

# MOTYWY PODJĘCIA, KONTYNUOWANIA I UKOŃCZENIA TERAPII U KOBIET UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU, W ODDZIALE TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

**Barbara Szczyrba, Anna Trzcieniecka-Green**

Zakład Psychologii Wydziału Opieki i Oświaty Zdrowotnej  
Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

## **MOTIVES OF BEGINNING, CONTINUATION AND FINISHING OF THERAPY IN WOMEN ADDICTED TO ALCOHOL IN ADDICTION THERAPY WARD**

**ABSTRACT** – Motivation in context of addiction therapy seems to play a very important role for the beginning and continuation of the therapy. Considering the fact that the whole structure of motivation of addicted person is dominated by the motives of using psychoactive drugs, it will be very interesting to know the reasons for the beginning of the therapy. Also during a stay in a ward psychological mechanism of addiction, which is always active in addicted person, motivate more to alcohol drinking than to therapy continuing. Therefore motives occurring during the therapy might be interesting. The aim of the searches was to determinate motives of to begin the therapy in withdrawal ward by women addicted to alcohol, and to continue the therapy and until planned finish. The research was done in ward for alcohol treatment in Hospital for Psychiatric and Nervous Diseases in Rybnik. Thirty two women took part in research, which consisted of three assessments for each patient. Each part consisted of interview with addicted women and Shalit circle method added and adjusted to the interview. The interview was voluntary and based on subjective opinions and feelings of patients. The motives given by women were classified as follows: family motives, health motives, motives connected with law, and help institutions, external persons, motives connected with existence factors, sens of helpless or shame, motives connected with therapy, hospital treatment and inner motives. The most important motives to begin the therapy turned out to be external reasons among them the most popular were family motives, as well as inner motives. The most important motives to continue the therapy were motives connected with the treatment itself – among them the most popular is wish to finish the treatment. The most important motives to finish the therapy

were motives connected with treatment itself – among them there is knowledge about the addiction acquired or still being acquired. It was established that the reasons and motives of the therapy change during its progress. If we consider the above fact it is possible to start more effective work to motivate patients.

**Key words:** motives, motivation, women, addiction treatment.

**STRESZCZENIE** – Motywacja w terapii uzależnień wydaje się odgrywać znaczącą rolę dla rozpoczęcia i przebiegu leczenia. Interesujące są powody podjęcia oraz zmiana motywacji do kontynuowania i zakończenia leczenia. Celem badań było określenie motywów podjęcia przez kobiety uzależnione od alkoholu terapii w oddziale odwykowym, kontynuowania tej terapii oraz jej ukończenia. Badanie przeprowadzone zostało w oddziale odwykowym dla kobiet Samodzielnego Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Rybniku. W badaniu uczestniczyły 32 kobiety. Na każdym z trzech etapów badania zbierano wywiad od pacjentki oraz stosowano przystosowaną do badania technikę koła Shalita. Badanie było oparte na subiektywnych opiniach i odczuciach pacjentek. W celu sklasyfikowania pogrupowano motywy deklarowane przez badane w następujący sposób: motywy rodzinne, motywy zdrowotne, motywy związane z czynnikiem prawnym, sądowym, motywy związane z instytucjami pomocowymi, osobami zewnętrznymi, motywy związane z czynnikami bytowymi, motywy związane z poczuciem bezradności lub wstydem, motywy związane z leczeniem, pobytem na oddziale, motywy wewnętrzne. Najistotniejszymi motywami podjęcia terapii okazały się motywy zewnętrzne, wśród nich najczęściej wymieniane były te związane z wpływem rodziny. Również istotne dla podjęcia terapii okazały się deklarowane motywy wewnętrzne. Najważniejsze dla kontynuowania terapii są motywy związane z pobytem w oddziale, leczeniem. Wśród nich najczęściej wymieniana jest chęć ukończenia leczenia. Najistotniejszym motywem ukończenia terapii są również motywy związane z leczeniem i pobytem w oddziale – wśród nich najczęściej wymieniana okazała się zdobywana wiedza. Ustalono również, iż główne motywy terapii zmieniają się w czasie jej przebiegu. Stwierdzona dynamika zmian może być uwzględniana do optymalizowania pracy nad motywacją pacjentek.

**Słowa kluczowe:** motywy, motywacja, terapia uzależnień, kobiety.

## WSTĘP

Motywacja do leczenia jest jednym z najważniejszych elementów podjęcia tego leczenia, a także wytrwania w terapii. Jest ona odpowiedzialna za uruchomienie, ukierunkowanie, podtrzymanie i zakończenie zachowania (9) takiego, jak np. leczenie w oddziale terapii uzależnienia. W kontekście terapii uzależnień motywacja wydaje się odgrywać znaczącą rolę dla przebiegu i rozpoczęcia leczenia. Interesujące jest tu również rozróżnienie na motywację zewnętrzną i wewnętrzną. Motywacja wewnętrzna oznaczałaby tendencję do podejmowania i kontynuowania działania (np. terapii) ze względu na samą treść tej aktywności – zachowanie wykonywane z wyboru. O motywacji zewnętrznej mówilibyśmy wówczas, gdy działanie

realizowane jest ze względu na zewnętrzne czynniki – zachowanie wykonywane z konieczności (9).

Biorąc pod uwagę, że cała struktura motywacji u osoby uzależnionej zostaje zdominowana motywami używania środków psychoaktywnych (3), interesujące wydają się być także powody podjęcia terapii. Motywy w terapii uzależnień można by podzielić na zewnętrzne – sterowane koniecznością, najczęściej spowodowane zewnętrznymi naciskami, oraz wewnętrzne – z wyboru, bez zewnętrznych nacisków. Warto pamiętać, że punktem startu, od którego można obserwować sukces lub porażkę określonej metody leczenia, jest sam fakt jej podjęcia, czyli zgłoszenia się do placówki leczenia (1). Jakkolwiek w piśmiennictwie często podkreśla się wagę motywów podjęcia terapii, wiadomo, iż sformułowanie określonego zamiaru nie jest wystarczające do tego, aby był on zrealizowany (6). Również podczas pobytu na oddziale ciągle aktywne psychologiczne mechanizmy uzależnienia motywują osobę uzależnioną bardziej w kierunku picia niż leczenia (8). Dobrym miejscem do pracy nad motywacją jest oddział (8), gdzie następuje intensywna praca nad wzbudzeniem i wzmacnianiem motywacji do leczenia (7). Celowa jest więc ocena motywów pojawiających się w trakcie leczenia. Ponieważ większość badań z zakresu problematyki uzależnień obejmuje grupy męskie lub mieszane, interesujące jest zbadanie grupy składającej się wyłącznie z kobiet.

## **CELE I HIPOTEZY**

Celem badań było określenie motywów podjęcia przez kobiety uzależnione od alkoholu terapii na oddziale odwykowym, kontynuowania tej terapii oraz jej ukończenia (wytrwania do końca).

Opracowując poniższe badanie postawiono następujące hipotezy. Ogólna hipoteza zakłada, iż motywy terapii uzależnień zmieniają się w trakcie leczenia w oddziale – w trakcie leczenia pojawiają się nowe motywy oraz zmieniają się motywy kontynuowania terapii. Poszczególne hipotezy zakładają, iż:

- główne motywy podjęcia terapii są zewnętrzne,
- motywy wewnętrzne podjęcia terapii nie pojawiają się,
- główne motywy podjęcia terapii związane są z wpływem rodziny,
- w trakcie terapii pojawiają się motywy wewnętrzne, które motywują do kontynuowania i ukończenia terapii,
- motywy związane z wpływem rodziny zmniejszają się w trakcie trwania terapii.

## **METODA I OSOBY BADANE**

Badanie przeprowadzone zostało w między majem a lipcem 2002 r. oraz majem i lipcem 2003 r. w oddziale terapii uzależnienia od alkoholu dla kobiet Samodzielne-go Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Rybniku. Badaniami objęto 32 kobiety, przebywające w tym czasie w oddziale. Dokładną charakterystykę badanych przedstawia tabela 1.

**TABELA 1**  
**Charakterystyka badanych osób.**

Wiek		
	N	%
15–20	1	3,1%
21–25	0	0,0%
26–30	3	9,4%
31–35	1	3,1%
36–40	8	25,0%
41–45	7	21,9%
46–50	7	21,9%
51–55	3	9,4%
56–60	2	6,3%
Ogółem	32	100,0%
Aktywność zawodowa		
	N	%
Nie pracuje	18	56,3%
Pracuje	8	25,0%
Renta	5	15,6%
Urlop wychowawczy	1	3,1%
Ogółem	32	100,0%
Liczba dzieci		
	N	%
Bezdzietna	6	18,8%
Jedno	5	15,6%
Dwoje	12	37,5%
Troje	5	15,6%
Czworo	2	6,3%
Pięcioro	2	6,3%
Ogółem	32	100,0%
Stan cywilny		
	N	%
Panna	15	46,9%
Mężatka	5	15,6%
Rozwiedziona	8	25,0%
Wdowa	4	12,5%
Ogółem	32	100,0%
Wykształcenie		
	N	%
Podstawowe	13	40,6%
Zawodowe	9	28,1%
Niepełne średnie	10	31,3%
Ogółem	32	100,0%
Wcześniejsze próby leczenia		
	N	%
Żadnych prób	19	59,4%
Jedna	10	31,3%
Dwie	3	9,4%
Ogółem	32	100,0%
Liczba pobytów w oddziale		
	N	%
Pierwszy	24	75,0%
Drugi	6	18,8%
Trzeci	2	6,3%
Ogółem	32	100,0%

Na każdym z trzech etapów badania zbierano wywiad z pacjentką oraz stosowano technikę koła Shalita. Rozmowy odbywały się w okresie początkowym pobytu, środkowym i końcowym pobytu, zakładając, iż przeciętny czas terapii wynosi około 42 dni. Badanie oparto na subiektywnych opiniach i odczuciach pacjentek.

Z uwagi na fakt, iż nie ma obiektywnej metody badania zmiany motywacji lub motywów, deklaracje pacjentek przyjęto jako „obiektywnie prawdziwe”. Informacje zbierane od badanych nie były konfrontowane z terapeutami lub dokumentacją lekarską.

Etap pierwszy odbywał się w okresie od 1. do 4. dnia po przyjęciu do oddziału. Wywiad miał na celu zebranie informacji dotyczących pacjentki oraz odpowiedzi na pytania: „Co zadecydowało o tym, że się Pani tu znalazła?”, „Czy zamierza Pani zmienić coś w swoim życiu, jeśli tak to, co?” i: „Czy pobyt na oddziale może być dla Pani pomocny?” Pomocnicza technika koła Shalita polegała na tym etapie na wypisaniu przez pacjentkę odpowiedzi na pytanie: „Co, Pani zdaniem, wpłynęło na to, że znalazła się Pani w oddziale odwykowym?” oraz na rangowaniu tych odpowiedzi według zasady, iż numer 1 oznaczał odpowiedź najważniejszą w odczuciu pacjentki.

Etap drugi odbywał się w okresie od 18.-22. dnia pobytu w oddziale. Wywiad zawierał pytania dotyczące zmian, które pojawiły się od czasu ostatniej rozmowy. W załączonym kole Shalita pacjentki wypisywały i rangowały odpowiedzi na pytanie: „Co, Pani zdaniem, wpłynęło/wpływa na to, że nadal tu Pani jest?”

Trzeci etap odbywał się w okresie od 38.-42. dnia pobytu. Wywiad dotyczył zmian, które zaszły podczas pobytu i leczenia, planów na przyszłość oraz odpowiedzi na pytania: „Czy myśli Pani, że coś Pani tu osiągnęła, czegoś się nauczyła, coś zmieniła?” i: „Czy jest coś jeszcze co chciałaby Pani zmienić?”. W kole Shalita pacjentki wpisywały i rangowały odpowiedzi na pytanie: „Co, Pani zdaniem, wpłynęło/wpływa na to, że nadal tu Pani jest i kończy leczenie?”

**TABELA 2**  
**Liczba badanych w poszczególnych etapach.**

	Liczba badanych na poszczególnych etapach		Badane opuszczające leczenie	
	N	%	N	%
Pierwszy etap	32	100,0%		
Drugi etap	30	93,8%	2	6,3%
Trzeci etap	27	84,4%	3	9,4%
Ogółem			5	15,6%

Pacjentki, które z różnych względów opuściły oddział w trakcie leczenia oraz przeprowadzanego badania, zostały włączone do grupy badawczej, lecz wyłączone z zestawień statystycznych z powodu możliwości powstania przekłamań. Tabela 2 przedstawia liczbę pacjentek opuszczających oddział w trakcie leczenia oraz etap badania, po którym pacjentki opuściły oddział.

## WYNIKI

Celem pierwszego etapu badania było zebranie motywów do podjęcia terapii w oddziale. W drugim etapie badania celem było zebranie motywów do kontynuowa-

nia terapii, w trzecim – motywów ukończenia terapii (wytrwania w terapii do końca). Badane odpowiadając na konkretne pytanie na każdym z etapów, podawały owe motywy oraz oceniały ich subiektywną ważność. Należy podkreślić, iż były to całkowicie subiektywne oceny.

W celu sklasyfikowania pogrupowano motywy deklarowane przez badane w następujący sposób:

1) motywy rodzinne (dla polepszenia stosunków w rodzinie, presja rodziny, przymus, namowy członków rodziny, zagrożenie utratą rodziny),

2) motywy zdrowotne (pojawienie się choroby somatycznej, lęk przed chorobą, złe samopoczucie somatyczne),

3) motywy związane z czynnikiem prawnym, sądowym (sądowe zobowiązanie do leczenia),

4) motywy związane z instytucjami pomocowymi, osobami zewnętrznymi (namowy psychologów, z którymi badane były w kontakcie indywidualnym lub z którymi miały kontakt w Ośrodkach Interwencji Kryzysowej, namowy osób uzależnionych, które przebyły terapię),

5) motywy związane z czynnikami bytowymi (zagrożenie utratą pracy, pogorszenie sytuacji materialnej),

6) motywy związane z poczuciem bezradności lub wstydem (nieumiejętność samodzielnego poradzenia sobie z nałogiem, brak wyjścia, słabość)

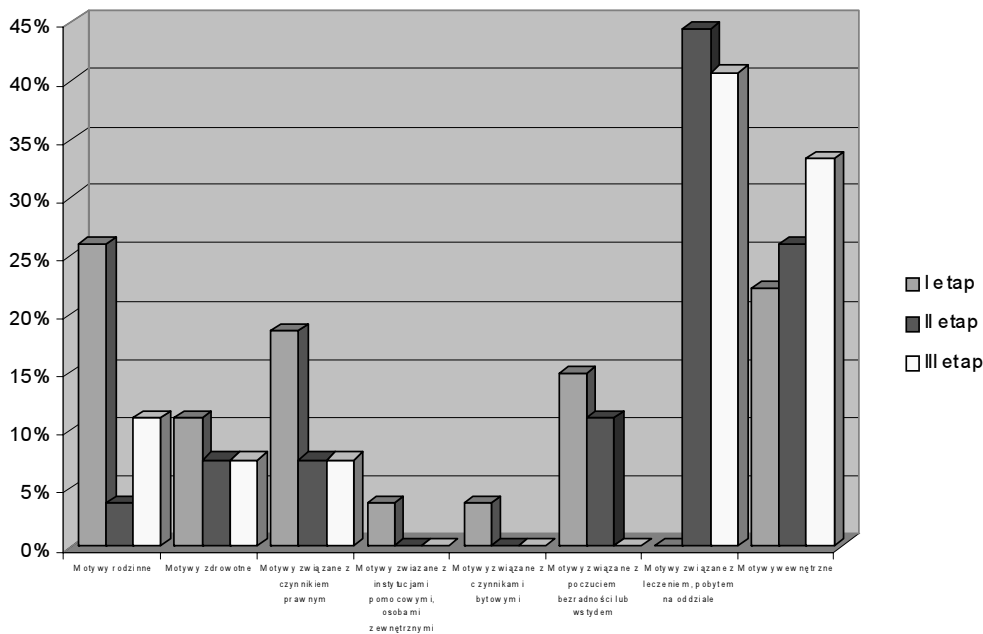
7) motywy związane z leczeniem, pobytem na oddziale (uczestnictwo w mityngach AA w kontekście kontaktów z innymi uzależnionymi i ich sposobami radzenia sobie z chorobą; zdobywana wiedza; pozytywna atmosfera na oddziale np. wsparcie ze strony innych leczących się, identyfikacja z nimi, wsparcie ze strony terapeutów; profesjonalna pomoc terapeutyczna, sposób przekazywania wiedzy, profesjonalne prowadzenie zajęć),

8) motywy wewnętrzne (deklarowana chęć wyzwolenia, „dla siebie” niezwiązane z zewnętrznymi naciskami)

Motywy w grupach od 1 do 6 określić można jako motywy zewnętrzne oraz jako szeroko pojęte motywy związane ze szkodami spowodowanymi alkoholem. Grupa 8 dotyczy motywów, które nie były związane z zewnętrznymi naciskami lub jakimikolwiek namowami.

Do zestawień statystycznych zostały wzięte pod uwagę tylko motywy podawane jako najważniejsze (na miejscu pierwszym), a więc główne. Rycina 1 przedstawia rozkład głównych motywów w poszczególnych etapach badania.

W etapie pierwszym badania, 7 osób podało motywy rodzinne jako główne motywy podejmowania terapii w oddziale terapii uzależnienia, a więc związane z naciskami ze strony rodziny. Sześć osób jako główny motyw podjęcia terapii relacjonowało motywy wewnętrzne, niezwiązane z zewnętrznymi naciskami (dla wyzwolenia się, „dla siebie”). Motywy związane z czynnikiem prawnym, sądowym pojawiły się u 5 osób, 4 osoby jako najważniejszy powód podjęcia terapii podało motywy związane z poczuciem bezradności lub wstydem. Motywy związane ze stanem zdrowia jako główne powody podjęcia leczenia podało 3 osoby. Motywy związane z czynni-

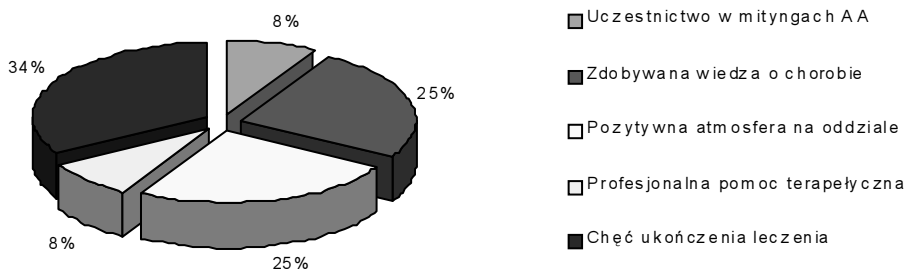


Ryc. 1. Główne motywy podjęcia, kontynuowania i ukończenia terapii.

kami bytowymi oraz z instytucjami pomocowymi lub czynnikami zewnętrznymi podało po jednej osobie.

W drugim etapie badania, jako główne motywy kontynuowania terapii na oddziale, 12 osób podało, pojawiające się w tym etapie, motywy związane z leczeniem i pobytem na oddziale. Ponieważ aspekt ten jest istotny w kontekście efektywniejszego motywowania pacjentek do terapii, uszczegółowiono te motywy. Rycina 2 przedstawia rozkład szczegółowych motywów dotyczących pobytu na oddziale.

Jako motyw kontynuowania leczenia, w kontekście pobytu na oddziale, 4 osoby podały chęć ukończenia leczenia. Zdobywanie wiedzy o chorobie oraz pozytywną atmosferę (szczegółowo opisaną powyżej, w klasyfikacji motywów – ad.7) w oddziale podało po 3 osoby, natomiast uczestnictwo w mityngach AA oraz profesjo-

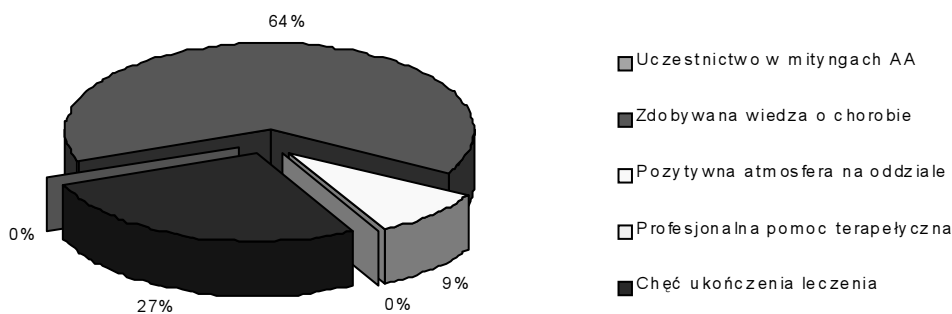


Ryc. 2. Motyw pobytu i leczenia w oddziale w drugim etapie.

nalną pomoc (szczegółowo opisane powyżej, w klasyfikacji motywów – ad.7), jako motywy kontynuowania terapii w aspekcie pobytu na oddziale, podało po 1 osobie.

Kolejnym motywem kontynuowania terapii są motywy wewnętrzne, które podało, jako najważniejsze na tym etapie, 6 osób. Motywy związane z poczuciem bezradności lub wstydem podały 3 osoby. Motywy zdrowotne oraz te związane z czynnikiem prawnym, jako najważniejsze do kontynuowania leczenia, podało po 2 osoby. Motywy rodzinne pojawiły się w tym etapie u jednej osoby.

W trzecim etapie badania 11 osób jako najważniejszy motyw ukończenia leczenia podaje motywy związane z leczeniem i pobytym na oddziale. Dla porównania rycina 3 przedstawia rozkład szczegółowych motywów dotyczących pobytu i leczenia na oddziale w etapie trzecim badania.



Ryc. 3. Motywy pobytu i leczenia w oddziale w trzecim etapie.

Widać, iż jako jeden ze szczegółowych motywów do ukończenia leczenia, w kontekście pobytu na oddziale, siedem osób podało zdobytą wiedzę o chorobie, trzy osoby podały tu chęć zakończenia terapii, a jedna osoba pozytywną atmosferę na oddziale. W etapie tym nie pojawiło się, jako główny motyw, uczestnictwo w mityngach AA oraz profesjonalna pomoc.

Kolejne motywy ukończenia terapii to motywy wewnętrzne – podało je 9 osób. Jako główne motywy ukończenia terapii 3 osoby podały motywy rodzinne. Po dwie osoby zadeklarowały motywy zdrowotne oraz te związane z czynnikiem prawnym, sądowym. W tym etapie, jako najważniejsze nie pojawiły się: motywy związane z instytucjami pomocowymi, osobami zewnętrznymi, motywy związane z poczuciem bezradności, wstydem oraz motywy związane z czynnikami bytowymi.

Dla weryfikacji hipotezy, dotyczącej zmiany głównych motywów w przebiegu terapii, zastosowany został test  $\chi^2$  Pearsona. Wyniki testu przedstawiają tabele 3, 4 i 5.

Hipoteza zakłada, że główne motywy terapii zmieniają się w trakcie przebiegu leczenia. Jest to hipoteza konstruktywna, zakładająca odmiennosc cech.

Test  $\chi^2$  Pearsona zastosowany do porównania głównych motywów w pierwszym i drugim etapie terapii, daje wynik 39,505, co przy 30 stopniach swobody i poziomie istotności 0,115 pozwala mówić o statystycznej niezależności cech. W związku z



tym hipoteza konstruktywna została uzasadniona, co pozwala na wniosek, że główne motywy podjęcia i kontynuowania terapii uległy zmianie między jej pierwszym a drugim etapem.

Przy zestawieniu głównych motywów w drugim i trzecim etapie badania wartość testu  $\chi^2$  wyniósł 46,674 przy 20 stopniach swobody i istotności na poziomie 0,001, co pozwala mówić o statystycznej zależności między cechami i nieuzasadnionej hipotezie konstruktywnej. Wynik ten pozwala na wniosek, że między drugim, a trzecim etapem badania nie zaszła istotna zmiana głównych motywów kontynuowania i ukończenia terapii.

Dla potwierdzenia wyniku zestawiono główne motywy podjęcia i ukończenia terapii (I i III etap). Wartość testu  $\chi^2$  wyniosła 18,434 dla 24 stopni swobody i poziomu istotności 0,781, co pozwala mówić o statystycznej niezależności cech i uzasadnieniu hipotezy konstruktywnej. Można wnioskować, iż nastąpiła zmiana dotycząca głównych motywów między rozpoczęciem a zakończeniem terapii.

## OMÓWIENIE

Z uzyskanych wyników można wnioskować, iż najważniejszymi motywami podejmowania terapii uzależnień przez kobiety uzależnione od alkoholu są motywy rodzinne. Mieściłyby się w tej kategorii wszystkie motywy związane z oddziaływaniem rodziny lub zagrożeniem jej stratą, takie jak: „dla polepszenia stosunków w rodzinie, dla dzieci lub współmałżonka, presja rodziny, przymus lub namowy członków rodziny”. Potwierdzałoby to hipotezę, iż główne motywy podjęcia terapii związane są z wpływem rodziny. Również w piśmiennictwie często podkreśla się znaczenie motywującego do leczenia otoczenia społecznego (1, 4). W dalszej kolejności, jako główne motywy podjęcia terapii, wymienione zostały: motywy związane z czynnikiem prawnym (zobowiązanie do leczenia), motywy związane z poczuciem bezradności lub wstydem, motywy związane ze stanem zdrowia (pogorszenie się lub strach przed pogorszeniem się), motywy związane z czynnikami bytowymi (zagrożenie utratą pracy, pogorszenie sytuacji materialnej) oraz związane z instytucjami pomocowymi lub osobami zewnętrznymi. Są to motywy zewnętrzne, sterowane koniecznością. Potwierdzałoby to często opisywany w piśmiennictwie związek presji społecznej z podejmowaniem leczenia (10) oraz wagę „wzmocnień negatywnych” – np. groźba utraty pracy lub rodziny, jako elementu motywującego do leczenia (4,8). Również groźba realnych problemów z sądem lub policją w przypadku niespełnienia warunków zobowiązania, jakim jest leczenie, opisywana jest jako motyw rozpoczęcia leczenia (7).

Interesujący jest fakt, iż jako główny motyw podjęcia terapii ok. 1/4 badanych podała motywy wewnętrzne, czyli niezwiązane z zewnętrznym naciskiem. Zaliczyć można tu wszelkie deklaracje dotyczące podjęcia leczenia „dla siebie” lub „dla wyzwolenia się”. Powyższe deklaracje są jednak mało klarowne, w związku z czym nasuwa się przypuszczenie, iż ta grupa osób mogła nie dostrzegać prawdziwych powodów zgłoszenia się na leczenie. Opierając się na subiektywnych

wypowiedziach badanych (zgodnie z przyjętym założeniem), deklaracje te należy jednak uwzględnić.

Głównymi motywami kontynuowania terapii okazały się motywy związane z pobytem na oddziale, leczeniem (omówione szczegółowo w wynikach badań – ad.7), które w drugim etapie badania pojawiły się jako nowe. Wśród nich jako najważniejsze wymienione zostały motywy związane z chęcią ukończenia leczenia. Fakt ten wskazywałby na to, iż ambicja lub chęć pokazania, że można zakończyć coś, co się rozpoczęło, jest najbardziej motywująca do dalszego leczenia. Mniej istotne, ale również ważne, okazało się zdobywanie wiedzy o uzależnieniu oraz pozytywna atmosfera na oddziale, a także uczestnictwo w mityngach AA oraz profesjonalna pomoc terapeutyczna. Wyniki te są interesujące w kontekście uczestnictwa w mityngach AA, które jest czynnikiem pozytywnie wpływającym na okres utrzymania abstynencji (5), a z którymi pierwszy kontakt często odbywa się właśnie podczas leczenia na oddziale. Jak wynika z badań (2) jedną z form leczenia, która jest skuteczna w utrzymywaniu dłuższej abstynencji jest Wspólnota AA. Osoby zaangażowane w ten ruch osiągają dłuższą abstynencję, w porównaniu z osobami niebiorącymi udziału w mityngach (2). W środkowym okresie leczenia ważniejsze stają się dla pacjentek ich osobiste, niezależne od wpływu otoczenia, powody kontynuowania terapii. Jak wynika z badań mniejsza liczba pacjentek podaje w tym okresie motywy zewnętrzne. Mniej istotny staje się wpływ rodziny, a także zobowiązania sądowego lub innych zagrożeń, które wpłynęły na podjęcie decyzji o leczeniu.

W etapie trzecim nie pojawiają się żadne nowe motywy. Najistotniejsze główne motywy ukończenia terapii również związane są z pobytem w oddziale i leczeniem. Wskazuje je jednak mniejsza liczba pacjentek niż w poprzednim etapie. Wśród nich, jako najważniejszy powód ukończenia terapii badane podały zdobywaną (zdobytą) wiedzę o chorobie. W dalszej kolejności badane zadeklarowały chęć ukończenia leczenia oraz pozytywną atmosferę na oddziale. Jako główny motyw zakończenia terapii nie pojawiło się uczestnictwo w mityngach AA oraz profesjonalna pomoc terapeutyczna. W tym okresie motywy wewnętrzne podawane są przez większą liczbę badanych niż w okresie poprzednim. Jeszcze ważniejsze niż w poprzednim etapie staje się tu wewnętrzne przekonanie o słuszności podjęcia terapii i kontynuowania jej, głównie dla siebie, a nie dla innych. Motywy rodzinne, w porównaniu z poprzednim etapem, wskazuje więcej badanych – prawdopodobnie pacjentki wiedząc, że w niedługim czasie opuszczą oddział, większą uwagę zwracają na rodzinę oraz miejsce, do którego powrócą. Podaje je jednak mniej osób niż w początkowym etapie leczenia. Nie potwierdzałyby to hipotezy, postawionej na początku badania, iż motywy związane z wpływem rodzinnym zmniejszają się w trakcie trwania terapii. Inne, główne motywy podjęcia leczenia pozostają w tym etapie badania na takim samym poziomie jak w poprzednim etapie lub nie pojawiają się.

Główna hipoteza została potwierdzona, ponieważ nastąpiła zmiana głównych motywów w przebiegu terapii w oddziale leczenia uzależnień. Zmiana głównych motywów zachodzi między pierwszym i drugim etapem badania, jak również między pierwszym i trzecim. Zmiana nie następuje między etapem drugim a trzecim.

## WNIOSKI

1. W przebiegu terapii kobiet uzależnionych od alkoholu następuje zmiana głównych motywów pojawiających się w trakcie leczenia w oddziale terapii uzależnień.

2. Najczęściej wymienianymi motywami podjęcia terapii okazały się motywy zewnętrzne – rodzinne, zdrowotne, związane z czynnikiem prawnym, sądowym, związane z instytucjami pomocowymi, osobami zewnętrznymi, związane z czynnikami bytowymi, związane z poczuciem bezradności lub wstydem.

3. Wśród motywów zewnętrznych najczęściej wymieniane są motywy związane z wpływem rodziny – zagrożenie utratą rodziny, presja członków rodziny, namowy, dla polepszenia stosunków w rodzinie.

4. Często wymieniane były również motywy wewnętrzne, niezwiązane z jakimikolwiek namowami lub presją.

5. Najczęściej wymienianym motywem kontynuowania terapii są motywy związane z pobytem w oddziale i leczeniem: chęć ukończenia leczenia, pozytywna atmosfera na oddziale, zdobywana wiedza, uczestnictwo w mityngach AA, profesjonalna pomoc terapeutyczna. Wśród nich najczęściej wymieniana jest chęć ukończenia leczenia.

6. Motywy wewnętrzne kontynuowania terapii są częściej wymieniane niż motywy wewnętrzne rozpoczęcia tej terapii – częściej występują w środkowym okresie leczenia w oddziale.

7. Wszystkie motywy zewnętrzne (w tym rodzinne) wpływają w mniejszym stopniu na kontynuowanie terapii niż jej rozpoczęcie.

8. Najczęściej wymienianym motywem ukończenia terapii są również motywy związane z leczeniem i pobytem w oddziale – wśród nich najczęściej wymieniana okazała się zdobywana (zdobyta) wiedza.

9. Motywy wewnętrzne w okresie końcowym leczenia podaje największa liczba badanych, w porównaniu z okresami poprzednimi – można stwierdzić, że pacjentki w tym okresie są bardziej świadome konieczności leczenia i leczą się „dla siebie”.

10. Motywy rodzinne są podawane przez większą liczbę pacjentek w odniesieniu do dokończenia terapii niż jej kontynuowania.

11. Wszystkie motywy wewnętrzne (w tym rodzinne) w mniejszym stopniu wpływają na chęć dokończenia terapii niż jej rozpoczęcie i w podobnym stopniu (oprócz motywów rodzinnych) motywują do kontynuowania, jak i dokończenia terapii.

Wiedza na temat zamiany głównych motywów w przebiegu terapii uzależnień wydaje się być przydatna dla praktycznego zastosowania. Wiedząc, że motywy pojawiające się w trakcie pobytu w oddziale zmieniają się w przebiegu terapii, można wysnuć wnioski dotyczące lepszego motywowania pacjentek do leczenia.

Z badań wynika, iż głównym motywem podjęcia terapii są motywy związane z naciskiem zewnętrznym, głównie rodzinnie. Podkreśla się to również w piśmiennictwie. Dodatkowo, jako główny powód podjęcia leczenia badane deklarowały motywy wewnętrzne. Można by przypuszczać, iż nie potwierdziła się hipoteza, założona

na początku badania, dotycząca niewystępowania wewnętrznych motywów podjęcia terapii. Wnioskować można, iż kobiety uzależnione stanowią odmienną grupę niż badani mężczyźni lub grupy mieszane, w swych motywach podejmowania leczenia. Pozwalałoby to na lepsze zrozumienie kobiet uzależnionych.

Jednocześnie nasuwa się przypuszczenie, iż ta grupa osób (6 badanych) nie dostrzegła prawdziwych powodów zgłoszenia się na leczenie. Deklaracje „dla siebie” lub „dla wyzwolenia się” są mało klarowne, trudno również przypuszczać, aby badane nie ponosząc żadnych konsekwencji używania alkoholu, zgłosiły się na leczenie. Prawdopodobnie aspekt ten wymagałby szerszego dopytania pacjentek, jednak ze względu na to, iż opierano się na deklaracjach badanych, wypowiedzi te należy uwzględnić.

W środkowym okresie terapii znaczącą rolę odgrywają takie motywy, jak: uczestnictwo w mityngach AA, pozytywna atmosfera na oddziale (pozytywne kontakty z innymi leczącymi się, pomoc i wsparcie personelu), zdobywana wiedza o uzależnieniu, a także profesjonalna pomoc terapeutyczna, które motywują do kontynuowania terapii oraz do pozostania w oddziale, pomimo pojawiającej się chęci opuszczenia go. Stanowi to istotną wskazówkę dotyczącą czynników najlepiej motywujących pacjentki do wytrwania w terapii. Na wyżej wymienione czynniki należałoby zwrócić szczególną uwagę od początku, aż do środkowego okresu pobytu w oddziale. Istotne byłoby, aby elementy te pojawiły się w początkowych tygodniach pobytu w oddziale.

Jako najważniejszy powód ukończenia terapii badane podały zdobywaną (zdobytą) wiedzę o uzależnieniu. Wynika z tego, iż od środkowego do końcowego okresu pobytu na oddziale wiedza jest najbardziej motywującym do dalszego leczenia czynnikiem. Do wiedzy o uzależnieniu należałoby w tym okresie przykładać szczególną wagę. W związku z niepotwierdzeniem hipotezy, iż wpływ motywów rodzinnych zmniejsza się w trakcie terapii, w okresie końcowym leczenia należy również zwrócić uwagę na kontekst rodzinny pacjentek.

W końcowym okresie pobytu największa liczba badanych, jako główny powód ukończenia terapii, podała motywy wewnętrzne, co pozwala na wniosek, że pacjentki w tym okresie są bardziej świadome konieczności leczenia i leczą się „dla siebie”.

W związku z potwierdzeniem głównej hipotezy wnioskować można, iż praca nad motywacją pacjentek powinna zachodzić głównie w okresie początkowym terapii, gdyż czynniki terapeutyczne pojawiające się w pierwszych tygodniach leczenia, odgrywają istotną rolę w podjęciu decyzji o kontynuowaniu terapii.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bronowski P.: *Czynniki związane z podejmowaniem leczenia odwykowego po odbyciu hospitalizacji psychiatrycznej przez pacjentów uzależnionych od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania, 1997, nr 4 (29), 565-574.
2. Bronowski P.: *Czynniki związane z utrzymaniem abstynencji przez pacjentów uzależnionych od alkoholu hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym – 3-letnia katamneza*, Alkoholizm i Narkomania, 1997, nr 1 (26), 47-60.

3. Budzyński W.: *Samoocena realizowania wartości a motywacja do leczenia się z nałogu u osób uzależnionych od heroiny*, Ann. Acad. Med. Gedan., 1993, 23, 125-137.
4. Juczyński Z., Szamboraska J., Jędrzejczak A.: *Wyznaczniki efektywności leczenia osób uzależnionych od alkoholu*. Psychiatria Pol. 1992, 25, 411-420.
5. Leksowski W.: *Analiza wybranych czynników warunkujących nawroty picia pacjentów uzależnionych od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania, 1995, nr 1 (18) 55-65.
6. Marszał-Wiśniewski M.: *Siła woli u osób uzależnionych od alkoholu*. Terapia Uzależnień i Współuzależnień, 1999, nr 3, 30-45.
7. Sobolewska-Bała Z.: *Nie potrzebuję się leczyć*, Terapia Uzależnień i Współuzależnień, 1999, nr 6, 25-35.
8. Sobolewska Z.: *Rozpoczynanie procesu leczenia*, Terapia Uzależnień i Współuzależnień, 1999, nr 4, 20-30.
9. Strelau J. (red.): *Psychologia – podręcznik akademicki*, Tom II, GWP, Gdańsk 2002, 427-466.
10. Załuska M., Bronowski P., Białyśzewski A., Traczewska Z.: *Czynniki sprzyjające uczestnictwu pacjentów oddziału psychiatrycznego w mityngach AA*. Alkoholizm i Narkomania, 1992, nr 11/12, 149-163.

Adres do korespondencji:

Jacek Budzyński  
Zakład Psychologii  
Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej  
Śląska Akademia Medyczna w Katowicach  
ul. Medyków 12  
40-752 Katowice  
tel. +32 208 86 42, + 32 208 86 45