócić do problemów i nie musi już czynić ciągłych wysiłków, żeby uniknąć nawrotu. Aby osiągnąć cel, jakim jest trwała zmiana, ludzie przechodzą przez tzw. koło zmiany zwykle od 3 do 7 razy, co w przypadku pacjentów uzależnionych trwa przeciętnie około 2 lat¹⁵.

2. Implikacje praktyczne wynikające ze stosowania Transteoretycznego Modelu Zmiany w więziennej psychoterapii uzależnień

W zakresie implikacji praktycznych należy podkreślić kilka kwestii. Po pierwsze, znajomość i rozumienie charakterystyki stadiów zmiany i procesów użytecznych w tych etapach pozwala dostosować odpowiednie

¹⁴ L. Cierpiałkowska, J. Chodkiewicz, *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.

¹⁵ M. Kucińska, *Motywowanie ku zmianie*, [w:] K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wydawnictwo Jedność 2010, s. 160-166.

działania terapeutyczne do wynikających z tego faktu potrzeb. Na gruncie literatury przedmiotu jest podkreślany fakt, że motywacja do zmiany nie jest dostarczana z zewnątrz, lecz jest czynnikiem, który należy wydobyć i wzmocnić w trakcie terapii. Kluczową rolę przypisuje się właściwemu mierzeniu motywacji do zmiany oraz określeniu jej związku z modyfikacją zachowania pacjentów uzależnionych¹⁶. W rozpoznaniu stadium zmiany, w jakim aktualnie znajduje się pacjent pomocą, służą konkretne narzędzia. Na gruncie polskim może to być kwestionariusz *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)*¹⁷ w tłumaczeniu D. Reczek. Metoda ta w grupie 155 mężczyzn uzależnionych od alkoholu uzyskała dobre wstępne właściwości psychometryczne¹⁸.

Po drugie, zaproponowane ujęcie zmiany w TTM stwarza możliwość walidacji czynników powiązanych z zakładanymi zmianami w trakcie terapii. Mianowicie, autorzy modelu wykazywali związek między stadium zmiany, w jakim znajdowały się osoby w chwili rozpoczęcia terapii, a efektywnością prowadzonych działań terapeutycznych. Analiza stadium zmiany charakteryzującego pacjenta w trakcie rozpoczęcia leczenia pozwala przewidzieć jego postępy: rok po zakończeniu terapii abstynencją utrzymywało 22% osób, które rozpoczęły walkę z nałogiem w stadium prekontemplacji, 43% w fazie kontemplacji i 76% – na etapie stadium przygotowania i działania. Inne wyniki badań wskazywały, że odwołanie się do stadiów i procesów zmiany według modelu TTM umożliwia rozpoznanie 93% spośród osób przerywających terapię. Wśród nich największą liczbę (40%) stanowili pacjenci w fazie prekontemplacji. Szybko przerywało terapię 20% klientów w stadium działania, przy czym przyczyny rezygnacji z leczenia w tej grupie uznano za uzasadnione. Terapię kontynuowały osoby znajdujące się w stadium kontemplacji¹⁹. W innych badaniach stwierdzono, że osoby z wysoką motywacją do zmiany zachowań związanych z alkoholem, w porównaniu z jednostkami z niską motywacją do zmiany, bardziej negatywnie oceniały konsekwencje picia. Natomiast osoby pozostające na niskim poziomie gotowości do modyfikacji

¹⁶ R.R. Tambling, L.N. Johnson, *Predictive validity of the R-URICA*. "Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice" 2019, nr 92(3), s. 407-421.

¹⁷ C.C. DiClemente, S.O. Hughes, (1990). *Stages of change profiles in alcoholism treatment*. "Journal of Substance Abuse" 1990, nr 2, s. 217-235.

¹⁸ D. Reczek, *Motywacja do zmiany jako mediator związku między dystrybucją zasobów psychospołecznych a przystosowaniem osobistym mężczyzn uzależnionych od alkoholu* (praca doktorska), archiwum KUL 2022.

¹⁹ J. O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006, s. 564-592.

funkcjonowania przypisywały konsekwencje czemuś innemu niż alkohol i/lub minimalizowały jego skutki²⁰.

Po trzecie, Transteoretyczny Model Zmiany jest użyteczny w dostosowaniu form terapii do potrzeb jej uczestników. Twórcy modelu zaznaczają, że terapia ukierunkowana na działanie może być skuteczna w przypadku osób znajdujących się na etapie przygotowywania zmiany i jej wdrażania. Ten sam program może być nieskuteczny (lub wręcz szkodliwy) w odniesieniu do osób w stadium prekontemplacji i kontemplacji.²¹ W literaturze przedmiotu przedstawiono metaanalizę 39 badań, obejmujących 8 238 pacjentów korzystających z psychoterapii, w celu oceny powiązania między zdolnością pacjentów znajdujących się w poszczególnych etapach zmiany z przewidywaniami wyników psychoterapii. Stwierdzono istotne statystycznie powiązania między wymienionymi powyżej czynnikami. Zauważono też, że postępy pacjentów w trakcie terapii zazwyczaj stanowią funkcje etapu zmiany, który poprzedzał aktualne leczenie²². Za tym, że motywacja jest zmienną, którą można kształtować poprzez oddziaływania terapeutyczne, przemawiają badania Yeh i współpracowników²³. Badali oni skuteczność programu psychoedukacyjnego we wzmacnianiu motywacji do zmiany nałogowych zachowań. Grupę badawczą stanowili pacjenci uzależnieni od alkoholu, poddawani leczeniu. Grupa eksperymentalna wykazała znacznie większy wzrost rozpoznawalności i ambiwalencji wobec problemu w porównaniu z grupą kontrolną. Wyniki nie tylko pokazały, że program psychoedukacyjny skutecznie wzmacniał motywację pacjentów do zmiany ich zachowania w zakresie picia, lecz także zapewnił personelowi klinicznemu praktyczne metody, za pomocą których można zwiększyć ich motywację. Zgodnie z transteoretycznym modelem zmian, wyniki analiz empirycznych pozwalają również na stwierdzenie, że większość strategii terapii poznawczo-behawioralnej jest adekwatna dla stadium motywacji działania, dialog motywujący jest skuteczny także w fazie prekontemplacji, podejście 12 kroków wydaje się przynosić lepsze efekty w przypadku osób, które nie miały wsparcia

²⁰ J.E. Merrill, H.K. Boyle, A.K. Stevens, K.M. Jackson, R. Miranda Jr, K.B. Carey, *Real-time and next-morning correlates of subjective alcohol consequence evaluations*. "Psychology of Addictive Behaviors" 2022.

²¹ J. O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006, s. 574

²² J.C. Norcross, P.M. Krebs, J.O. Prochaska, *Stages of change*. "Journal of Clinical Psychology" 2011, nr 67(2), s. 143-154; doi: 10.1002/jclp.20758.

²³ M.Y. Yeh, T.H. Tung, F.F. Horng, S.C. Sung, *Effectiveness of a psychoeducational programme in enhancing motivation to change alcohol-addictive behaviour*. "Journal of clinical nursing" 2017, nr 26(21-22), s. 3724-3733.

ze strony rodziny czy znajomych²⁴. Skupienie się na uporczywym i restrykcyjnym unikaniu spożywania alkoholu byłoby szkodliwe dla pacjentów, ponieważ na wczesnych etapach zmiany mogą nie być w stanie poradzić sobie z podstawowymi konfliktami emocjonalnymi związanymi z używaniem etanolu²⁵. Krótkie interwencje motywacyjne, przeprowadzane na wczesnym etapie obserwacji, są istotnym narzędziem zwiększającym motywację pacjenta do zmiany. Ponadto w kilku badaniach podkreślono, że wykorzystanie programu motywacyjnego może prowadzić do wyższego prawdopodobieństwa długotrwałego utrzymania abstynencji²⁶.

Po czwarte, model TTM ma charakter kołowy, a nie linearny, co uwzględnia zjawisko nawrotów oraz cofania się motywacji do zmiany. Nawrót w ujęciu modelu J. Prochaski i C. DiClemente jest rozumiany jako wznowienie nieprzystosowanych zachowań. Tak pojmowany może nastąpić na każdym etapie procesu zmiany i skutkować powrotem pacjenta do wcześniejszych stadiów. Jednocześnie wystąpienie nawrotu może być okazją do ponownej samooceny, uczenia się na błędach oraz weryfikacji zastosowanych procedur i może być pomocne w podjęciu ponownej zmiany zachowania²⁷. Badania dowodzą, że w procesie zmiany zdarzają się sytuacje, że ktoś przechodzi z sukcesem cały cykl, jednak większość osób wraca do starych zachowań i wcześniejszych stadiów zmiany. Mimo doświadczania nawrotu, osoby zazwyczaj nie cofają się do pierwszej fazy cyklu zmian. Tylko ok. 15% ludzi w sytuacji nawrotu wycofuje się z działania lub podtrzymania do prekontemplacji, a większość wraca do stadium kontemplacji²⁸.

Po piąte, badania potwierdzają, że motywacja do zmiany odgrywa istotną rolę w ukończeniu terapii przez osoby uzależnione. Wyniki analiz empirycznych skłaniają do wniosku, że jednostki kończące terapię ambulatoryjną charakteryzują się na początku leczenia: większym nastawieniem na działanie, wyższym poczuciem zagrożenia, spostrzeganiem

²⁴ W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

²⁵ R.C. Schlauch, R.L. Christensen, J.L. Derrick, C.A. Crane, R.L. Collins, *Individual Differences in Approach and Avoidance Inclinations Moderate the Effect of Self-Control Depletion on Ad-Lib Drinking*. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 2015, nr 39(12), s. 2480-2488.

²⁶ D. Bachiller, L. Grau-López, C. Barral, C. Daigre, C. Alberich, L. Rodríguez-Cintas, C. Roncero, *Motivational interviewing group at inpatient detoxification, its influence in maintaining abstinence and treatment retention after discharge*. "Adicciones" 2015, nr 27(2), s. 109-118.

²⁷ L. Cierpiałkowska, J. Chodkiewicz, *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020, s. 330.

²⁸ R.R. Tambling, L.N. Johnson, *Predictive validity of the R-URICA*. "Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice" 2019, nr 92(3), s. 407-421.

większej liczby ujemnych stron picia, bardziej korzystnym bilansem decyzyjnym, większym ukierunkowaniem na utrzymywanie pełnej abstynencji oraz większym zaufaniem do siebie w kwestii możliwości osiągnięcia celu. Stwierdzone prawidłowości uzasadniają zatem potrzebę diagnozowania motywacji pacjentów zgłaszających się do placówek odwykowych oraz zindywidualizowania procesu terapii w aspekcie motywacji występującej u leczących się jednostek²⁹.

Dla przykładu można podać wyniki analiz empirycznych dotyczących zależności między poszczególnymi stadiami motywacyjnymi (etapami zmiany) a przystosowaniem osobistym mężczyzn uczestniczących w terapii³⁰. W zrealizowanym projekcie grupę badawczą stanowiło 155 mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Średni czas trwania abstynencji badanych wyniósł blisko 21 miesięcy a okres terapii powyżej 16 miesięcy. Przystosowanie osobiste zdefiniowane zostało za Rotterem jako zdolność do efektywnego radzenia sobie z trudnościami oraz nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji z innymi, przy jednoczesnym braku występowania symptomów psychopatologicznych³¹. Uzyskano następujące wskaźniki α -Cronbacha dla każdej z podskal kwestionariusza *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)*³² w tłumaczeniu D. Reczek: prekontemplacja – 0,742; kontemplacja – 0,809; działanie – 0,845; podtrzymanie – 0,812. Już na etapie analiz statystycznych wyników pilotażu (analiza korelacji metodą r Pearsona) potwierdzono, że wyższa motywacja do działania na rzecz zmiany współwystępuje z lepszym funkcjonowaniem przystosowawczym mężczyzn uzależnionych od alkoholu. W badaniach właściwych wykonano analizę regresji liniowej, w której istotnymi predyktorami w wyjaśnianiu przystosowania osobistego uzależnionych od alkoholu mężczyzn okazały się być motywacja podtrzymanie ($beta = -0,37, p = 0,007$) oraz motywacja działanie ($beta = -0,32, p = 0,045$)³³. Uzyskane w analizie regresyjnej wyniki oznaczają,

²⁹ J. Chodkiewicz, *Motywacja do leczenia i utrzymywania abstynencji a ukończenie terapii przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania” 2013, nr 26(2), s.119-136.

³⁰ D. Reczek, *Motywacja do zmiany jako mediator związku między dystrybucją zasobów psychospołecznych a przystosowaniem osobistym mężczyzn uzależnionych od alkoholu* (praca doktorska), archiwum KUL 2022.

³¹ A. Jaworowska, A. Matczak, *RISB Test Niedokończonych Zdań Rottera*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2008.

³² C.C. DiClemente, S.O. Hughes, *Stages of change profiles in alcoholism treatment*, “Journal of Substance Abuse” 1990, nr 2, s. 217-235.

³³ Ze względu na konstrukcję narzędzia RISB Juliana Rottera (gdzie wskaźnik najwyższy oznacza nieprzystosowanie), wyniki analizy uwzględniają związki między etapami motywacyjnymi zmiany a nieprzystosowaniem badanych.

że wysoka motywacja zarówno w zakresie realizowania planu zmiany tj. podjęcia i utrzymywania abstynencji (stadium działania), jak i zachowań podtrzymujących długotrwałą abstynencję oraz zapobiegających nawrotom picia (motywacyjne stadium podtrzymania zmiany), wiąże się z lepszym przystosowawczym funkcjonowaniem uzależnionych mężczyzn rozumianym jako efektywne radzenie sobie z trudnościami oraz nawiązywanie i trzymywanie satysfakcjonujących relacji z innymi oraz brak występowania symptomów psychopatologicznych³⁴.

Wnioski końcowe

Zaprezentowany w artykule Transteoretyczny Model Zmiany ujmuje psychoterapię jako proces mający swoje etapy oparty o odpowiadające im cele i sposoby oddziaływań oraz skutkujący konkretnymi efektami. Ujęcie stanowi wynik metaanaliz 16 systemów terapeutycznych oraz wieloletnich analiz przypadków osób usiłujących zmodyfikować swoje destrukcyjne zachowanie. Model zakłada, że zmiana zachowania (np. zaprzestanie picia, podjęcie abstynencji lub redukcja innych zachowań problemowych) odbywa się fazowo. W przypadku osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym od alkoholu, proces przejścia od picia do utrwalonego niepicia przebiega przez pięć stadiów zmiany: prekontemplacji, kontemplacji, przygotowania, działania i podtrzymania.

Zgodnie z ujęciem transteoretycznym, u uczestników psychoterapii uzależnień można zaobserwować różne zmiany motywacyjne: od redukcji mechanizmów obronnych (głównie zaprzeczenia i wyparcia), poprzez coraz większe urealnienie problemu, aż do przyjęcia odpowiedzialności za siebie i swoje zdrowienie. Dlatego określenie właściwego stadium zmiany osoby trafiającej na terapię odwykową oraz dostosowanie do tego stadium właściwych metod oddziaływania terapeutycznego, zwiększa szansę na osiągnięcie zakładanych celów terapeutycznych. Przedstawiony wniosek koresponduje z wynikami badań dotyczącymi skuteczności terapii, w których stwierdzono, że efektywność oddziaływań terapeutycznych zwiększają takie czynniki, jak³⁵:

³⁴ D. Reczek, *Motywacja do zmiany jako mediator związku między dystrybucją zasobów psychospołecznych a przystosowaniem osobistym mężczyzn uzależnionych od alkoholu* (praca doktorska), archiwum KUL 2022.

³⁵ J. Fudała, *Poza paradygmatem abstynencji. Ograniczenie picia jako cel terapii*. Wydawnictwo Remedium, Warszawa 2017.

- diagnozowanie pacjenta pod względem stadium zmiany, w jakim się znajduje;
- dostosowanie do tej fazy właściwych procesów terapeutycznych;
- dobranie technik do realizacji procesów terapeutycznych i potrzeb pacjenta na określonym etapie zmiany.

Bibliografia

- Chodkiewicz J. *Motywacja do leczenia i utrzymywania abstynencji a ukończenie terapii przez mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania” 2013, nr 26(2).
- Chodkiewicz J., Gąsior K. *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu*. Wydawnictwo Diffin, Warszawa 2013.
- Cierpiałkowska L. Chodkiewicz J. *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.
- Connors G.J., DiClemente C.C., Velasquez M.M., Donovan D.M., *Etapy zmiany w terapii uzależnień. Wybór i planowanie interwencji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.
- Bachiller D., Grau-López L., Barral C., Daigre C., Alberich C., Rodríguez-Cintas L., Roncero C. *Motivational interviewing group at inpatient detoxification, its influence in maintaining abstinence and treatment retention after discharge*. “Adicciones” 2015, nr 27(2).
- DiClemente C.C., Hughes S.O., *Stages of change profiles in alcoholism treatment*, “Journal of Substance Abuse” 1990, nr 2.
- Fudała J. *Poza paradygmatem abstynencji. Ograniczenie picia jako cel terapii*. Wydawnictwo Remedium, Warszawa 2017.
- Jaworowska A., Matczak A. *RISB Test Niedokończonych Zdań Rottera*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2008.
- Kucińska M., *Motywowanie ku zmianie*, [w:] K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.). *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wydawnictwo Jedność 2010.
- Merrill J.E., Boyle H.K., Stevens A.K., Jackson K.M., Miranda Jr R., Carey K.B., *Real-time and next-morning correlates of subjective alcohol consequence evaluations*. “Psychology of Addictive Behaviors” 2022.
- Miller W.R., Rollnick S., *Dialog motywujący. Jak pomoc ludziom w zmianie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Niewiadomska I., *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2007.
- Norcross J.C., Krebs P.M., Prochaska J.O., *Stages of change*. “Journal of Clinical Psychology” 2011, nr 67(2), s. 143–154; doi: 10.1002/jclp.20758.
- Prochaska J.O., Norcross J.C., *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006.
- Schlauch R.C., Christensen R.L., Derrick J. L., Crane C. A., Collins R. L. *Individual Differences in Approach and Avoidance Inclinations Moderate the Effect of*

Self-Control Depletion on Ad-Lib Drinking. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 2015, nr 39(12).

Reczek D. *Motywacja do zmiany jako mediator związku między dystrybucją zasobów psychospołecznych a przystosowaniem osobistym mężczyzn uzależnionych od alkoholu* (praca doktorska), archiwum KUL 2022.

Sierosławski J., Sierosławski M., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w Krakowie w 2019 r.*, Pracownia Badań i Inicjatyw Społecznych, Warszawa 2020.

Spada M. *Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu problemowego picia. Podręcznik terapeuty*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2019.

Tambling R.R., Johnson L.N., *Predictive validity of the R-URICA*. "Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice" 2019, nr 92(3).

Yeh M.Y., Tung T.H., Horng F.F., Sung S.C. *Effectiveness of a psychoeducational programme in enhancing motivation to change alcohol-addictive behaviour*. "Journal of clinical nursing" 2017, nr 26(21-22).

Akty prawne:

Ustawa z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557).

Źródła internetowe:

Kapała A., *W walce z uzależnieniem*, „Serwis Służby Więziennej” 2023, <https://sw.gov.pl> dostęp: 27.04.2023).

Krakowska, E. *Oddziaływania wobec więźniów z problemem alkoholowym*, „Serwis Służby Więziennej” 2023. <https://sw.gov.pl> (dostęp: 27.04.2023).

Norcross J. C., Krebs P. M., Prochaska J. O. *Stages of change*, "Journal of Clinical Psychology 2011", nr 67(2), doi: 10.1002/jclp.20758

WHO (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> (dostęp: 21.04.2023).

