

SKALA BILANSU DECYZYJNEGO – POLSKA ADAPTACJA I ZASTOSOWANIE W BADANIACH OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Jan Chodkiewicz

Institut Psychologii, Uniwersytet Łódzki
Institute of Psychology, University of Lodz

DECISIONAL BALANCE SCALE – POLISH ADAPTATION AND APPLICATION IN RESEARCH OF ALCOHOL ADDICTED

Summary. The aim of the presented study was to conduct a Polish adaptation of the Decisional Balance Scale by W. Velicer et al. The attempt was also made to answer a question about the differences in the area of decisional balance in addicts who complete or break therapy, continue abstinence after treatment and those who return to drinking. Research was conducted on 397 alcohol addicted persons who begin a therapy. Patients who completed treatment were retested in the last week of stay at the Centre. A group of people maintaining abstinence one year after the start of therapy and those who returned to drinking were distinguished. The Decisional Balance Scale by Velicer et al. and the Motivation Questionnaire to Maintain Abstinence from Alcohol by Ziółkowski were used.

Results. The Polish version of the Scale was found to be reliable and valid method. Principal component analysis identified 2 factors (like in original version). Differences within a single dimension of decisional balance between people who completed and those who broke therapy were noted. In the course of therapy an increase in decisional balance scale, advantage of arguments against drinking was proved.

Key words: alcohol addiction, Alcohol and Drugs Decisional Balance Scale, Polish adaptation

Wprowadzenie

Pojęcie bilansu decyzyjnego wiąże się z motywującym ujęciem terapii uzależnień autorstwa Millera (2009) oraz Millera i Rollnicka (2010), a także z wyróżnionymi przez Prochaskę i DiClemente (1998) etapami procesu zmiany zachowań problemowych. Spośród licznych modeli opisujących wspomniane zmiany (por. Łuszczynska, 2004), model transteoretyczny (*Transtheoretical Model* TTM – Prochaska, DiClemente, 1998; Prochaska, Norcross, DiClemente, 2008) jest w odniesieniu

Adres do korespondencji: Jan Chodkiewicz, e-mail, janchodkiewicz@poczta.onet.pl

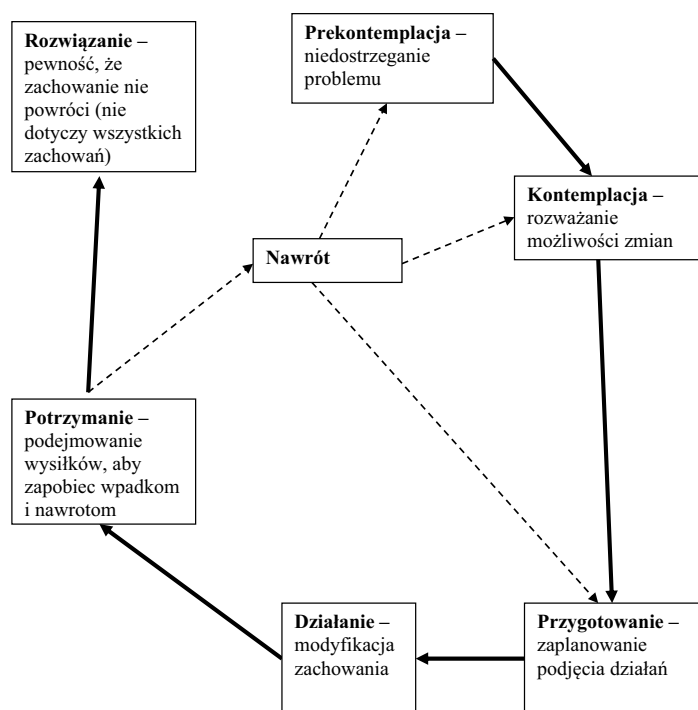
do nadużywania i uzależnienia od alkoholu najpopularniejszy (Lindenmeyer, 2005; Beck i in., 2007). W modelu tym wyróżniono początkowo pięć, a następnie sześć stadiów procesu zmiany. W stadium pierwszym – *prekontemplacji* osoba zaprzecza występowaniu problemu i ze względu na nasilone mechanizmy obronne nie widzi potrzeby zmiany. W stadium drugim – *kontemplacji* jednostka przyznaje, że problem jej dotyczy, bierze pod uwagę możliwość zmiany, nie jest jednak aktywnie zaangażowana w działanie. W stadium *przygotowania* występuje skonkretyzowanie planów podjęcia działania i zaplanowanie wprowadzania zmiany w życie. Najtrudniejsze i wymagające największego zaangażowania jest *działanie*, czyli rzeczywista modyfikacja zachowania. Kolejne stadium – *podtrzymania* charakteryzuje się podejmowaniem wysiłków w celu utrzymania wprowadzonej zmiany i zapobieżenia nawrotowi, czyli ponownemu wystąpieniu wcześniejszych zachowań. Ostatnim, kończącym cykl zmiany stadium jest *rozwiązanie*, mające miejsce, gdy zachodzi pewność, że zachowanie, które było zmieniane nie powróci, a utrzymanie nowego zachowania nie wymaga wysiłków. Stadium to, jak przyznają autorzy, nie jest możliwe w przypadku wszystkich problemów i dalsze badania powinny odpowiedzieć na pytanie, które ze zmienianych zachowań wymagają stałego podtrzymywania, a w przypadku których możliwe jest pełne rozwiązanie (Prochaska, Norcross, DiClemente, 2008).

W trakcie opisywanego procesu zmiany może wystąpić „wpadka”, czyli pojedyncze załamanie stosowania nowego zachowania, lub też „nawrót”, kiedy to nie udaje się utrzymać zmiany i następuje cofnięcie do któregoś z poprzednich stadiów. Najczęściej jest to stadium *kontemplacji* lub *przygotowania*, ale w sytuacji, gdy nawrót jest głęboki, możliwe jest również cofnięcie się do fazy *prekontemplacji*. Wyróżnione stadia przedstawia rycina 1.

Ujęcie motywujące, jak podają autorzy (Miller, 2009; Miller, Rollnick, 2010), korzysta nie tylko z opisanego powyżej modelu, ale opiera się na wielu koncepcjach psychologicznych i terapeutycznych, tj. teorii dysonansu poznawczego Festingera, teorii społecznego uczenia się Bandury oraz terapii skoncentrowanej na kliencie Rogersa. Do jego powstania w znaczącym stopniu przyczyniła się refleksja nad dokonywaniem przez ludzi zmian we własnym życiu oraz sposobami ich samodzielnego, bez pomocy z zewnątrz, przeprowadzenia. Zauważono, że wiele osób przejawiających destrukcyjne zachowania (w tym nadużywanie alkoholu) nie widzi potrzeby zmiany (stadium *prekontemplacji*) lub ma do zmiany podejście ambiwalentne. Przyjęto więc, że terapia może wspierać proces zmian w korzystnym kierunku, głównie poprzez wywołanie dysonansu poznawczego oraz eksplorację i zredukowanie ambiwalencji (na przykład poprzez wzmocnienie argumentów za zmianą zachowania, a osłabienie argumentów przeciwnych tej zmianie).

Z powyższego opisu wnioskować można, iż motywacja do zmiany zachowania problemowego jest u większości pacjentów labilna, winna być ujmowana procesualnie, a istotną w niej rolę odgrywają procesy poznawcze, zwłaszcza dotyczące wartościowania zachowań, które mają być zmienione. Rola tych procesów uwidacznia się na każdym etapie procesu zmiany. W stosunku do pacjenta w fazie *prekontemplacji* odpowiednio poprowadzona terapia może doprowadzić do uświadomienia

sprzeczności w jego zachowaniu, myśleniu i wartościach, co sprzyja podjęciu decyzji o zmianie. Jak podają Prochaska, Norcross i DiClemente (2008) nie zawsze zainicjowanie tego procesu dokonuje się w następstwie terapii – wśród sytuacji, które zapoczątkowują proces korzystnych zmian wymieniają wydarzenia życiowe mające dla osób zmieniających się subiektywnie istotne znaczenie. Może to być na przykład ośmieszenie się w oczach kogoś, kogo opinia jest ważna lub złe sprawowanie istotnych ról życiowych. Najważniejszy jest pojawiający się wówczas wzrost świadomości problemu i zrozumienie działania własnych mechanizmów obronnych.



Rycina 1. Model transteoretyczny

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Prochaska, Norcross, DiClemente, 2008

Z kolei pacjenci będący w fazie *kontemplacji* zdają sobie sprawę z problemu, jednak nie są jeszcze gotowi do zainicjowania procesu zmiany. Jak podaje Czabała (2009), jest to trudny okres w życiu pacjenta, gdy uświadamia sobie występowanie procesów, których nie jest w stanie kontrolować oraz spostrzega, że sam może być przyczyną własnych cierpień i problemów. W tej fazie niezwykle ważny jest **bilans decyzyjny**, czyli wzajemna relacja argumentów za i przeciw zmianie zachowania, gdyż dzięki niemu wzrasta (lub maleje) motywacja do podejmowania dalszych działań (Prochaska, Norcross, DiClemente, 2008). Osoba znajdująca się

w fazie *kontemplacji* powinna, inaczej niż w fazie poprzedniej, bilansować argumenty za i przeciw zmianie, co Miller (2009) obrazowo nazywa „przechyleniem bilansu decyzyjnego” (s. 99). Różnice dotyczące obu faz potwierdzono w badaniach osób uzależnionych od alkoholu. I tak, Blume, Schmalting i Marlatt (2006) stwierdzili, że świadomość intrapersonalnych konsekwencji picia, która jest znaczącym motywatorem do podejmowania zmian była u osób uzależnionych większa w fazie *kontemplacji* niż *prekontemplacji*. Z kolei Sobell i in. (1996) udowodnili, że dla wielu pacjentów proces poznawczej oceny „dobrych” aspektów używania substancji (czyli powodów, by się nie zmieniać) oraz „mniej dobrych aspektów” (a więc powodów, aby się zmienić, np. zaprzestać picia) był niezwykle ważny w świetle podjęcia ostatecznej decyzji o zmianie.

Kolejnymi etapami są fazy *przygotowania* i *działania*, w których uzależnieni wprowadzają nowe zachowania i podejmują próby radzenia sobie, a także powoli uwalniają się od dotychczasowych mechanizmów obronnych, zastępując je działaniami bardziej świadomymi (Prochaska, Norcross, DiClemente, 2008; Czabała, 2009; Cierpiałkowska, Ziarko, 2010). Także w tych fazach bardzo ważny jest bilans zalet i wad, pomagający utrzymywać i wzmacniać świadomość kosztów powrotu do poprzednich zachowań lub zaprzestania procesu zmiany. Bilans ów jest również istotny w fazie *podtrzymania* zachowania, a zwłaszcza w sytuacjach pojawienia się „pokus” dotyczących powrotu do zachowania poprzedniego. Rolę bilansu w fazie *działania* również potwierdzono w badaniach – bilans ten pozwalał przewidywać ograniczenie ilości i częstotliwości picia w okresie roku wśród nadużywających alkoholu studentów (Collins, Carey, Otto, 2009).

Na znaczenie bilansu decyzyjnego w przypadku terapii uzależnienia od alkoholu i innych środków psychoaktywnych zwracają uwagę również Allsop i Saunders (1997). Uważają oni, że do wystąpienia remisji choroby alkoholowej niezbędne jest pojawienie się w trakcie leczenia pozytywnych zmian w tym bilansie, co motywuje alkoholika do mozolnego wprowadzania nowych zachowań w życie i ich utrzymania. Celem zmian jest, zdaniem wspomnianych autorów, zinternalizowanie przekonań mówiących, że koszty związane z dalszym przyjmowaniem substancji przewyższają zyski. Oczywistym jest więc, że proces bilansowania jest rozciągnięty w czasie, stąd jednorazowy jego pomiar jest niewystarczający. Allsop i Saunders (1997) sądzą też, że zrozumienie procesu „nawrotu” wymaga między innymi uwzględnienia (niekorzystnych) zmian w bilansie decyzyjnym i ich związków z motywacją do utrzymywania abstynencji.

Kończąc przegląd piśmiennictwa poświęconego bilansowi decyzyjnemu, wspomnieć należy o motywacyjnych modelach głodu alkoholu, w których bilans ów zajmuje znaczącą rolę. Pierwszy z nich, model Coxa i Klingera (1988), zakładał wiodącą dla pojawienia się głodu rolę spostrzeganych zysków z picia i odniesienia ich do ewentualnych strat. Z kolei bazujący na modelu Coxa i Klingera, wielowymiarowy model ambiwalencji włącza głód alkoholu w proces podejmowania decyzji, w którym ambiwalencja i konflikt zajmują centralną rolę. Efektem złożonych interakcji indywidualnych, sytuacyjnych i społecznych czynników jest powstanie negatywnych lub pozytywnych oczekiwań odnośnie do działania środka, co wpły-

wa na wytworzenie się głodu i decyzję o wypiciu alkoholu lub powstrzymaniu się od tej czynności (Breiner, Stritzke, Lang, 1999).

Wiele z zaprezentowanych powyżej badań prowadzonych było przy użyciu popularnego narzędzia do analizy wspomnianych procesów, to jest Skali Bilansu Decyzyjnego (*Alcohol and Drugs Decisional Balance Scale*) Velicera i in. (1985). Metoda ta nie była dotąd zaadaptowana do warunków polskich i używana w naszym kraju.

W niniejszej pracy postawiono dwa cele:

1. Dokonanie polskiej adaptacji Skali Bilansu Decyzyjnego.
2. Udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące różnic w obrębie bilansu decyzyjnego u osób uzależnionych od alkoholu kończących i przerywających leczenie oraz utrzymujących po jego zakończeniu abstynencję i powracających do picia.

Metoda

Osoby badane

Badaniom poddano 397 uzależnionych od alkoholu osób (148 kobiet i 249 mężczyzn), którzy rozpoczynali terapię w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi. Pacjentów, którzy terapię ukończyli ($n = 239$ – 78 kobiet i 161 mężczyzn) zbadano ponownie w ostatnim tygodniu pobytu w ośrodku (tj. po 5 miesiącach od rozpoczęcia leczenia). Osoby, które terapię ukończyły były monitorowane w okresie roku od jej rozpoczęcia. Na podstawie otrzymanych od nich informacji i po sprawdzeniu dostępnej dokumentacji wyodrębniono z nich grupę osób utrzymujących abstynencję ($n = 64$) oraz tych, którzy powrócili do picia ($n = 81$). Losy pozostałych pacjentów ($n = 94$) są nieznane.

Narzędzia

Skala Bilansu Decyzyjnego (*Alcohol and Drugs Decisional Balance Scale*) Velicera, DiClemente, Prochaska i Brandenbura (1985; Prochaska i in., 1994; por. też Miller, 2009), oparta na modelu decyzyjnym Janisa i Manna (1977) mierzy poznawcze i motywacyjne aspekty podejmowania decyzji, koncentrując się na argumentach przemawiających za lub przeciw zmianie zachowania i wzajemnych relacjach między tymi argumentami. Metoda, pierwotnie skonstruowana do badania osób podejmujących decyzję o rzuceniu palenia, została następnie zaadaptowana dla szerokiego grona odbiorców: nadużywających i uzależnionych od alkoholu i narkotyków, podejmujących decyzję o redukcji wagi, stosowaniu diet i poddaniu się badaniom profilaktycznym, zmieniających aktywność fizyczną oraz zachowania seksualne. Liczne badania (m.in. Fava, Velicer, Prochaska, 1995; Laforge, Maddock, Rossi, 1999; Velicer i in., 1998; Noar i in., 2003; Collins, Carey, Otto, 2009) wykazały związki bilansu decyzyjnego, mierzonego wspomnianą skalą, z fazami zmiany wyróżnionymi w transteoretycznym modelu Prochaska i DiClemente (TTMZ) oraz efektami oddziaływań terapeutycznych. Okazało się również, że argumenty za i przeciw zmianie oraz ich wzajemne relacje zmieniają się w zależności od wyróżnionych w modelu TTMZ faz zmiany zachowania (Velicer i in., 1998).

Metoda składa się z 20 pozycji testowych, 10 zawierających argumenty za pić alkoholem (np. „picie pomaga mi się rozluźnić i wyrażać siebie”, „bez alkoholu moje życie byłoby nudne i puste”) i 10 zawierających argumenty przeciw pić (np. „to, że piję powoduje problemy w relacjach z ludźmi”, „picie zakłóca moje funkcjonowanie w domu i/lub pracy”). Osoba badana ma ustosunkować się do każdego twierdzenia na skali pięciostopniowej (od 1 – zupełnie nieważne, do 5 – niezwykle ważne), oceniając, jak ważny jest dla niej obecnie każdy argument przy podejmowaniu decyzji dotyczącej pić alkoholu. Na podstawie uzyskanych wyników oblicza się 3 wskaźniki – „za pić”, „przeciw pić” oraz bilans decyzyjny będący różnicą między argumentami „przeciw” i „za”. Czym wyższy rezultat w bilansie, tym większa przewaga argumentów przeciwnych pić. Pierwotna wersja skali charakteryzowała się dobrymi właściwościami psychometrycznymi – współczynnik *alfa*-Cronbacha wyniósł 0,87 dla „za” i 0,90 dla „przeciw”, a wyodrębnione dwa czynniki tłumaczyły 46% wariancji (Velicer i in., 1985).

W badaniach zastosowano również Kwestionariusz Motywacji do Utrzymywania Abstynencji od Alkoholu Ziółkowskiego (1999). Metoda składa się z czterech pytań, w których osoby badane wybierają jedną z podanych im pięciu (a w pytaniu pierwszym sześciu) możliwości jako najbardziej odpowiadającą ich planom i celom dotyczącym pić alkoholu w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Pytanie pierwsze dotyczy sposobu pić alkoholu jako aktualnego celu (odpowiedzi od 1 – brak planów do 6 – całkowita abstynencja), pytanie drugie określa ważność stawianego celu (1 – zupełnie nieważny do 5 – najważniejsza rzecz w moim życiu), pytanie trzecie określa przewidywaną trudność osiągnięcia celu (1 – realizacja nie sprawi mi trudności do 5 – najtrudniejsza rzecz w moim życiu), a pytanie 4 dotyczy zaufania do siebie w odniesieniu do możliwości zrealizowania celu (1 – nie wierzę, abym osiągnął cel do 5 – na pewno osiągnę cel). Odpowiedzi na pytania nie sumuje się, lecz ocenia każdą osobno. Kwestionariusz był między innymi stosowany w ramach badań WHO pod kierunkiem Ziółkowskiego (1999). Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu SPSS.

Wyniki

Polską adaptację metody rozpoczęto od uzyskania zgody autorów. Następnie dwóch tłumaczy dokonało tłumaczenia skali z języka angielskiego na polski, a dwóch innych dokonało tłumaczenia zwrotnego (*back-translation*), co umożliwiło ustalenie ostatecznej wersji skali.

Obliczenia rozpoczęto od ustalenia podstawowych danych dotyczących rozkładu wyników. Rezultaty przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Podstawowe dane dotyczące rozkładu wyników Skali Bilansu Decyzyjnego dla badanej grupy osób uzależnionych ($n = 397$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	Skośność	Kurtoza
Argumenty „za piciem”	24,55	8,60	10	50	0,28	-0,44
Argumenty „przeciw piciu”	40,07	6,73	14	50	-0,78	0,31
Bilans decyzyjny	15,43	11,33	-8	40	0,06	-0,83

Jak pokazuje tabela 1, wskaźniki skośności i kurtozy obu skal oraz ogólnego bilansu przyjmują satysfakcjonujące wartości, to jest nie przekraczają jedności. Normalność rozkładów sprawdzono przy użyciu testu Kołmogorowa-Smirnowa. Uzyskane rezultaty – $d = 0,04$, $p > 0,20$ dla argumentów „za piciem”; $d = 0,06$, $p < 0,10$ dla argumentów „przeciw piciu” oraz $d = 0,05$, $p < 0,15$ dla bilansu decyzyjnego wskazują na rozkład zbliżony do normalnego.

Rzetelność skali została określona poprzez obliczenie współczynników zgodności wewnętrznej *alfa*-Cronbacha, które wyniosły w badaniu na początku terapii 0,90 dla skali „argumenty za piciem”; 0,81 dla skali „argumenty przeciw piciu” i 0,80 dla bilansu decyzyjnego oraz w badaniu przy końcu leczenia 0,84, 0,79 i 0,78, co wskazuje na zadowalającą rzetelność.

Przy użyciu metody zbadano 40 osób uczestniczących w terapii dwukrotnie w odstępie 1 miesiąca (test-retest). Uzyskano niskie i umiarkowane współczynniki korelacji: „argumenty za piciem” $r = 0,47$; „argumenty przeciw piciu” $r = 0,37$; bilans decyzyjny $r = 0,33$. Pamiętać należy jednak, że pacjenci byli w trakcie terapii odwykowej, która polega między innymi na zmianie ich sposobu myślenia o własnym piciu i zdobywaniu świadomości szkód, jakie ono wywołuje.

Następnym krokiem była analiza mocy dyskryminacyjnej pozycji testowych należących do obu skal. W tym celu zastosowano współczynnik korelacji *r*-Pearsona. Wyniki przedstawiają tabele 2 i 3.

Tabela 2. Współczynniki mocy dyskryminacyjnej: skala „argumenty za piciem”

Pozycje	Współczynnik mocy dyskryminacyjnej
2. Bardziej lubię siebie, gdy jestem pod wpływem alkoholu	0,46
4. Picie pomaga mi radzić sobie z różnymi problemami	0,63
7. Picie pomaga mi dobrze się bawić i nawiązywać kontakty	0,84
9. Picie sprawia, że jestem bardziej zabawny/a	0,79
11. Picie pomaga mi rozluźnić się i wyrazić siebie	0,63
14. Niepicie na spotkaniach towarzyskich mogłoby spowodować, że czułbym/abym się inny/a	0,41
16. Moje picie daje mi energię i pozwala „iść do przodu”	0,62
17. Gdy piję, jestem bardziej pewny/a siebie	0,71
19. Bez alkoholu moje życie byłoby nudne i bezbarwne	0,60
20. Mam wrażenie, że ludzie bardziej mnie lubią, kiedy piję	0,45

Tabela 3. Współczynniki mocy dyskryminacyjnej: skala „argumenty przeciw picciu”

Pozycje	Współczynnik mocy dyskrymi- nacyjnej
1. Moje picie prowadzi do problemów z innymi ludźmi	0,52
3. Ponieważ piję, niektórzy myślą, że brak mi charakteru	0,45
5. Przeszkadza mi konieczność okłamywania innych odnośnie do mojego picia	0,36
6. Niektórzy ludzie unikają mnie, gdy piję	0,35
8. Picie zakłóca moje funkcjonowanie w domu i/lub w pracy	0,50
10. Niektórzy bliscy mi ludzie są rozczarowani z powodu mojego picia	0,45
12. Wpadam w kłopoty, gdy piję	0,50
13. Przez moje picie mogę kogoś przypadkowo zranić	0,58
15. Z powodu picia tracę zaufanie i szacunek moich kolegów z pra- cy i/lub współmałżonka	0,66
18. Moim picciem daję innym zły przykład	0,57

Jak pokazują tabele, wszystkie otrzymane współczynniki przyjmują zadowalające wartości, równe (jedna pozycja) i przewyższające 0,35. Wszystkie pozycje przekroczyły poziom istotności statystycznej ($p < 0,05$). Żadna z nich nie kwalifikuje się więc do usunięcia.

Trafność teoretyczną ustalono przy pomocy eksploracyjnej analizy czynnikowej (metoda głównych składowych, rotacja VARIMAX, założenie ortogonalności czynników). Analiza, w której za istotne przyjęto ładunki czynnikowe powyżej 0,40 wykazała, podobnie jak w wersji oryginalnej, istnienie dwóch czynników, które wyjaśniają ponad 47% wariancji całkowitej. Ładunki czynnikowe dla wyodrębnionych czynników przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Bilans decyzyjny: struktura czynnikowa i ładunki czynnikowe

Numer pozycji	Czynnik I	Czynnik II
	- „argumenty za piciem”	- „argumenty przeciw picciu”
1.	-0,13	0,64
2.	0,80	0,01
3.	-0,01	0,55
4.	0,70	0,06
5.	-0,30	0,47
6.	-0,03	0,42
7.	0,87	0,10
8.	0,05	0,66
9.	0,87	-0,19
10.	-0,01	0,58
11.	0,73	0,05

ciąg dalszy tabeli 4

12.	-0,04	0,65
13.	0,04	0,68
14.	0,49	0,07
15.	0,10	0,76
16.	0,73	-0,04
17.	0,78	-0,02
18.	0,10	0,69
19.	0,70	-0,10
20.	0,57	-0,16
Wartość własna	5,62	3,93
% wariancji wyjaśnionej	27,66	19,64
% skumulowany	28,76	48,40

Trafność kryterialną sprawdzono, korelując wyniki uzyskane w Skali Bilansu Decyzyjnego z Kwestionariuszem Motywacji do Utrzymywania Abstynencji od Alkoholu Ziółkowskiego (1999). Uzyskano niskie, ale istotne statystycznie ($p < 0,05$) korelacje skali „argumenty za piciem” ze stawianym celem ($r = -0,18$), ważnością celu ($r = -0,20$), przewidywanymi trudnościami ($r = 0,25$) oraz zaufaniem do siebie ($r = -0,19$). Kierunek uzyskanych związków wskazuje, że czym więcej argumentów za piciem alkoholu (na początku leczenia), tym większa tendencja do stawiania sobie za cel picia kontrolowanego zamiast całkowitej abstynencji, tym cel związany z ograniczeniem picia jest mniej ważny w porównaniu z innymi celami, tym więcej spostrzeganych trudności w jego realizacji i tym mniejsze zaufanie do siebie, że uda się go osiągnąć. Również skala „argumenty przeciw piciu” wykazywała istotne statystycznie ($p < 0,05$) związki ze stawianym celem ($r = 0,20$), jego ważnością ($r = 0,22$) oraz zaufaniem do siebie ($r = 0,18$). Oznacza to, że czym więcej badani pacjenci postrzegali argumentów przeciwnych piciu, tym bardziej stawiali sobie za cel utrzymywanie całkowitej abstynencji, tym cel ten był ważniejszy od innych celów życiowych i tym większe mieli zaufanie do siebie, że zostanie on osiągnięty. Zbliżone zależności i o tym samym kierunku uzyskano, korelując wyniki otrzymanego bilansu decyzyjnego (różnicy między argumentami „przeciw” i „za”) z wynikami uzyskanymi w Kwestionariuszu Motywacji do Utrzymywania Abstynencji od Alkoholu. Uzyskane wyniki (słabe wartości korelacji) mogą być spowodowane tym, że badań dokonano na samym początku terapii, stąd wskazane wydaje się ich powtórzenie na grupie osób kończących leczenie lub utrzymujących abstynencję od dłuższego czasu.

Odpowiedź na drugie pytanie badawcze rozpoczęto od porównania przy użyciu testu *t*-Studenta rezultatów uzyskanych przez uzależnione kobiety i mężczyzn, zarówno na początku, jak i końcu terapii. Wyniki przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Wyniki w Skali Bilansu Decyzyjnego w grupie mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu

	Mężczyźni (N = 249)		Kobiety (N = 148)		t	p <
	M	SD	M	SD		
„Argumenty za piciem” 1	26,00	8,91	22,11	7,47	4,43	0,001
„Argumenty przeciw piciu” 1	39,94	6,38	40,31	7,32	-0,52	ni.
Bilans decyzyjny 1	13,94	11,02	17,94	11,45	-3,44	0,001
„Argumenty za piciem” 2	21,00	9,49	17,89	7,04	2,15	0,05
„Argumenty przeciw piciu” 2	42,54	6,12	42,37	5,52	0,12	ni.
Bilans decyzyjny 2	21,59	10,61	24,00	10,26	-1,40	ni.

1 – badanie na początku terapii, 2 – badanie na końcu terapii

Jak pokazuje tabela 5, u obu płci, zarówno na początku, jak i końcu terapii zanotowano dodatni bilans decyzyjny, co wskazuje na przewagę przekonań przeciwnych piciu w obu momentach, w których przeprowadzono badanie. Uzależnieni mężczyźni w porównaniu z kobietami, zarówno na początku, jak i na końcu terapii prezentowali więcej argumentów za piciem alkoholu. Ogólny bilans decyzyjny, rozumiany jako przewaga argumentów przeciw piciu, był u kobiet na początku terapii znacząco większy niż u mężczyzn.

W dalszym etapie porównano osoby, które rozpocząły terapię odwykową po raz pierwszy ($n = 262$) z tymi, które podejmują leczenie po raz kolejny ($n = 135$). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic w żadnym analizowanym obszarze.

Spośród 397 pacjentów, którzy rozpoczęli terapię odwykową, ukończyło ją 239 osób. Tabela 6 pokazuje różnice w Skali Bilansu Decyzyjnego między osobami, które terapię ukończyły i przerwały.

Tabela 6. Wyniki w Skali Bilansu Decyzyjnego w grupie osób, które ukończyły i przerwały terapię

	Ukończyli terapię (N = 239)		Przerwali terapię (N = 158)		t	p <
	M	SD	M	SD		
„Argumenty za piciem”	24,55	8,32	24,57	9,02	-0,01	ni.
„Argumenty przeciw piciu”	40,61	6,62	39,18	6,85	1,98	0,05
Bilans decyzyjny	15,91	11,03	14,72	11,76	1,01	ni.

Jak wskazuje tabela 6, osoby, które ukończyły kilkumiesięczną ambulatoryjną terapię odwykową już na jej początku spostrzegały więcej ujemnych stron picia w porównaniu z tymi, którzy w terapii się nie utrzymali.

Przy użyciu testu *t*-Studenta porównano również wyniki w Skali Bilansu Decyzyjnego uzyskane na początku i końcu terapii przez osoby, które utrzymują abstynencję w rok od rozpoczęcia leczenia z tymi, które powróciły do picia. Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic między grupami (tabela 7).

Tabela 7. Wyniki w Skali Bilansu Decyzyjnego w grupie osób, które utrzymują abstynencję po terapii i które powróciły do picia

	Utrzymujący abstynencję (N = 64)		Nieutrzymujący abstynencji (N = 81)		t	p <
	M	SD	M	SD		
„Argumenty za piciem” 1	24,33	6,87	25,98	9,10	-0,85	ni.
„Argumenty przeciw piciu”1	39,61	6,35	41,93	6,21	-1,43	ni.
Bilans decyzyjny 1	15,27	10,64	14,93	11,09	0,14	ni.
„Argumenty za piciem” 2	19,93	7,93	19,21	7,96	0,36	ni.
„Argumenty przeciw piciu”2	42,11	6,75	42,85	5,65	-0,45	ni.
Bilans decyzyjny 2	21,76	10,00	23,35	9,04	-0,66	ni.

1 – badanie na początku terapii, 2 – badanie na końcu terapii

Aby sprawdzić, czy i jakie zmiany dokonywały się w obrębie bilansu decyzyjnego w trakcie terapii w grupie późniejszych abstynentów i łamiących abstynencję zastosowano test *t*-Studenta dla prób zależnych. Wyniki przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Bilans decyzyjny – wartości na początku i końcu terapii w grupie osób utrzymujących i nieutrzymujących abstynencji po terapii

	Rozpoczęcie te- rapii		Zakończenie te- rapii		t	p <
	M	SD	M	SD		
Utrzymujący abstynencję (N = 64)						
„Argumenty za piciem”	24,33	6,87	19,93	7,93	3,57	0,01
„Argumenty przeciw piciu”	39,61	6,35	42,11	6,54	-3,02	0,01
Bilans decyzyjny	15,27	10,77	21,76	10,54	-5,83	0,001
Nieutrzymujący abstynencji (N = 81)						
„Argumenty za piciem”	25,98	8,72	19,21	7,90	6,07	0,001
„Argumenty przeciw piciu”	41,93	5,94	42,85	5,13	-1,18	ni.
Bilans decyzyjny	14,93	11,53	23,35	8,35	-5,23	0,001

Jak pokazuje tabela 8, czas terapii był dla obu grup okresem korzystnych zmian w obrębie dostrzegania zalet picia (spadek) i wzrostu bilansu decyzyjnego (przewagi argumentów przeciw piciu nad argumentami za piciem). Jednocześnie u osób, które abstynencję złamały nie nastąpiły zmiany w obrębie spostrzeganych wad picia, co odnotowano u tych, którzy abstynencję zachowują. Proces oceny własnego picia alkoholu zachodzący w trakcie leczenia przebiegał więc w obu grupach nieco odmiennie.

Podsumowanie

Niezależnie od modelu uzależnienia i opartego na tym modelu sposobu oddziaływań terapeutycznych uważa się, że interwencje stosowane w trakcie psychoterapii uzależnienia koncentrują się na zmianie przekonań, uczuć i zachowań z uwzględnieniem ich wzajemnych relacji (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Raistrick, Heather, Godfrey 2006; Beck i in., 2007; Miller, 2009; Cierpiątkowska, Ziarko, 2010; Chodkiewicz, 2012). Interwencje te obejmują wywodzące się z konkretnego modelu treści, które przekazuje się w trakcie terapii, umiejętności, których się uczy i sam proces terapii. Zmiana przekonań pacjenta dokonuje się przede wszystkim dzięki dostarczeniu odpowiednich informacji, umożliwieniu zrozumienia natury uzależnienia i dotychczasowych zakłóceń w postrzeganiu własnej destrukcji alkoholowej, nauczaniu realistycznego myślenia, a także świadomego monitorowania własnych procesów myślowych i emocjonalnych (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Beck i in., 2007). Zmiana ta dokonuje się również dzięki zrozumieniu przez pacjentów kosztów, które ponoszą, używając substancję i wartości, jaką niesie ze sobą utrzymywanie abstynencji (Sobell i in., 1996; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Miller, 2009).

Zdaniem Millera (2009) sednem decyzji, które podejmuje pacjent w trakcie oddziaływań terapeutycznych jest rozważenie zalet i wad używania substancji. Beck i in. (2007) uważają analizę zalet i wad picia (brania) i zachowania abstynencji za niezwykle ważną i potrzebną technikę, która powinna być stosowana w terapii uzależnień. Rozważanie zalet i wad picia może dokonywać się w różny sposób. Beck i in. (2007) proponują pacjentom wypełnianie odpowiedniej tabeli, w której znajdują się wady i zalety picia oraz abstynencji. Miller (2009) sugeruje zaproponowanie pacjentowi „zadania domowego”, w którym wypisze wszystkie „za” i „przeciw” oraz dokładne omówienie tego zadania na sesji.

Na podstawie zaprezentowanych w niniejszym tekście informacji wydaje się, że w procesie terapii Skala Bilansu Decyzyjnego może odgrywać ważną i pomocną rolę. Zaproponowanie pacjentowi jej wypełnienia może uzupełnić i rozszerzyć wiedzę uzyskaną z „kartkowej” analizy zalet i wad picia oraz stać się punktem wyjścia do dokładnego przyjrzenia się subiektywnej interpretacji własnych zachowań. Na podstawie uzyskanych w prezentowanych badaniach wyników można zauważyć, że szczególną rolę odgrywają argumenty „przeciw picciu” – im więc powinno poświęcić się więcej miejsca w terapii, sprawdzając, czy na jej zakończeniu nastąpiła w tym obszarze zmiana. Choć analiza takich argumentów wydaje się być zadaniem tylko poznawczym, pamiętać należy, że są one, jak zauważa Miller (2009), naładowane silnymi emocjami i bardzo subiektywne. Tak więc, przyjrzenie się temu obszarowi problemowemu może stać się punktem wyjścia do dalszej pracy, zarówno wzmacniającej motywację do korzystnych zmian, jak i dotyczącej towarzyszących temu procesowi emocji.

Polska adaptacja Skali Bilansu Decyzyjnego posiada zadowalające właściwości psychometryczne, porównywalne do wersji oryginalnej – jest narzędziem rzetelnym i trafnym. Można więc ją rekomendować do stosowania zarówno w praktyce terapeutycznej, jak i w badaniach naukowych.

Literatura cytowana

- Allsop, S., Saunders, B. (1997). Nawroty i problemy związane z nadużywaniem alkoholu. W: M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależnieniach* (s. 15-39). Warszawa: PARPA.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., Liese, B. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Blume, A. W., Schmaling, K. B., Marlatt, A. (2006). Recent drinking consequences, motivation to change, and changes in alcohol consumption over a three month period. *Addictive Behaviors*, 31, 2, 331-338.
- Breiner, M., Stritzke, W., Lang, A. (1999). Approaching avoidance: a step essential to the understanding of craving. *Alcohol Research & Health*, 23, 197-206.
- Chodkiewicz, J. (2012). *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Cierpiałkowska, L. Ziarko, M. (2010). *Psychologia uzależnień: alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Collins, S. E., Carey, K. B., Otto, J. M. (2009). A New Decisional Balance Measure of Motivation to Change Among At-Risk College Drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 3, 464-471.
- Cox, W., Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.
- Czabała, C. (2009). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fava, J. L., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. (1995). Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 20, 189-203.
- Janis, I., Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Free Press.
- Laforge, R. G., Maddock, J. E., Rossi, J. S. (1999). Replication of the temptations and decisional balance instruments for heavy, episodic drinking on an adult sample. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 67 (Abstract).
- Lindenmeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Łuszczńska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych*. Gdańsk: GWP.
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: IPZ.
- Miller, W. R. (2009). *Wzmacnianie motywacji do zmiany*. Warszawa: PARPAMEDIA.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Noar, S. M., Laforge, R. G., Maddock, J. E., Wood, M. D. (2003). Rethinking Positive and Negative Aspects of Alcohol Use: Suggestions from a Comparison of Alcohol Expectancies and Decisional Balance. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 64, 60-69.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1998). Comments, criteria and creating better models: In response to Davidson. W: W. Miller, N. Heather (red.), *Treating addictive behaviors* (s. 39-45). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (2008). *Zmiana na dobre*. Warszawa: Instytut Amity.

- Prochaska, J. O., Velicer, W. E., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology, 12*, 209-214.
- Raistrick, D., Heather N., Godfrey, C. (2006). *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. London: National Treatment Agency for Drug Abuse.
- Sobell, L., Cunningham, J., Sobell, M., Agrawal, S., Gavin, D., Leo, G., Singh, K. (1996). Fostering self-change among problem drinkers: a proactive community intervention. *Addictive Behaviors, 21*, 6, 817-833.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis, 38*, 216-233.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1279-1289.
- Ziółkowski, M. (1999). *Ocena skuteczności farmakoterapii w zapobieganiu nawrotowi picia u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera.