

ALEKSANDRA RADOŃ¹ROBERT MODRZYŃSKI²¹Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Katedra Psychoprofilaktyki Społecznej

²Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii

e-mail: modrzynski.robert@gmail.com

STRATEGIA REDUKCJI SZKÓD W TERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU. ZASTOSOWANIE TEORII ZACHOWANIA ZASOBÓW

HARM REDUCTION STRATEGY IN THE TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENT
PERSONS. APPLICATION OF CONSERVATION OF RESOURCES THEORY

STRESZCZENIE

W badaniach nad skutecznością terapii uzależnień coraz częściej zwraca się uwagę na czynniki wpływające na proces zdrowienia osób uzależnionych od alkoholu. Głównym obszarem zainteresowań wśród badaczy zajmujących się problematyką uzależnienia od alkoholu jest zdolność do utrzymywania abstynencji. Celem tej publikacji jest zaprezentowanie teorii Dystrybucji Zasobów S. Hobfoll'a (HOBFOLL, 2006), jako alternatywnej koncepcji rozumienia uzależnienia od alkoholu oraz odpowiedź na pytanie badawcze czy i w jaki sposób na podstawie dynamiki zasobów można przewidywać abstynencję. Wyniki przeprowadzonych badań, wskazują, że istnieje istotnie statystyczny związek między dynamiką zasobów a utrzymaniem abstynencji.

SŁOWA KLUCZOWE: terapia uzależnień, redukcja szkód.

ABSTRACT

IN research on the effectiveness of addiction therapy, attention is increasingly drawn to factors affecting the recovery process of alcohol addicts. The main area of interest among researchers dealing with the problem of alcohol dependence is the ability to maintain abstinence. The main goal of this publication is to present the theory of the Distribution of Resources by S. Hobfoll (HOBFOLL, 2006) as an alternative concept of understanding alcohol dependence and the answer to the research question: on the grounds of the dynamics of resources, whether and how can abstinence be predicted. Research results shows that connection between distribution of resources and ability to maintain abstinence exists.

KEY WORDS: addiction therapy, harm reduction.

WSTĘP

DIAGNOZA i terapia uzależnień jest procesem w którym motywacja Pacjenta odgrywa szczególną rolę. Motywacja do pracy nad sobą i nad swoim uzależnieniem daje początek walki z chorobą jaką jest alkoholizm. Praca pacjenta, terapeuty i zespołu specjalistów, którzy towarzyszą w zdrowieniu jest podstawowym elementem procesu leczenia. Istotną rolę pełni też wsparcie rodziny i społeczeństwa. Motywacja, wsparcie społeczne, dostęp do specjalistycznej pomocy, w psychologii mogą zostać określone jako zasoby. Szerzej o adaptacyjnym znaczeniu tych zasobów, w kontekście doświadczania stresu mówi Teoria Dystrybucji Zasobów (HOBFOLL, 2006).

Artykuł ten podejmuje zagadnienie dystrybucji zasobów w kontekście nieznanego jeszcze i alternatywnej dla tradycyjnych metod leczenia, strategii redukcji szkód w uzależnieniu od alkoholu. Przedstawione zostaną podstawy teoretyczne badań prowadzonych wśród osób uzależnionych od alkoholu. Opisana zostaje metoda redukcji szkód w psychoterapii i przedstawia się zagadnienie zasobów. Celem artykułu jest odpowiedź na pytanie czy dystrybucja zasobów ma znaczenie dla zastosowania strategii redukcji szkód w terapii osób uzależnionych od alkoholu.

STRATEGIE TERAPEUTYCZNE

W POLSKIM SYSTEMIE

LECZNICTWA

AKTUALNIE w Polsce terapię uzależnienia od alkoholu prowadzi się w nurcie poznawczo-behawioralnym oraz psychodynamicznym. Standardem staje się też praca z pacjentem z diagnozą uzależnienia w duchu dialogu motywującego (MILLER I ROLLNICK, 2010). Terapia poznawczo-behawioralna zakłada, że najważniejsza jest identyfikacja

dysfunkcyjnych przekonań, postaw oraz sytuacji a w kolejnym kroku praca nad zmianą schematów myślowych i nauka nowych umiejętności. Zmodyfikowane przekonania i umiejętności, mają zmieniać dysfunkcyjne funkcjonowanie człowieka uzależnionego (PROCHASKA I NORCROSS, 2006). Terapeuta pracujący w tym nurcie wykorzystuje szereg technik, które mają na celu wyłonienie przekonań (np. przez procesy wyobrazeniowe), ich modyfikację a także implementację (konfrontowanie i trening nowych umiejętności w społeczeństwie, poza gabinetem) Skuteczność tego rodzaju terapii wskazuje na 33,4% pacjentów, którzy po dwóch latach od zakończenia programu, utrzymywało abstynencję.(LEAHY, 2009).

Terapia uzależnień w nurcie psychodynamicznym jest skoncentrowana na siedmiu podstawowych celach : zorientowanie na afekt i wyrażanie emocji, eksploracja prób uniknięcia niepokojących myśli i uczuć, identyfikacja powtarzających się tematów i wzorców, omówienie doświadczeń z przeszłości, koncentracja na związkach interpersonalnych, koncentracja na relacji terapeutycznej oraz eksploracja świata fantazji (SHEDLER, 2010).

Nowym trendem w terapii uzależnień stała się praca z pacjentem metodą Dialogu Motywującego (MILLER I ROLLNICK, 2010). Jest to skoncentrowana na kliencie, oparta na współpracy forma prowadzenia klienta do wydobywania i wzmacniania motywacji do zmiany. Opiera się na czterech filarach takich jak : wyrażanie empatii, rozwijanie rozbieżności, podążanie za oporem i wspieranie poczucia sprawczości (MILLER I ROLLNICK, 2010). Praca metodą dialogu motywującego nie jest niezależną formą terapii a jej elementem. Służy do pracy nad motywacją pacjenta, co wydaje się być kluczowym i stałym elementem terapii uzależnienia od alkoholu (JABŁOŃSKI I IN., 2012).

REDUKCJA SZKÓD JAKO ALTERNATYWA DLA AKTUALNYCH PROGRAMÓW TERAPEUTYCZNYCH

W ostatnich latach coraz częściej podnosi się kwestię zasadności traktowania uzależnienia od alkoholu jako choroby przewlekłej i nieuleczalnej w opozycji do tego o czym mowa w ICD-10 (ICD-10, 2009). W obliczu niskiej efektywności klasycznych form leczenia zaczęto przeformułowywać cele terapii w kierunku podnoszenia jakości życia pacjentów (MOORE I CUNNINGHAM, 2012). Podejście to nie zakłada zatem całkowitej abstynencji, a jedynie ograniczenie ilości spożywanego alkoholu. ANDREW TATARSKY (2012), odchodzi od modelu leczenia opartego na całkowitej abstynencji. Nie przychyła się do terapii opartej na 12 Krokach AA i traktowaniu omawianego problemu jako choroby. Uważa, że uzależnienie jest kombinacją wielu czynników biologicznych i psychospołecznych. Dominujący model uzależnienia rozumianego jako przewlekłe zaburzenie oraz oparta na nim strategia uznająca abstynencję za główny cel terapeutyczny nie stoi w sprzeczności z założeniami proponowanymi w ramach strategii redukcji szkód. Podejście to nie wymaga od pacjenta całkowitej abstynencji, a jedynie ograniczenie ilości spożywanego alkoholu, czy zażywanego narkotyku. Założenia strategii redukcji szkód nie wykluczają terapii nastawionej na uzyskanie pełnej abstynencji, przy czym realizacja tego celu uwarunkowana jest od aktualnych potrzeb i możliwości pacjenta.

TEORIA DYSTRYBUCJI ZASOBÓW HOBFOLLA

DOMINUJĄCYM procesem wyznaczającym granice zdrowia i choroby jest adaptacja - forma społecznego i psychologicznego

dostosowania się do otaczających warunków. Autorzy przedstawionych badań rozumieją adaptację człowieka jako sposób i jakość przystosowania oraz to, że zależy on od pomysłnej dystrybucji zasobów. STEVAN E. HOBFOLL dokonał podziału tych zasobów na cztery grupy tworzące system, dzięki któremu realizowane są dążenia człowieka a także w znaczący sposób wpływają na proces pogłębiania się uzależnienia i późniejsze jego zdrowienie (NIEWIADOMSKA, 2010; NIEWIADOMSKA, 2014).

Teoria Zachowania Zasobów S.E. Hobfolla (COR – Conservation of Resources) zakłada, że tym wokół czego koncentruje się ludzka aktywność, bez względu na to czy mówimy o jednostce, rodzinie czy grupie społecznej jest pozyskiwanie, utrzymywanie i ochrona zasobów, a więc tych wszystkich obiektów, które są uznane za cenne. Hobfoll wyróżnił ich cztery rodzaje (HOBFOLL, 1989; HOBFOLL, 1993; HOBFOLL, 2006; HOBFOLL, 2012): materialne (obiekty fizyczne), stanu (warunkujące dostęp do innych zasobów np. zdrowie, praca), osobiste (właściwości i cechy osoby) i energii (umożliwiające pozyskiwanie innych zasobów np. pieniądze, czas).

Posiadanie i utrzymanie zasobów na określonym poziomie, tj. rzeczy materialnych, cech osobowości, warunków życia i energii, stanowi ogólny cel wszystkich ludzkich działań, decydując o odczuwanej i deklarowanej satysfakcji z życia. Utrata, czy choćby sytuacja zagrożenia utraty zasobów może prowadzić do pojawienia się stresu. Podobnie jest, kiedy zgromadzone dotychczas zasoby nie przynoszą oczekiwanych zysków (HOBFOLL, 2001; FREEDY I IN., 1992). Skuteczne pozyskiwanie zasobów prowadzi do dalszego skutecznego ich pozyskiwania (zysk zasobów), cykl utraty zasobów prowadzi do dalszych strat, przy czym utrata zasobów jest nieporównywalnie bardziej odczuwalna od zysku. Upraszczając można powiedzieć, że mamy do czynienia z zasadą „im więcej, tym więcej” i „im mniej, tym mniej”.

HOBFOLL (2006) nazywa te zjawiska spiralą zysków i strat zasobów i formułuje następujące zasady:

1. Osoby dysponujące większymi zasobami są mniej narażone na ich utratę i mają większe możliwości osiągnięcia zysku. I odwrotnie, ludzie mający mniej zasobów są bardziej narażeni na ich utratę i mniej zdolni do osiągnięcia zysków.
2. Niedostatek zasobów nie tylko powoduje wzrost ryzyka straty, ale sprawia też, że strata początkowa pociąga za sobą kolejne.
3. Ludzie posiadający zasoby są bardziej zdolni do osiągnięcia zysków, a zysk początkowy pociąga za sobą dalsze zyski.
4. Ci, którym brakuje zasobów, są skłonni przyjmować postawę defensywną i strzec tych zasobów, które posiadają (nie narażają się na utratę, ale jednocześnie nie mają szans na zysk).

Koncepcje dotyczące rozwoju uzależnienia podkreślają, że jednym z głównych czynników prowadzących do niego a w następstwie utrudniającym skuteczność procesu zdrowienia jest stres (JĘDRZEJKO, 2009; KOSTKOWSKI, 2006; TEESSON I IN., 2005). Stres jako reakcja na trudne wydarzenia życiowe (które często są elementem historii życia osób uzależnionych) jest bodźcem do sięgnięcia po alkohol. Picie alkoholu staje się z czasem cenną strategią umożliwiającą uzyskanie innych zasobów, która powoli wypiera pozostałe aktywności z repertuaru zachowań zaradczych. W sytuacji braku alkoholu uzyskanie zasobów staje się niemożliwe lub ograniczone, co w konsekwencji prowadzi do stresu. Na przykład osoba nieśmiała po wypiciu alkoholu staje się bardziej rozmowna, nawiązuje kontakty z innymi (zdobywa zasoby). Zatrzymuje to proces rozwoju umiejętności zaradczych, stąd wiele osób uzależnionych odczuwa stres w związku z sytuacjami społecznymi, kiedy wypicie alkoholu zostaje uniemożliwione (HOBFOLL, 2006). Badania empiryczne wskazują jednoznacznie, iż utrata zasobów jest niewspółmiernie bardziej

wyrazista od zysku, a co za tym idzie powoduje większy stres psychologiczny (CHEN, 2015; HOBFOLL, 2006). U osoby uzależnionej z czasem narastają problemy zdrowotne, zawodowe i materialne, a także zaburzenia w kontaktach międzyludzkich. Patologiczne picie prowadzi do destrukcyjnej sytuacji życiowej i utraty zasobów, a w skrajnych przypadkach do bezrobocia i bezdomności co blokuje możliwość rekompensacji zasobów. Naturalną potrzebą człowieka jest jednak dążenie do pozytywnego wartościowania własnej osoby a dla osób uzależnionych często jedynym dostępnym sposobem poradzenia sobie z tą sytuacją jest picie (HOBFOLL, 1993; NIEWIADOMSKA, 2010).

— METODOLOGIA BADAŃ —

W odpowiedzi na dylematy wynikające z praktyki terapeutycznej oraz w oparciu o literaturę, zaprojektowano badania, które miały badać związek między dystrybucją zasobów a utrzymaniem abstynencji.

Zmienne zoperacjonalizowano używając Kwestionariusza Oceny Zachowania Zasobów (S. E. HOBFOLL) oraz Ankiety Katamnesticznej (badającej utrzymanie abstynencji lub jej brak).

Zbadano 350 osób leczących się w 16 placówkach terapii uzależnienia od alkoholu. Badania miały charakter podłużne. W 1, 6 i 12 miesiącu od rozpoczęcia terapii mierzono poziom odczuwanych zasobów, spostrzeganych strat zasobowych i odczuwanych zysków w zasobach. Po zakończeniu pierwszego etapu badań uczestnicy wyrażający zgodę na udział w kolejnych etapach pozostawiali numer telefonu bądź adres e-mail. Drugi etap (po 6 miesiącach) polegał na telefonicznym przeprowadzeniu ankiety katamnesticznej i wypełnieniu (elektronicznie lub tradycyjnie) kwestionariusza badającego dystrybucję zasobów. W trzecim etapie (po 12 miesiącach) powtórzono procedurę

z etapu drugiego. Łącznie uzyskano wyniki od 371 osób biorących udział w pierwszym etapie, 164 które uczestniczyły w pierwszym i drugim etapie i 58 które uczestniczyły we wszystkich etapach. Do analiz przyjęto wyniki 350 z pierwszego etapu, 155 (90 odesłanych kwestionariuszy oraz 65 ankiet wypełnionych telefonicznie) – z drugiego etapu i 49 osób z trzeciego etapu. Pozostałe zestawy wykluczono z powodu niekompletnego wypełnienia danych.

Wśród przebadanych osób było 71 kobiet oraz 276 mężczyzn. Wiek osób badanych mieścił się między 18 a 68 rokiem życia, średnia wieku wynosiła 42 lata. Najlicniejszą grupę stanowiły osoby mieszkające w miejscowościach do 50 tysięcy mieszkańców (35,5%). Wśród badanych największy odsetek stanowiły osoby z wykształceniem średnim (38,9%), następnie z zawodowym (28,6%) oraz wyższym (22,6%), najmniej osób posiadało wykształcenie podstawowe (9,4%). Wysoki odsetek uzależnionych biorących udział w badaniu pozostawał bez pracy (47,7%). Nieco ponad połowę badanych stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim. Większość z nich posiadała jedno lub dwoje dzieci. Licznie reprezentowane były również osoby stanu wolnego. Przeciętnie co czwarty badany nie posiadał dzieci. Ponad 2/3 badanej populacji wychowało się w rodzinach, w których nadużywano alkoholu (69%) – głównie przez ojców, częstym zjawiskiem było również doświadczanie przemocy. Informacje uzyskane z ankiety katamnesticznej wskazują na nieznaczną przewagę osób leczących się ambulatoryjnie wśród badanej populacji. W badanej grupie większość stanowiły osoby mające za sobą wcześniejsze próby leczenia, w szczególności takie, które po raz drugi podjęły terapię. Drugą, co do wielkości grupą, były osoby leczące się po raz pierwszy. Wyniki ankiety katamnesticznej przeprowadzonej po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii wskazały, że 54,8% osób zachowało pełną abstynencję, jednokrotny kontakt z alkoholem

miało 3,2%, a sporadycznie piło 7,1% osób, do upijania przyznało się 14,2% a do stylu picia podobnego sprzed okresu terapii powróciło 19,4% pacjentów.

PRZEDSTAWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

CENTRALNYM punktem analiz w określeniu przewidywania możliwości zastosowania strategii redukcji szkód w terapii osób uzależnionych od alkoholu, było zbudowanie szeregu modeli regresji logistycznej, w którym blokowo zostały wprowadzone określone rodzaje zmiennych. Zastosowano metodę selekcji wstecznej, polegającej na wprowadzeniu początkowo wszystkich analizowanych predyktorów, by następnie z każdym krokiem usuwać kolejne nieistotne zmienne. W ten sposób wyodrębniono istotne predyktory destrukcyjnej powracalności do picia w postaci ogólnych wyników dotyczących poziomu zasobów oraz poczucia ich zysków i strat. Następnie, aby wyłonić znaczenie poszczególnych rodzajów zasobów odgrywających rolę w powrocie do picia, zastosowano strategię porównawczą wyników uzyskanych w momencie podejmowanego leczenia. Porównano poziom poszczególnych zasobów oraz poczucie ich zysku i straty u osób, które po okresie 6 miesięcy terapii deklarowały odpowiedzi wskazujące na upijanie się z ciągami rzadszymi i krótszymi niż przed terapią lub picie podobne lub bardziej destrukcyjne niż przed rozpoczęciem terapii z wynikami osób, które zachowały abstynencję. Zakres istotności różnic, ze względu na rangowy poziom pomiaru, dokonano za pomocą testu nieparametrycznego U Manna-Whitneya.

Przewidywanie możliwości stosowania redukcji szkód w terapii uzależnień na podstawie zasobów związanych ze zmiennymi socjodemograficznymi u osób uzależnionych od alkoholu wskazało na predyktory wyłaniające grupę

TABELA 1. Wyniki wskazujące na przewidywanie możliwości stosowania redukcji szkód w terapii uzależnień na podstawie zasobów związanych ze zmiennymi socjodemograficznymi.

Zmienna socjodemograficzna	χ^2	p
Doświadczenie bezdomności	3,331	0,068
Nie zamieszkiwanie z małżonkiem	4,201	0,040
Brak posiadania dzieci	8,720	0,003
Wcześniejszy pobyt w zakładzie karnym	12,462	0,001
Doświadczenie zaburzeń psychicznych	3,927	0,048

χ^2 -wartość testu chi-kwadrat, p – istotność statystyczna

osób uzależnionych, które kwalifikowały się do zbiorowości redukcji szkód. Dokonane analizy wskazały na takie czynniki, jak: doświadczenie w przeszłości bezdomności ($\chi^2(1)=3,331$; $p=0,068$), nie zamieszkiwanie z małżonkiem ($\chi^2(1)=4,201$; $p=0,040$), brak posiadania dzieci ($\chi^2(1)=8,720$; $p=0,003$), wcześniejszy pobyt w zakładzie karnym ($\chi^2(1)=12,462$; $p<0,001$) oraz doświadczenie zaburzeń psychicznych ($\chi^2(1)=3,927$; $p=0,048$).

Analizy funkcji predykcyjnych poziomu zasobów dowodzą znaczenia tej zmiennej w przewidywaniu stosowania strategii redukcji szkód w terapii alkoholowej. Im mniejszy poziom posiadanych zasobów stanu deklaruje osoba w chwili podejmowania terapii, tym większe istnieje prawdopodobieństwo, że powróci do podobnej intensywności picia, jak przed rozpoczęciem leczenia ($\chi^2(7)=41,845$; $p<0,001$;

$R^2=0,641$). Test istotności różnic wyodrębnił najbardziej kluczowe zasoby w predykcji stosowania strategii redukcji szkód. Niski poziom tych zasobów znacząco predysponuje osobę uzależnioną do powrotu do picia.

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

PRZEPROWADZONE analizy wskazują na możliwość wykorzystania Teorii Zachowania Zasobów w terapii uzależnień jako wiarygodnej. Badania te zwracają uwagę na rolę czynników środowiskowych, tak często pomijanych a wspomagających proces zdrowienia osób uzależnionych.

Zgodnie z Teorią Zachowania Zasobów motywacja człowieka do działania jest wynikiem korzystnej dystrybucji zasobów. Ludzie

TABELA 2. Tabela przedstawiająca znaczenie poziomu poszczególnych zasobów w predykcji powrotu do picia uzależnionych w pierwszych 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii.

Poziom posiadanych zasobów		N	M	SD	Test U	p	
Stopień zasobów	stanu	Udane małżeństwo	22	1,045	1,362	816,000	0,03
		Stabilność rodzinna	22	1,727	0,94	817,500	0,03
		Poczucie bliskości z małżonkiem lub partnerem	22	1,273	1,517	831,000	0,04
	energii	Zabezpieczenie finansowe w okresie emerytury	22	0,68	0,99	734,000	0,01
	podmiotowych	Poczucie, że realizuję moje cele	22	1,364	1,002	732,000	0,01

N – liczebność grupy, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Test U – wartość testu U Manna-Whitneya, p – istotność statystyczna

nie tylko dążą do pozyskania zasobów, które zapewniają im przetrwanie, ale głównie są skoncentrowani na chęci poprawy własnej sytuacji co zapewnia im optymalne funkcjonowanie w sferze fizycznej, materialnej i duchowej. Człowiek swoje wysiłki kieruje głównie ku zachowaniu posiadanych zasobów adaptacyjnych a w drugiej kolejności na zdobywanie nagród. Podstawowym warunkiem uruchamiającym zachowanie jest posiadanie minimalnej puli zasobów. Podobnie zachowanie człowieka jest ujmowane w kontekście teorii motywacji MILLERA I ROLLNICKA (2010), którzy podkreślają, że warunkiem koniecznym zmiany jest posiadanie możliwości jej wprowadzenia. Rozpoczęcie terapii przez osobę uzależnioną od alkoholu, jest podjęciem decyzji o zmianie. Żeby była ona rozpatrywana jako realna możliwość, konieczny jest pewien podstawowy poziom zasobów. By zmiana okazała się skuteczna, niezbędne jest pozyskiwanie kolejnych, ważnych dla osoby zasobów. Przeprowadzone badania potwierdzają założenie, że zdolność do utrzymania abstynencji zależy od możliwości pozyskiwania zasobów. Jest to istotny wkład do rozwoju badań nad przewidywaniem abstynencji, ponieważ wyłoniono konkretne zasoby warunkujące utrzymywanie abstynencji przez pacjentów w trakcie podjętej terapii. Przesłaniem uzyskanych wyników staje się konieczność zmiany podejścia terapeutycznego, z poziomu oddziaływań psychologicznych na poziom współpracy systemowej różnych organizacji. Opieka terapeutyczna po skończonym programie w ośrodku, powinna koncentrować się na umożliwieniu osobie pozyskiwania nowych zasobów, które poprawiają proces adaptacji.

Zgodnie z Teorią Zachowania Zasobów źródłem motywacji jest pomyślny przebieg zysków i strat. Ludzie mają motywację do zachowywania takiej ilości zasobów, które zapewnią nie tylko przetrwanie, ale również optymalne funkcjonowanie w sferze fizycznej, społecznej

i duchowej. Ważną częścią ludzkich działań jest chęć poprawy własnej sytuacji, jednak kluczowym warunkiem okazuje się posiadanie określonej puli zasobów, które umożliwią uruchomienie spirali osiągania zysków. W sytuacji braku podstawowej puli człowiek przyjmując postawę defensywną, nastawioną wyłącznie na chronienie tego, co już ma, nie mając motywacji do wprowadzania zmian. Wydaje się to zbieżne z teorią motywacji Millera i Rollnicka, podkreślającą, że ważność dążenia do zmiany oraz podejmowania wysiłków w celu jej wprowadzenia możliwa jest wtedy, kiedy widzimy sposób i możliwość jej dokonania (DICLEMENTE, 1999; MILLER, 2000; MILLER, 2010). Według HOBFOLLA możliwość te dają odpowiedni poziom posiadanych zasobów i skuteczne ich pozyskiwanie.

Uwzględnienie zmiennej w postaci poziomu posiadanych zasobów, stanowi pionierski wkład w rozwój Teorii Zachowania Zasobów (HOBFOLL, 1989; HOBFOLL, 1993; HOBFOLL, 2006; HOBFOLL, 2012). Analiza zależności pomiędzy dwoma zmiennymi – poziomem posiadanych zasobów i poczuciem ich zyskiwania – pozwala rozgraniczyć je jako dwa odrębne czynniki, biorące znaczący udział w procesie dystrybucji zasobów. Zysk zasobów dotyczy bardziej poczucia zmiany w posiadanych zasobach, natomiast poziom zasobów oraz ich przyrost wskazuje raczej na ich realny stan.

Wyniki badań pokazują, że można bardziej efektywnie planować pracę z pacjentem uzależnionym od alkoholu. Obszar pracy nie powinien jednak ograniczać się tylko do oddziaływań terapeutycznych. Dla polepszenia jakości życia osób uzależnionych, istotna jest nie tylko zmiana postrzegania świata i siebie, przewartościowanie rzeczywistości, ale również poczucie stabilności we wszystkich rodzajach zasobów. Z czasem pacjent zaczyna odnotowywać zyski w większości obszarów życia, co znacznie zwiększa szansę na utrzy-

manie zdrowego trybu życia. Jest to wskazówka dla terapeutów i systemu opieki, aby dbać o człowieka uzależnionego w możliwie wielu aspektach jego życia.

Autor Robert Modrzyński w artykule wykorzystał wyniki badań, które omówił w swojej książce pt. „Abstynencja czy ograniczanie picia? Znaczenie zasobów w przewidywaniu abstynencji osób uzależnionych od alkoholu we wczesnej fazie zdrowienia”, opublikowanej przez wydawnictwo Difin w 2017 r. Wydawnictwo Difin wyraziło zgodę na publikację tabel.

LITERATURA

CHEN S., WESTMAN M., HOBFOLL S.E. 2015. The Commerce and Crossover of Resources: Resource Conservation in the Service of Resilience. *Stress and Health*. 31(2), 95–105.

DICLEMNTE, C., BELLINO, L.E., NEAVINS, T.M. 1999. Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research & Health*. 23(2), 86–92.

FREEDY, J. R., SHAW, D. L., JARRELL, M. P., & MASTERS, C. R. 1992. Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: An application of the conservation resources stress model. *Journal of Traumatic Stress*. (5), 441–454.

HOBFOLL S.E. 1989. Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*. 44(3), 513–524.

HOBFOLL S.E. 1993. Resource Conservation as a Strategy for Community Psychology. *Journal of Community Psychology*. 21, 128–148.

HOBFOLL S.E. 2006. Stres, kultura i społeczność. *Psychologia i filozofia stresu*.

Gdańsk. GWP.

HOBFOLL S.E. 2001. The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology: An International Review*. 50(3), 337–421.

HOBFOLL S.E., VINOKUR A.D., PIERCE P.F. 2012. The Combined Stress of Family Life, Work, and War in Air Force Men and Women: A Test of Conservation of Resources Theory. *International Journal of Stress Management*. 19(3), 217–237.

JABŁOŃSKI P., BUKOWSKA B., CZABAŁA J.C. 2012. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. Warszawa. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

JĘDRZEJKO M. 2009. Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych. Pułtusk-Warszawa. ASPRA-JR.

KOSTKOWSKI W. 2006. Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień. *Alkoholizm i Narkomania*. 19(2), 139–168.

LEAHY R.L. 2008. Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków.

MILLER W.R., ROLLNICK S. 2010. Wywiad motywujący. Kraków. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

MILLER S.D., BERG I.K. 2000. Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Łódź. Galaktyka.

MOORE C.J., CUNNINGHAM S.A. 2012. Social position, psychological stress, and obesity: a systematic review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. Vol.112. Issue.

4, 518-526.

Diseases and Related Health Problems. ICD-10. Volume I.

NIEWIADOMSKA I. 2014. Dynamika cierpienia u osób uzależnionych: porównanie doświadczeń alkoholików pijących i alkoholików w okresie wczesnej abstynencji. W: Cierpienie: między sensem a bezsensem. Studium interdyscyplinarne, M. Kalinowski, I. Niewiadomska, L. Szot (red.). Łuck. Wyd. Uniwersytetu Lesi Ukrainki.

NIEWIADOMSKA I. 2010. Zasoby psychospołeczne czynnikiem warunkującym pozytywną adaptację człowieka. W: Skazani na wykluczenie!? Zasoby adaptacyjne osób zagrożonych marginalizacją społeczną. M. Kalinowski, I. Niewiadomska (red.). Lublin. Wyd. KUL.

PROCHASKA J.O., NORCROSS J.C. 2006. Systemy psychoterapeutyczne. Analiza trans-teoretyczna. Instytut Psychologii Zdrowia. Warszawa.

SHEDLER J. 2010. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*. 65(2), 98-109.

TATARSKY A., KELLOG S. 2012. Psychoterapia Integracyjna w oparciu o Model Redukcji Szkód. Studium przypadku używania substancji psychoaktywnych, wielokrotnej traumy i skłonności samobójczych, W: Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów, (red.) Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Łódź.

TEESSON M., DEGENHARDT L., HALL W. 2005. Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańsk. GWP.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 2009. International Statistical Classification of