

Motywy utrzymywania abstynencji a metapoznanie i emocje samoświadomościowe u osób uzależnionych od alkoholu

Motives of abstinence versus metacognition and self-conscious emotions in people addicted to alcohol

Mateusz Wojtczak, Sławomir Ślaski

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Summary

Aim. The target of the present study was to show the relationship between time and motives for maintaining abstinence and metacognitive beliefs about alcohol and self-conscious emotions.

Methods. Ninety-one alcohol-dependent individuals who are currently maintaining abstinence participated in the study. Three instruments were used to measure individual variables: RALD was used to examine motives for maintaining abstinence, MPA was used to measure the level of individual metacognitive beliefs about alcohol, and SUM 5 was used to measure the level of self-conscious emotions in addicts who maintain abstinence. Correlation analyses were performed and differences in mean ranks of metacognition and self-awareness emotions were examined for the two independent samples.

Results. All metacognitive beliefs were shown to negatively correlate with abstinence time. Some metacognitive beliefs were negatively associated with abstinence motives. Moreover, positive associations of self-conscious emotions and metacognitive beliefs with time and abstinence motives were found. Both metacognitive beliefs and self-conscious emotions have different mean levels depending on the duration of abstinence.

Conclusions. The study revealed that both psychological constructs are related to abstinence maintenance and can be creatively used in further analyses of addiction recovery and relapse prevention.

Słowa kluczowe: motywy abstynencji, przekonania metapoznawcze, samoświadomościowe emocje

Key words: abstinence motives, metacognitive beliefs, self-conscious emotions

Wstęp

W świetle najnowszych badań dotyczących heteronomicznego modelu uzależnienia od alkoholu należy dopasowywać zalecenia i cele związane z leczeniem w zależności od typu uzależnienia od alkoholu. Badacze, odwołując się do tego modelu, rekomendują, że całkowita abstynencja jako cel terapeutyczny jest optymalna dla osób charakteryzujących się przebiegiem uzależnienia od alkoholu typu I oraz IV według podziału Lesha, któremu towarzyszą silne objawy abstynencyjne, a więc drżenie rąk, tachykardia, zmiany ciśnienia krwi, drgawki oraz silny głód przyjmowania alkoholu [1, 2]. W pozostałych typach uzależnienia abstynencja dalej pozostaje optymalnym celem, jednakże nie wyklucza to innych strategii terapeutycznych [3, 4]. W nawiązaniu do powyższego rozróżnienia w niniejszej pracy problematyka abstynencji u osób uzależnionych jest rozumiana jako stan remisji objawów uzależnienia, nigdy zaś jako powrót do stanu pełnej kontroli picia. Pojęcie remisji oraz jej podział zostały tutaj przyjęte zgodnie z najnowszą klasyfikacją ICD-11 [5].

Mając na względzie, że osoba uzależniona w swoich procesach motywacyjnych koncentruje się przede wszystkim na używaniu alkoholu oraz oczekiwaniach z nim związanych, należy w analizie abstynencji skupić się na motywach niepicia. Najogólniej u osób uzależnionych motywy niepicia można podzielić na dwie grupy: zewnętrzne i wewnętrzne [6]. Dość rzadko udaje się natrafić w literaturze przedmiotu na badania koncentrujące się szczegółowo na problematyce motywów niepicia [7]. Obecnie brakuje systematycznej oraz powszechnie stosowanej klasyfikacji motywów abstynencji. Przykładowo istnieją badania, które wyodrębniają dziesięć motywów niepicia [8], ale w innych wymienia się ich nawet czternaście [9]. Prowadzono też badania z wykorzystaniem jednego lub dwóch czynników motywów niepicia [10]. Według autorów badań pełna struktura czynnikowa motywów niepicia obejmuje względy religijne/moralne, chęć zachowania osobistej kontroli, wychowanie, obawy dotyczące wydatków oraz chęć uniknięcia negatywnych konsekwencji. Model ten jest najlepiej opracowany pod względem psychometrycznym [11].

Badacze oraz terapeuci uzależnień są zgodni, że wewnętrzna zmiana osoby uzależnionej następuje wtedy, gdy pacjent ma odpowiednią motywację do tego, aby zmienić swoje dotychczasowe zachowanie [12]. Głównym celem leczenia jest pomoc pacjentowi w uzyskaniu wglądu we własne myślenie oraz emocje w kontekście radzenia sobie z dysfunkcjonalnymi przekonaniami na temat alkoholu oraz samego siebie. Następnym krokiem jest nauka odnajdywania konstruktywnych zachowań, które w trakcie uzależnienia pozostawały poza granicą percepcji umysłowej [13]. Tak więc na tym etapie możemy stwierdzić, że to właśnie te dwa aspekty życia psychicznego człowieka mają fundamentalne znaczenie w rozwoju uzależnienia, jak również w uzyskaniu abstynencji. Są to właśnie procesy poznawcze oraz przeżywane emocje. W dalszej części pracy zostaną omówione oba te konstrukty w kontekście abstynencji. Analizy zostaną ukazane w aspekcie metapoznawczym oraz emocji samoświadomościowych.

Metapoznanie

Mianem metapoznania określamy to wszystko, co ludzie wiedzą o własnych procesach poznawczych, a także to, jak wykorzystują tę samowiedzę w celu regulacji własnego zachowania oraz procesów przetwarzania informacji [14]. Najprościej możemy je zdefiniować jako „myślenie na temat swojego myślenia” albo „poznanie poznania”. Teoretycy metapoznania wyróżnili dwa poziomy struktur poznawczych: metapoziom (samowiedza) oraz poziom obiektowy (procesy poznawcze i afektywne). Ich wzajemną relację opisuje się w kategoriach monitorowania (gdy poziom procesów meta obserwuje zmiany na poziomie obiektowym) oraz kontroli (gdy poziom obiektowy jest regulowany przez metastruktury). W paradygmacie metapoznawczym monitorowanie określa się mianem zdawania sobie sprawy z posiadania własnej wiedzy oraz śledzenia na bieżąco przebiegu własnych procesów poznawczych i emocjonalnych [14]. Kontrola jawi się natomiast jako dyspozycja do regulacji własnego zachowania zgodnie z intencją.

Wells i Matthews [15] podjęli próbę powiązania psychopatologii z metapoznaniem. Swoją teorię zawarli w modelu, który określili mianem samoregulującej funkcji wykonawczej (*Self-regulatory Executive Function – S-REF*) i w którym wiodącą rolę odgrywa mechanizm odgórnego, tj. metapoznawczego, przepływu informacji [16]. Przebieg całego procesu ma charakter swoisty dla danej sytuacji i istnieje tak długo, jak długo ów niechciany stan psychiczny się utrzymuje [17]. Jeśli strategia samoregulacji jest nieadaptacyjna, to wtedy może się ona przyczyniać do powstania nieprawidłowych metaprzekonań [18]. Możemy zatem dostrzec, że powiązanie psychopatologii z modelem metapoznawczym skupia się na nieadaptacyjnym sposobie regulacji emocji oraz dysfunkcyjnych przekonaniach na temat określonych strategii radzenia sobie.

W omawianym przez nas modelu S-REF nieprawidłowe metapoznanie uobecnia się przez tzw. syndrom poznawczo-uwagowy (*Cognitive-attentional Syndrome – CAS*). Zgodnie z koncepcją badaczy można go określić w pierwszej kolejności jako perseweratywne, trudne do kontroli myślenie w formie zamartwiania się bądź ruminacji. Po wtóre, charakteryzuje się on uwagowym stylem monitorowania zagrożenia. To z kolei prowadzi do strategii radzenia sobie, która na skutek utrwalenia nie pozwala na efektywną modyfikację dysfunkcyjnych przekonań [19].

W kontekście uzależnienia od alkoholu powyższy model metapoznawczy został opracowany przez Spadę i wsp. [20]. Badacze ci dostrzegli, że picie alkoholu jest wywołane obecnością nieprawidłowego procesu metapoznawczego. Odwołując się do modelu S-REF, zwrócili też uwagę na dwa typy dysfunkcyjnych przekonań metapoznawczych na temat picia alkoholu: pozytywne i negatywne. Pierwsza grupa stanowi rodzaj oczekiwań wobec konsumpcji alkoholu. Według nich samo picie stanowi pewną strategię regulacji poznawczo-emocjonalnej (np. przekonanie, że picie alkoholu pomaga się zrelaksować). Druga grupa negatywnych przekonań jest związana z poczuciem braku kontroli nad procesem picia oraz szkodami poznawczymi (np. przekonanie, że u mnie nie da się kontrolować picia). Zdaniem autorów pozytywne przekonania wpływają na zaangażowanie się jednostki w picie alkoholu w początkowej fazie uzależnienia. Te negatywne natomiast przyczyniają się do dalszego picia alkoholu oraz postępującego w czasie rozwoju uzależnienia w późniejszych jego fazach [21].

Istotnym elementem, który potęguje działanie dysfunkcjonalnego metapoznania, jest obecność syndromu poznawczo-uwagowego (CAS). Wpływa on niekorzystnie na doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych oraz prowadzi do ich wzmożenia i przedłużenia. Występuje zaś w trzech fazach picia alkoholu: przed zaangażowaniem w picie, w trakcie picia oraz po zaprzestaniu picia [20].

Dotychczasowe badania odnosiły dezadaptacyjne metapoznanie raczej do czynnego uzależnienia lub nadużywania alkoholu [22]. Dostępne są wszakże pojedyncze badania, które ukazują rolę zmian metapoznawczych osoby uzależnionej w kontekście utrzymywania abstynencji [23]. Zgodnie z przewidywaniami poziomy dysfunkcjonalnego metapoznania były najwyższe u osób aktualnie pijących, a najniższe u tych, które kończyły terapię stacjonarną. Co ważne, grupa uzależnionych rozpoczynających leczenie odwykowe wykazała charakterystyczny wzorec stylu metapoznawczego, w tym wykorzystanie pozytywnej oceny picia jako strategii kontroli negatywnych emocji oraz myśli. W związku z tym utrzymywanie dezadaptacyjnych metapoznań może mieć istotny wpływ na ryzyko nawrotu [24]. Lecz badacze w swoich analizach łączących metapoznanie z abstynencją skupiają się właściwie na wymiarze czasowym. Brakuje w literaturze przedmiotu powiązań z innymi wymiarami abstynencji. Autorzy są jednak zgodni co do tego, że zmiana metapoznawczych przekonań pozytywnie oddziałuje na leczenie wielu zaburzeń psychicznych, w tym uzależnienia [19]. W dalszej części pracy zostanie ukazany ów związek metapoznania z abstynencją.

Emocje samoświadomościowe

Konceptualizacja emocji samoświadomościowych – w perspektywie poznawczo-atrybucyjnej – została zaproponowana przez Lewisa [25]. Emocje samoświadomościowe zazwyczaj odnoszą się do zasad i reguł, które są dla jednostki istotne i tym samym zostały zinternalizowane. Owe zasady i normy mogą być natury moralnej, społecznej lub personalnej [26]. Emocje samoświadomościowe powstają w wyniku oceny własnego zachowania dokonanej przez „ja”, ale też mogą się pojawić w sytuacjach oceny cudzego zachowania w kontekście norm istotnych dla jednostki [27].

Jednostka dokonuje porównania sfery „ja” w odniesieniu do norm, standardów i własnych aspiracji, a następnie dokonuje autoatrybucji siebie i swoich zachowań oraz ich interpretacji jako zgodnej lub niezgodnej z jej zasadami [25]. Autoatrybucja jest dwojakiemu rodzajowi. Po pierwsze, dotyczy całości *self*, stąd możemy mówić o samoocenie globalnej jednostki lub charakterologiczno-osobowościowej. Po drugie zaś, możemy mówić o atrybucji częściowej, kiedy oceniana jest nie jednostka jako całość, ale jej konkretne zachowania i czyny, a więc mamy tutaj do czynienia z oceną behawioralną [28].

W kontekście pojawienia się emocji samoświadomościowych w życiu psychicznym najbardziej interesować nas będzie aspekt samooceny. W ramach zaprezentowanej koncepcji można wyróżnić swoiste emocje samoświadomościowe: wstyd, poczucie winy, pychę oraz dumę [25].

Kiedy dana osoba dokonuje transgresji, może pojawić się u niej uczucie wstydu. Jest to emocja, która w sposób szczególnie negatywnie wpływa na jej życie wewnętrzne.

Dotyczy bowiem całościowej, globalnej atrybucji jednostki. Człowiek, przeżywając wstyd, utożsamia się ze złym czynem lub porażką i tym samym przeżywa siebie jako złego pod względem moralnym lub niespełnionego w realizacji ważnych dla siebie celów [29].

Poczucie winy jest o wiele bardziej konstruktywne dla życia wewnętrznego jednostki i jest ono uważane za emocję bardziej dojrzałą w stosunku do wstydu. Przede wszystkim poczucie winy nie jest przeżywane w kontekście całościowej samooceny jednostki, dlatego zły czyn lub porażka w określonym działaniu nie rzutują na globalną samoocenę jednostki, lecz na pewne jej aspekty i umożliwiają konstruktywne porady sobie z tym afektywnym stanem. Z poczuciem winy wiąże się tym samym możliwość zadośćuczynienia oraz poprawy [30].

Duma łączy się z pozytywnymi konsekwencjami dokonanych czynów, które mogą zostać dostrzeżone w sposób obiektywny. Autentyczna duma wywodzi się z częściowych atrybucji określonych sukcesów lub realizacji celów i często koncentruje się na wysiłkach podejmowanych w celu ich osiągnięcia. Można stwierdzić, że jest to duma z własnego zachowania jednostki [26].

Pycha natomiast, podobnie jak wstyd, jest emocją, która uobecnia się w samoocenie globalnej. Oznacza to, że pozytywna ocena samego siebie dotyka całego „ja” jednostki, a źródło danego czynu znajduje się w trwałych i niezmiennych cechach jednostki [25]. Taki wzorzec byłby zgodny z powiązaniem pychy z tendencją do globalnych atrybucji sukcesu [31]. Człowiek pozostający pod wpływem tej emocji czuje się zadowolony z siebie niezależnie od obiektywnej jakości własnych dokonań. Jako taka jest ona uznawana za emocję dysfunkcyjną, która prowadzi do zniekształceń poznawczych własnej osoby.

Jako że utrzymywanie abstynencji jest złożonym problemem dotyczącym sfery emocji oraz ich regulacji, a także stanowi swoistą wartość dla uzależnionych osób, emocje samoświadomościowe wydają się konstruktem powiązanim z abstynencją. Autorzy badający populację osób zdrowych i uzależnionych zauważyli, że i pozytywne, i negatywne emocje samoświadomościowe łączą się z abstynencją [32]. Częstość ich występowania oraz poziom nasilenia niosą ze sobą określone implikacje zarówno w czynnym uzależnieniu, jak i w procesie zdrowienia.

Zgodnie z konceptualizacją tychże emocji badacze wykazali, że duma autentyczna pozytywnie koreluje z utrzymywaniem abstynencji wśród uzależnionych. Również w populacji nieuzależnionych osoby odczuwające tę emocję rzadziej angażują się w problemowe picie [32]. Ci sami badacze dowiedli, że osoby kierujące się w swoich działaniach pychą miały mniejszą skłonność do zmiany obrazu siebie oraz modyfikacji swojego zachowania. W kontekście picia wiązało się to z krótkim trzymaniem się strategii regulacji emocji poprzez picie alkoholu. Natomiast w grupie osób, które rozpoczęły abstynencję po poprzednim problemowym picu, obserwowano większą tendencję do nawrotów [32].

Inni autorzy próbowali sprawdzić, w jaki sposób negatywne emocje samoświadomościowe wiążą się z używaniem alkoholu [33]. Okazało się, że w zależności od konkretnego typu emocji pojawia się odrębna strategia używania alkoholu. Badacze wykazali, że skłonność do wstydu łączy się z powtarzalnymi destrukcyjnymi wzorcami

używania alkoholu. Dzieje się tak dlatego, że owa emocja potęguje doświadczanie negatywnego samopoczucia, a alkohol staje się strategią redukcji i uśmierzenia przykrych afektów. Z kolei poczucie winy może stanowić czynnik ochronny przed problemowym piciem. Powodem tego jest atrybucja częściowa, która skupia uwagę jednostki na poszczególnych zachowaniach oraz płynących z nich konsekwencjach. Należy podkreślić, że badanie to dotyczyło osób zdrowych i odnosiło się wprost do problematycznego picia, pośrednio zaś do abstynencji, która nie była rozumiana w kontekście klinicznym.

Cel badań

Hipotezy

Opisane w artykule badania miały na celu ukazanie związku między metapoznaniem, emocjami samoświadomościowymi a utrzymywaniem abstynencji i jej motywami. Ponadto sprawdzano różnice wewnątrzgrupowe wśród uzależnionych w aspekcie poziomu metapoznania w trakcie utrzymywania abstynencji oraz poziomu emocji samoświadomościowych przeżywanych w przebiegu trwania abstynencji. Zgodnie z hipotezami badawczymi oczekiwano, że:

1. Istnieje ujemny związek między dysfunkcjonalnymi przekonaniem metapoznawczymi na temat alkoholu a czasem i motywami utrzymywania abstynencji.
2. Poziom dezadaptacyjnych metaprzekonań na temat alkoholu jest mniejszy u osób w pełnej remisji niż u osób z wczesną remisją.
3. Emocje samoświadomościowe mają dodatni związek z czasem oraz motywami utrzymywania abstynencji.
4. Poziom emocji samoświadomościowych jest większy u osób w pełnej remisji niż u osób z wczesną remisją.

Material

Uczestnicy i procedura

Badania były prowadzone anonimowo metodą papier-ołówek, a także za pośrednictwem internetu. Wszystkie osoby zostały poinformowane w instrukcji o anonimowości badania oraz jego celach naukowych. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją helsińską. Wszyscy wyrazili zgodę na udział w badaniach. W badaniu wzięło udział $N = 91$ osób w wieku od 22 do 80 lat ($M_{\text{wiek}} = 46,68$ roku; $SD_{\text{wiek}} = 12,41$ lat), wśród których $n_m = 53$ stanowili mężczyźni (58,2%), a $n_k = 38$ stanowiły kobiety (41,8%).

Osoby te były rekrutowane w całodobowych ośrodkach odwykowych spośród osób ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu, jak również w grupach Anonimowych Alkoholików oraz innych grupach samopomocowych. Średni wiek osób badanych, gdy rozpoczęło się u nich problemowe picie alkoholu, wynosił $M_{\text{wiek}} = 25,11$ roku; $SD = 9,81$ lat. Zgodnie z klasyfikacją ICD-11 wyodrębniono wśród badanych

dwie podgrupy badawcze: (1) osoby we wczesnej remisji ($n_w = 41$) oraz (2) w pełnej remisji ($n_p = 50$).

Metody

Narzędzia badawcze

Moje ograniczanie substancji psychoaktywnych (RALD)

Reasons for Abstaining or Limiting Drinking (RALD) [11] (polska adaptacja: Ślaski [34]) to narzędzie do pomiaru motywów niepicia alkoholu. Kwestionariusz zawiera 10 pytań dotyczących motywów utrzymywania/ograniczania abstynencji [11]. Tworzą go trzy skale, które składają się na motywację do niepicia: „Utrata kontroli” – α Cronbacha = 0,84; „Negatywne konsekwencje” – α Cronbacha = 0,90; „Przekonania” – α Cronbacha = 0,54. Wartość poszczególnych odpowiedzi wynosi od 1 („zupełnie nie dotyczy”) do 6 („całkowicie dotyczy”).

Moje przekonania o alkoholu (MPA)

Metacognitive Beliefs about Alcohol Use [18] (polska adaptacja: Ślaski [35]) to narzędzie do pomiaru dezadaptacyjnych metapoznawczych przekonań na temat alkoholu. Kwestionariusz składa się z 18 pytań. Odpowiadając na nie, badani wskazują swoje metapoznawcze przekonania na temat alkoholu. Zostały w nim wyodrębnione dwa główne czynniki: „Pozytywne metapoznanie na temat alkoholu” (dwie pierwsze skale: (a) i (b)) oraz „Negatywne metapoznanie na temat alkoholu” (kolejne dwie skale: (c) i (d)):

- (a) Pozytywne metapoznawcze przekonania na temat samoregulacji emocjonalnej (α Cronbacha = 0,91);
- (b) Pozytywne metapoznawcze przekonania na temat samoregulacji poznawczej (α Cronbacha = 0,81);
- (c) Negatywne metapoznawcze przekonania na temat braku kontroli (α Cronbacha = 0,82);
- (d) Negatywne metapoznawcze przekonania na temat szkód poznawczych wywołanych alkoholem (α Cronbacha = 0,80)

Skale uczuć moralnych (SUM 5)

Skale uczuć moralnych – wersja 5 [27] to narzędzie mierzące pewne inklinacje do doświadczania różnych uczuć w sytuacji transgresji bądź też realizacji ważnych subiektywnie dla jednostki zasad moralnych [36]. W naszym badaniu instrukcja została zmieniona w taki sposób (za zgodą autora), że ową ważną zasadą moralną było przekroczenie bądź też zachowanie abstynencji w chwili nawrotu uzależnienia. SUM 5 składa się z części A, odnoszącej się do sytuacji niedotrzymania abstynencji, oraz części B, która mierzy uczucia związane z zachowaniem abstynencji. Badany

ustosunkowuje się do pytań w skali odpowiedzi od 0 do 6, gdzie 0 oznacza „nigdy”, a 6 – „zawsze, za każdym razem”.

SUM 5 w skali A składa się z 26 pytań mierzących 6 skal. W niniejszym badaniu skupiono się na trzech skalach, które odnoszą się do emocji samoświadomościowych. Są to: „Skala wstydu” (α Cronbacha = 0,72), „Skala globalnego poczucia winy” (α Cronbacha = 0,90), „Skala poczucia skruchy” (α Cronbacha = 0,80).

SUM 5 w części B składa się z 25 pytań tworzących 5 skal. Na potrzeby niniejszego badania wykorzystano 3 skale odnoszące się do interesujących nas emocji samoświadomościowych. Są to: „Skala pychy” (α Cronbacha = 0,91), „Skala dumy” (α Cronbacha = 0,90), „Skala powinności wobec zasad” (α Cronbacha = 0,85). Pierwsza z nich mierzy pychę dysfunkcjonalną, a pozostałe dwie – funkcjonalne poczucie dumy.

Metody statystyczne

Do weryfikacji, czy analizowane zmienne mają rozkład normalny, wykorzystano test Shapiro-Wilka. Wyniki testu okazały się istotne statystycznie dla wszystkich analizowanych zmiennych. Ponieważ rozkład analizowanych zmiennych różni się od rozkładu normalnego, do porównania poziomu zmiennych w wyszczególnionych grupach wykorzystano nieparametryczny test *U* Manna-Whitneya. Analizy różnic między rozkładami prawdopodobieństwa uzupełniono policzeniem wielkości efektu, posługując się miarą współczynnika *r* dla testu *U* Manna-Whitneya. Podobnie – jako że zmienne analizowane w naszej pracy różnią się od rozkładu normalnego – w badaniach korelacyjnych wykorzystano nieparametryczny współczynnik tau-b Kendalla.

Wyniki

Metapoznanie a abstynencja

Istnieją istotne (wszystkie na poziomie $p < 0,05$) związki między dezadaptacyjnymi przekonaniami metapoznawczymi a czasem i motywami abstynencji (tab. 1).

Tabela 1. Korelacja tau-b Kendalla między metapoznawczymi przekonaniami na temat alkoholu a czasem i motywami abstynencji (N = 91)

Skala	Czas abstynencji	Utrata kontroli	Negatywne konsekwencje	Przekonania
PP-RE	-0,28*	-0,08	-0,05	-0,16*
PP-RP	-0,25*	-0,09	-0,04	-0,11
NP-BK	-0,32*	-0,19*	-0,16*	-0,10
NP-SZP	-0,27*	-0,17*	-0,17*	-0,12

* $p < ,05$ (jednostronnie). PP-RE – pozytywne przekonania metapoznawcze na temat samoregulacji emocjonalnej; PP-RP – pozytywne przekonania metapoznawcze na temat samoregulacji poznawczej; NP-BK – negatywne przekonania metapoznawcze na temat braku kontroli; NP-SZP – negatywne przekonania metapoznawcze na temat szkód poznawczych.

Do sprawdzenia hipotezy o istotnie wyższym nasileniu poziomu dezadaptacyjnych przekonań u osób we wczesnej remisji względem tych, które już osiągnęły pełną remisję, wykorzystano test *U* Manna-Whitneya (tab. 2).

Tabela 2. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya dla przekonań metapoznawczych w obu grupach (N = 91)

Skala	Średnia ranga – grupa we wczesnej remisji	Średnia ranga – grupa w pełnej remisji	U Manna-Whitneya	Z	Wielkość efektu	Istotność
PP-RE	55,45	38,25	637,50	-3,09	0,32	0,02
PP-RP	56,83	37,20	581,00	-3,57	0,37	0,001
NP-BK	60,23	34,33	441,50	-4,76	0,50	0,001
NP-SZP	55,83	37,94	622,00	-3,29	0,34	0,001

PP-RE – pozytywne przekonania metapoznawcze na temat samoregulacji emocjonalnej; PP-RP – pozytywne przekonania metapoznawcze na temat samoregulacji poznawczej; NP-BK – negatywne przekonania metapoznawcze na temat braku kontroli; NP-SZP – negatywne przekonania metapoznawcze na temat szkód poznawczych.

Emocje samoświadomościowe a abstynencja

Istnieją istotne związki między poziomem emocji samoświadomościowych a czasem i poszczególnymi motywami abstynencji (tab. 3).

Tabela 3. Korelacja tau-b Kendalla między wymiarami emocji samoświadomościowych a motywami abstynencji (N = 91)

Skala	Czas abstynencji	Utrata kontroli	Negatywne konsekwencje	Przekonania
Wstyd	0,11	0,18**	0,14*	0,06
Globalne poczucie winy	0,04	0,13*	0,06	-0,06
Poczucie skruchy	0,24**	0,25**	0,18**	0,13*
Pycha	0,11	0,15*	0,17*	0,10
Duma	0,21**	0,35**	0,32**	0,16*
Powinność wobec zasad	0,28**	0,37**	0,36**	0,19*

* $p < 0,05$ (jednostronnie); ** $p < 0,01$ (jednostronnie)

Do sprawdzenia hipotezy o istotnie wyższym nasileniu poziomu emocji samoświadomościowych u osób w pełnej remisji względem tych, które jeszcze nie osiągnęły pełnej remisji, wykorzystano test *U* Manna-Whitneya (tab. 4).

Tabela 4. Wyniki testu *U* Manna-Whitneya dla emocji samoświadomościowych w obu grupach (N = 91)

Skala/zmienna	Średnia ranga (wczesna remisja)	Średnia ranga (pełna remisja)	U Manna-Whitneya	Z	Wielkość efektu	Istotność
Wstyd	41,56	49,64	843,00	-1,45	0,15	0,14

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Globalne poczucie winy	44,48	47,25	962,50	-0,50	0,05	0,61
Poczucie skruchy	36,66	53,66	642,00	-3,06	0,32	0,002
Pycha	42,01	49,27	861,50	-1,30	0,13	0,19
Duma	39,04	51,71	739,50	-2,28	0,23	0,02
Powinność wobec zasad	36,29	53,96	627,00	-3,18	0,33	0,001

Dyskusja

W niniejszej pracy próbowano wykazać, że niski poziom dezadaptacyjnych metapoznań i tym samym ich większa adaptacyjność stanowi istotny czynnik w procesie zdrowienia z uzależnienia. Przeprowadzone badania korelacyjne potwierdziły w całości zakładaną hipotezę. Oznacza to, że zgodnie z wynikami dotychczasowych badań [23] im mniejszy jest poziom dezadaptacyjnych metapoznań, tym bardziej możemy mówić o potencjalnie dłuższym czasie utrzymywanej abstynencji. Stąd można wysnuć wniosek natury predykcyjnej, że im bardziej przekonania metapoznawcze stają się adaptacyjne, tym bardziej stanowią czynnik podtrzymujący abstynencję i profilaktykę nawrotów uzależnienia od alkoholu.

W opisywanym badaniu sprawdzono, czy dezadaptacyjne metapoznanie łączy się ujemnie z motywami abstynencji i jakie to ma znaczenie w kontekście procesu zdrowienia. Wyniki potwierdziły częściowo zakładaną hipotezę. W literaturze przedmiotu nie ma jednoznacznych doniesień, które ukazywałyby związek metapoznań z motywami abstynencji, stąd można uznać, że uzyskane przez nas rezultaty stanowią pewne novum w tej materii.

Wykazano, że oba wymiary negatywnych metapoznań mają ujemny związek z motywami utraty kontroli oraz negatywnych konsekwencji. Oznacza to, że prawdopodobnie wraz z redukcją dysfunkcyjnych negatywnych przekonań osoby uzależnione dostrzegają coraz wyraźniej brak kontroli nad swoim piciem i zyskują lepszą zdolność właściwego postrzegania oraz oceny negatywnych skutków picia (wpływ na procesy poznawczo-emocjonalne) [37].

Interesujący jest z kolei brak istotnych związków pozytywnych metapoznań z wyżej omawianymi motywami abstynencji. Być może wynika to z faktu, że struktura owych przekonań zakłada właśnie poczucie kontroli oraz własnej skuteczności i nawet ich niski poziom nie sprawia, że osoba uzależniona utrzymuje abstynencję z powodu braku kontroli i negatywnych konsekwencji.

Ostatnim motywem abstynencji uwzględnionym w naszym badaniu są przekonania. Wyniki ukazały jedynie ujemny słaby związek z pozytywnymi metapoznawczymi przekonaniami na temat samoregulacji emocji. Zgodnie z wynikami badań innych autorów dowiedziono, że wraz ze zmniejszeniem tego typu metaprzekonań osoby uzależnione zaczynają regulować swój stan emocjonalny w inny sposób [19]. Być

może wraz z nauką nowych strategii samoregulacji emocjonalnej następuje pewne przewartościowanie w sferze motywacyjnej.

By sprawdzić, czy faktycznie i kiedy następuje poprawa w poziomie dysfunkcyjnych metaprzekonań u osób utrzymujących abstynencję, dokonano porównania dwóch grup: osób we wczesnej remisji (mniej niż 12 miesięcy) oraz w pełnej remisji (ponad 12 miesięcy). Podział ten podyktowany był faktem, że właśnie w ciągu pierwszego roku od zaprzestania picia najczęściej osób wraca do czynnego uzależnienia [38]. Okazało się – zgodnie z hipotezą 2 – że faktycznie występują istotne różnice w poziomie dezadaptacyjnych metapoznań na korzyść grupy będącej w pełnej remisji. Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach [23]. Jest prawdopodobne, że pacjenci, którzy nauczyli się radzić sobie z dystresem psychicznym bez alkoholu i korzystali z interwencji programów terapeutycznych i grup samopomocowych, zmienili niektóre ze swoich przekonań na temat spożywania alkoholu.

Kolejnym celem tego badania była weryfikacja hipotez o dodatnim związku emocji świadomościowych z czasem oraz motywami abstynencji. Hipoteza 4 została potwierdzona w sposób częściowy. Zgodnie z wynikami badań innych autorów zakłada się, że duma autentyczna wykazuje związek z utrzymywaniem abstynencji, natomiast przeżywana pycha może sprzyjać abstynencji na początku jej trwania, potem natomiast może być predyktorem nawrotu do uzależnienia [32]. Istnieją także rozbieżne doniesienia pokazujące, że wzbudzenia negatywnych emocji świadomościowych takich jak wstyd i poczucie winy mają odmienny wpływ na strategię wspierania abstynencji u osób uzależnionych [39, 40].

W niniejszym badaniu dowiedziono, że tylko adaptacyjne emocje świadomościowe, a więc poczucie winy (mierzone skalą poczucia skruchy) oraz poczucie dumy (mierzone skalą dumy oraz powinności wobec zasad), w sposób istotny dodatnio korelują z czasem abstynencji. Jest to częściowe potwierdzenie przywoływanych wyżej badań. Oznacza to, że funkcjonalne i dojrzałe emocje świadomościowe (nawet negatywne), które osoba uzależniona zaczyna przeżywać w trakcie utrzymywania abstynencji, mogą być pomocne w dalszym procesie zdrowienia [32].

Kolejnym punktem analizy była weryfikacja hipotezy o dodatnim związku emocji świadomościowych z motywami abstynencji, którą udało się częściowo potwierdzić. W literaturze przedmiotu nie znajdujemy jednoznacznych badań nad związkiem emocji świadomościowych oraz motywami abstynencji. Dotychczas autorzy badań dotyczących abstynencji łączyli emocje świadomościowe z motywami picia [33], stąd niełatwo będzie odnieść prezentowane tutaj wyniki do innych prac.

Analiza korelacji ujawniła, że wszystkie emocje świadomościowe współwystępują dodatnio z motywem utraty kontroli. Oznacza to, że wgląd we własne emocje prawdopodobnie pozwala osobom uzależnionym zaakceptować fakt nieodwracalnej utraty zdolności kontrolowanego picia. Wykazano, że najsilniejszy dodatni związek z tym motywem mają emocje funkcjonalne (poczucie winy, poczucie dumy) i tym samym to one w dłuższej perspektywie mogą służyć podtrzymaniu owej motywacji. Wstyd i pycha przypuszczalnie mają związek z tym motywem na początku drogi do trzeźwego życia [32]. Natomiast funkcjonalne emocje winy oraz dumy prawdopodobnie silniej ujawniają się na późniejszych etapach zdrowienia.

Wykazano też, że wszystkie emocje świadomościowe poza wstydem dodatnio wiążą się z motywem negatywnych konsekwencji. Uzależnienie wywołuje wiele szkód w funkcjonowaniu psychicznym człowieka, co wzbudza w nim bardzo silne, niekiedy destrukcyjne emocje. Ich skrajne natężenie (zgodnie z modelem metapoznawczym) zamyka jednocześnie możliwość głębszego wglądu w siebie oraz faktyczne dostrzeżenie obiektywnych negatywnych konsekwencji.

Najmniej istotnych związków przyniosła analiza korelacji emocji świadomościowych z motywem przekonań. Tutaj dodatni związek (aczkolwiek bardzo słaby, nieprzekraczający 0,16) miały wyłącznie emocje świadomościowe funkcjonalne. Oznacza to, że osoby doświadczające tych emocji w małym stopniu kierują się motywacją płynącą z przekonań, które wprost nie odnoszą się do negatywnych aspektów picia.

Ostatnią częścią analiz było sprawdzenie, czy średni poziom emocji samoświadomościowych różni się między grupami wyróżnionymi ze względu na czas trwania abstynencji. Analizy w częściowy sposób potwierdziły postawioną hipotezę. Wykazano, że grupa w pełnej remisji charakteryzuje się istotnie większym średnim poziomem emocji poczucia winy oraz dumy względem osób we wczesnej remisji. Oznacza to, że w dłuższej perspektywie, czyli powyżej jednego roku, to właśnie emocje samoświadomościowe funkcjonalne zaczynają odgrywać kluczową rolę w utrzymywaniu abstynencji. Wynik ten byłby zgodny z rezultatami innych badań [32]. Niemniej jednak trzeba pamiętać o tym, że jest to wniosek tylko częściowo uprawniony, gdyż nie zostały przeprowadzone badania podłużne, a zatem nie mamy wiedzy o poziomie emocji samoświadomościowych na początku terapii.

Podsumowując, możemy stwierdzić, że zarówno metapoznanie, jak i emocje samoświadomościowe mają związek z utrzymywaniem abstynencji. W perspektywie dalszych badań nad abstynencją warto byłoby opracować model metapoznawczy zdrowienia z uzależnienia. Można także pochylić się nad rolą wzbudzania emocji samoświadomościowych (zwłaszcza funkcjonalnych) w programach terapeutycznych oraz nad kształtowaniem umiejętności właściwego wglądu w tę sferę życia emocjonalnego pacjenta.

Ograniczenia i perspektywa dalszych badań

Niniejsze badania miały pewne ograniczenia. Narzędzie RALD – mierzące model trójczynnikowy – akurat w skali mierzącej motyw przekonań charakteryzowało się niewystarczającym wskaźnikiem rzetelności. Być może w badaniach motywów abstynencji niezwiązanych bezpośrednio z piciem prowadzonych w grupach osób uzależnionych należałoby posłużyć się innym, rzetelniejszym narzędziem. Ponadto w naszym badaniu uwzględniono wyłącznie dezadaptacyjne przekonania metapoznawcze na temat alkoholu, natomiast nie spróbowano zbadać rodzaju oraz poziomu adaptacyjnych przekonań metapoznawczych, zwłaszcza grupie osób będących dłuższy czas w abstynencji. Badano przy tym tylko różnice poziomu zmiennych wyjaśniających u różnych osób. Prawdopodobnie bardziej reprezentatywne wyniki zapewniłyby badania longitudinalne, gdyby udało się zmierzyć poziom metapoznania oraz emocji samoświadomościowych u tych samych osób na początku drogi zdrowienia oraz po

dłuższej abstynencji. Wtedy też moglibyśmy uwypuklić, w jaki sposób owe zmienne wpływają z biegiem czasu na motywy utrzymywania abstynencji.

W wypadku dalszych badań nad abstynencją warto byłoby opracować model metapoznawczy zdrowienia z uzależnienia w perspektywie metakognitywnej. Nie ma obecnie systematycznego modelu zdrowienia opartego na tym paradygmacie. A że redukcja dezadaptacyjnych metapoznań dodatnio łączy się z abstynencją, warto sprawdzić, czy istnieją rodzaje adaptacyjnych metaprzekonań na temat alkoholu i jak wpływają one na abstynencję.

Piśmiennictwo

1. Bętkowska-Korpała B. *Osobowościowe uwarunkowania dynamiki zdrowienia u osób uzależnionych od alkoholu*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2013.
2. Schläff G, Walter H, Lesch OM. *The Lesch alcoholism typology – Psychiatric and psychosocial treatment approaches*. Ann. Gastroenterol. 2011; 24(2): 89–97.
3. Chodkiewicz J. *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2012.
4. Jakubczyk A, Wojnar M. *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(3): 374–385.
5. World Health Organization. *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. 2020. <https://icd.who.int/en> (dostęp: 13.05.2022).
6. Szczyrba B, Trzcieniecka-Green A. *Motywy podjęcia, kontynuowania i ukończenia terapii u kobiet uzależnionych od alkoholu, w oddziale terapii uzależnienia od alkoholu*. Alkohol. Narkom. 2004; 17(3–4): 221–233.
7. Rowicka M. *Differences and similarities in motives to decrease drinking, and to drink in general between former and current heavy drinkers – Implications for changing own drinking behaviour*. Front. Psychol. 2022; 12: 734350.
8. De Micheli D, Formigoni MLOS. *Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns?* Addict. Behav. 2002; 27(1): 87–100.
9. Merrill JE, Read JP. *Motivational pathways to unique types of alcohol consequences*. Psychol. Addict. Behav. 2010; 24(4): 705–711.
10. Nagoshi CT, Nakata T, Sasano K, Wood MD. *Alcohol norms, expectancies, and reasons for drinking and alcohol use in a U.S. versus a Japanese college sample*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1994; 18(3): 671–678.
11. Epler AJ, Sher KJ, Piasecki TM. *Reasons for abstaining or limiting drinking: A developmental perspective*. Psychol. Addict. Behav. 2009; 23(3): 428–442.
12. Beck JS. *Terapia poznawczo-behavioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
13. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. *Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence*. J. Consult. Clin. Psychol. 2011; 79(3): 307–318.
14. Koriat A. *Metacognition and consciousness*. W: Zelazo PD, Moscovitch M, Thompson E. red. *Cambridge handbook of consciousness*. New York: Cambridge University Press; 2007. S. 289–325.

15. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hillsdale: Hove Erlbaum; 1994.
16. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley; 2000.
17. Wells A, King P. *Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 2006; 37(3): 206–212.
18. Spada MM, Wells A. *Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales*. Addict. Behav. 2008; 33(4): 515–527.
19. Matthews G. *Advancing the theory and practice of metacognitive therapy: A commentary on the special issue*. Cognit. Ther. Res. 2015; 39: 81–87.
20. Spada MM, Caselli G, Nikčević AV, Wells A. *Metacognition in addictive behaviors*. Addict. Behav. 2014; 44: 9–15.
21. Spada MM, Wells A. *A metacognitive model of problem drinking*. Clin. Psychol. Psychother. 2009; 16(5): 383–393.
22. Dragan M. *Difficulties in emotion regulation and problem drinking in young women: The mediating effect of metacognitions about alcohol use*. Addict. Behav. 2015; 48: 30–35.
23. Ottonello M, Fabiane E, Pistarini C, Spigno P, Torselli E. *Difficulties in emotion regulation during rehabilitation for alcohol addiction: Correlations with metacognitive beliefs about alcohol use and relapse risk*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2019; 15: 2917–2925.
24. Halvorsen M, Hagen R, Hjemdal O, Eriksen MS, Sørli ÅJ, Waterloo K i wsp. *Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals*. Cogn. Ther. Res. 2015; 39: 31–40.
25. Lewis M. *Emocje samoświadomościowe: zażenowanie, duma, wstyd, poczucie winy*. W: Lewis M, Haviland-Jones JM. red. *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. S. 780–797.
26. Tracy JL, Robins RW. *Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model*. Psychol. Inq. 2004; 15(2): 103–125.
27. Strus W, Żylicz PO. *Emocje samoświadomościowe – podstawowe rozróżnienia i narzędzia pomiaru*. W: Gasiul H. red. *Metody badania emocji i motywacji*. Warszawa: Difin; 2018. S. 80–109.
28. Tangney JP, Dearing RL. *Shame and guilt*. New York–London: Guilford Press; 2002.
29. Feiring C, Taska L, Lewis M. *Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style*. Dev. Psychol. 2002; 38(1): 79–92.
30. Barrett KC. *A functionalist approach to shame and guilt*. W: Tangney JP, Fischer KW. red. *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: Guilford Press; 1995. S. 25–63.
31. Tracy JL, Robins RW. *The psychological structure of pride: A tale of two facets*. J. Pers. Soc. Psychol. 2007; 92(3): 506–525.
32. Dunlop WL, Tracy JL. *The autobiography of addiction: Autobiographical reasoning and psychological adjustment in abstinent alcoholics*. Memory 2013; 21(1): 64–68.
33. Treeby M, Bruno R. *Shame and guilt-proneness: Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology*. Pers. Individ. Differ. 2012; 53(5): 613–617.
34. Ślaski S. *RALD (Reasons for Abstaining or Limiting Drinking)*. Polska adaptacja narzędzia do pomiaru motywów niepicia, niepublikowany maszynopis. 2017.

35. Ślaski S. *Metacognitive Beliefs about Alcohol Use*. Polska adaptacja narzędzia do pomiaru dezadaptacyjnych metapoznawczych przekonań na temat alkoholu, niepublikowany maszynopis. 2017.
36. Strus W. *Dojrzałość emocjonalna a funkcjonowanie moralne*. Warszawa: Liberi Libri; 2012.
37. Cierpiałkowska L, Chodkiewicz J. *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
38. Moyer A, Finney JW. *Outcomes for untreated individuals involved in randomized trials of alcohol treatment*. J. Subst. Abuse Treat. 2002; 23(3): 247–252.
39. Dearing RL, Stuewig J, Tangney JP. *On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use*. Addict. Behav. 2005; 30(7): 1392–1404.
40. Modrzyński R. *Abstynencja czy ograniczanie picia? Znaczenie zasobów w przewidywaniu abstynencji osób uzależnionych od alkoholu we wczesnej fazie zdrowienia*. Warszawa: Difin; 2017.

Adres: Sławomir Ślaski
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14
e-mail: s.slaski@uksw.edu.pl

Otrzymano: 18.05.2022

Zrecenzowano: 18.07.2022

Otrzymano po poprawie: 20.07.2022

Przyjęto do druku: 25.07.2022

