

# Chodkiewicz, Jan

---

## Charakterystyka psychologiczna osób podejmujących leczenie odwykowe - doniesienie wstępne

---

Mazowieckie Studia Humanistyczne 5/2, 105-111

---

1999

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

## CHARAKTERYSTYKA PSYCHOLOGICZNA OSÓB PODEJMUJĄCYCH LECZENIE ODWYKOWE – DONIESIENIE WSTĘPNE

### Wprowadzenie

Osoby podejmujące obecnie leczenie odwykowe mają do wyboru wiele różnorodnych propozycji terapeutycznych. Mogą leczyć się w oddziałach zamkniętych szpitali psychiatrycznych, w poradniach odwykowych, w specjalistycznych poradniach leczenia uzależnień, lub uczestniczyć w spotkaniach grup Anonimowych Alkoholików (AA).

Istnieje w literaturze zgodność co do tego, że w leczeniu uzależnienia od alkoholu oddziaływanie kompleksowe (edukacja, psychoterapia indywidualna i grupowa wraz z uczestnictwem w ruchu AA) jest efektywniejsze niż ograniczenie się jedynie do detoksykacji lub leczenia awersyjnego<sup>1</sup>. Aktualne wskaźniki skuteczności terapii różnią się znacznie od wskaźników z lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych<sup>2</sup>, choć wielu autorów przyznaje, że terapia jest bardzo trudna i nadal stosunkowo mało skuteczna<sup>3</sup>. W ostatnich latach opublikowano wiele prac analizujących liczne zmienne, mające wpływ na efekty leczenia. Analizowano zarówno rolę zmiennych demograficznych, takich jak: płeć, wiek, stan cywilny, zatrudnienie<sup>4</sup>, jak i zmiennych psychologicznych m.in. – wsparcia społecznego,

---

<sup>1</sup> T. T. Gorski, M. Miller, *Jak wytrwać w trzeźwości*, Warszawa 1991; W. Leksowski, *Analiza wybranych czynników warunkujących nawroty picia pacjentów uzależnionych od alkoholu – doniesienie wstępne*, „Alkoholizm i Narkomania” 1995, nr 4, s. 55–64; E. Woydyłło, *Początek drogi*, Warszawa 1992; tenże, *Zgoda na siebie*, Warszawa 1993.

<sup>2</sup> B. Woronowicz, W. Lenart, *Próba oceny skuteczności leczenia uzależnienia od alkoholu w oparciu o długość abstynencji*, „Alkoholizm i Narkomania” 1996, nr 2/26, s. 225–230.

<sup>3</sup> Z. Rydzyński, *Psychiatria*, Łódź 1996; B. Boronowicz, W. Lenart, *op. cit.*

<sup>4</sup> Z. Bizon, E. Bernstein, N. Kraśko, I. Ostrowska, *Charakterystyka otoczenia społecznego pacjentów alkoholików*, w: Z. Bizoń, W. Szyszkowski (red.), *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień*, t. 2, Warszawa 1989, s. 1–19; Z. Juczyński, J. Szamborska, A. Jędrzejczyk, *Wyznaczniki efektywności leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, „Psychiatria Polska” 1992, t. 17, nr 5, s. 411–420.

cech osobowości uzależnionych, występowania zaburzeń towarzyszących, poziomu agresywności, samoakceptacji, przystosowania<sup>5</sup>. Wyniki tych badań prowadziły często do sprzecznych wniosków<sup>6</sup>. Istnieją również różnice co do tego, jakie kryterium przyjąć jako wskaźnik postępów w terapii<sup>7</sup>. W dotychczasowych badaniach osób uzależnionych mniej koncentrowano się na takich zmiennych psychologicznych, jak poczucie własnej wartości, poziom optymizmu, postrzeganie aktualnego stanu zdrowia. Zmienne te mogą mieć istotny wpływ zarówno na decyzje o podjęciu leczenia, jak i na wytrwanie w trzeźwości<sup>8</sup>. W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się również ogromny wzrost zainteresowania problematyką stresu i radzenia sobie<sup>9</sup>. Wprawdzie teorie stresu są stosowane zarówno w odniesieniu do tworzenia się uzależnienia<sup>10</sup>, jak i powstawania nawrotów choroby<sup>11</sup>. Na gruncie polskim przeprowadzono niewiele badań kompleksowych dotyczących stresu i radzenia sobie u osób uzależnionych od alkoholu.

<sup>5</sup> Z. Bizoń, E. Bernstein, N. Kraško, *Społeczny system podtrzymania u osób uzależnionych od alkoholu*, w: Z. Bizoń, W. Szyszowski (red.), *Zagadnienia alkoholizmu...*, t. 2, s. 19–25; P. Bronowski, *Czynnikii związane z utrzymaniem abstynencji przez pacjentów uzależnionych od alkoholu hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym – 3-letnia katamneta*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 1/26, s. 47–61; A. Ciupak, L. Kornacki, *Przystosowanie w zespole uzależnienia od alkoholu*, w: Z. Bizoń, W. Szyszowski (red.), *Zagadnienia alkoholizmu...*, t. 2, s. 49–53; J. Hauser, M. Zakrzewska, *Cechy osobowości jako czynnik prognostyczny u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1996, nr 2/23, s. 203–211; tychże, *Analiza typologiczna mężczyzn z ZZA w oparciu o wyniki kwestionariusza MMPI*, „Alkoholizm i Narkomania” 1996, nr 2/23, s. 195–201; A. Jakubik, B. Kowalik, *Wsparcie społeczne a utrzymanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 1/26, s. 98–105; Z. Juczyński, *Przydktory efektywności leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, w: Z. Bizoń, W. Szyszowski (red.), *Zagadnienia alkoholizmu...*, t. 2, s. 109–119; Z. Juczyński, J. Szamborska, A. Jędrzejczyk, *op. cit.*; A. Polewska, A. Wasieczko, J. Heitzman, *Uzależnienie alkoholowe w kręgu chorych z depresją endogenną*, w: Z. Bizoń, W. Szyszowski (red.), *Zagadnienia alkoholizmu...*, t. 1, s. 202–205.

<sup>6</sup> P. Bronowski, *op. cit.*; J. Hauser, M. Zakrzewska, *Cechy osobowości...*; tychże, *Analiza typologiczna...*; Z. Juczyński, Z. Szamborska, A. Jędrzejczyk, *op. cit.*

<sup>7</sup> Z. Juczyński, Z. Szamborska, A. Jędrzejczyk, *op. cit.*; Z. Rydyński, *op. cit.*; B. Woronowicz, W. Lenart, *op. cit.*

<sup>8</sup> R. Schwarzer, R. Fuchs, *Health efficacy and health behaviour*, w: M. Conner, P. Norman (eds.), *Predicting health behaviour*, Open Uniwersytety Press, 1995.

<sup>9</sup> K. Wrześniewski, *Pomiar radzenia sobie ze stresem – wybrane zagadnienia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 8–9/3 s. 34–46.

<sup>10</sup> H. Makowska, R. Poprawa, *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, w: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wrocław 1996, s. 69–101; Z. Rydyński, *op. cit.*

<sup>11</sup> W. Leksowski, *op. cit.*; H. Makowska, R. Poprawa, *op. cit.*; R. H. Moos, *Stress and coping theory and evaluation research*, „Evaluation Review, 1992, vol. 16, nr 5, s. 534–553; E. Woydyło, *Zgoda na siebie...*

Można założyć, że wymienione wyżej zmienne mogą mieć istotny wpływ na funkcjonowanie osób uzależnionych oraz na proces leczenia, co stanowi przedmiot niniejszych badań.

### **Materiał i metoda**

Pod koniec 1996 r. rozpoczęto badania dotyczące wyznaczników efektywności leczenia uzależnienia od alkoholu. Badania mają określić zmienne, które istotnie wpływają na utrzymanie abstynencji przez pacjentów oraz na ogólną poprawę ich funkcjonowania psychologicznego i społecznego. Są one prowadzone w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi, stosującym różnorodne metody leczenia uzależnień. Pacjenci uczestniczą w terapii grupowej i indywidualnej, w programach edukacyjnych oraz w mityngach 'Anonimowych Alkoholików. Mają również zapewnioną opiekę psychiatryczną. Terapia obejmuje także ich rodziny. Udział w niej jest całkowicie dobrowolny. Cały proces terapii w ośrodku trwa około sześciu miesięcy.

Dotychczas przebadano 58 mężczyzn. Z badań wykluczono kobiety ze względu na niewielką ich liczbę. Wszyscy badani spełniali kryterium uzależnienia od alkoholu według ICD-10<sup>12</sup>, potwierdzone badaniem psychiatrycznym. Większość z nich to mężczyźni w wieku 31–50 lat, żonaci, z wykształceniem średnim, pracujący na stałym etacie.

W badaniach zastosowano: Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie (COPE) C. S. Carvera, M. F. Scheiera, J. K. Weintrauba, Test Orientacji Życiowej Scheiera i Carvera Skalę Poczucia Własnej Wartości Rosenberga, Skalę Subiektywnej Oceny Zdrowia, Skalę Akceptacji Choroby Feltona i współpracowników<sup>13</sup> oraz Inwentarz stanu i Cechy Lęku STAI Spielberga.

### **Wstępne wyniki badań**

Zamieszczone w artykule wyniki badań dotyczą mężczyzn rozpoczynających terapię odwykową. Charakteryzują się oni niskim poczuciem własnej wartości. Aż 96,6% badanych uzyskało w Skali Poczucia Własnej Wartości wyniki niskie, 3,4% – wyniki przeciętne, nikt nie uzyskał wyników wysokich. Podobnie większość badanych przejawia niski poziom optymizmu (56,9% badanych Testem Orientacji Życiowej uzyskało niskie wyniki; zdecydowanych optymistów było

---

<sup>12</sup> Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) – wersja 10.

<sup>13</sup> Skale zaadoptowane przez Z. Juczyńskiego.

19%). 57% badanych określa swój stan zdrowia jako niezadowolający, w tym 22,4% jako słaby. Rozkład wyników uzyskanych w Skali Poczucia Własnej Wartości, w Teście Orientacji Życiowej, oraz w Skali Subiektywnej Oceny Zdrowia przedstawia tablica 1.

**Tablica 1**

**Rozkład wyników uzyskanych w Skali Poczucia Własnej Wartości, Teście Orientacji Życiowej oraz w Skali Subiektywnej Oceny Własnego Zdrowia**

Wyniki (steny)	Skala Poczucia Własnej Wartości		Test Orientacji Życiowej		Skala Subiektywnej Oceny Własnego Zdrowia	
	N	%	N	%	N	%
9–10	0	0	11	19,0	1	1,7
4–7	2	3,4	14	24,1	32	55,2
1–3	56	96,6	33	56,9	25	43,1

Wyniki uzyskane w Wielowymiarowym Kwestionariuszu Radzenia Sobie pokazują dużą różnorodność stosowanych strategii uwalniania się od stresora. Średnie i standardowe odchylenia wyników uzyskanych w kwestionariuszu są przedstawione w tablicy 2.

**Tablica 2**

**Średnie i standardowe odchylenia wyników uzyskanych w Wielowymiarowym Inwentarzu Radzenia Sobie (COPE)**

COPE	M	s
1. Aktywne radzenie sobie	10.84	1.95
2. Planowanie	11.31	2.51
3. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	9.72	2.65
4. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	8.81	2.81
5. Unikanie konkurencyjnych działań	10.66	2.07
6. Zwrot ku religii	7.50	3.22
7. Pozytywne przewartościowanie	10.05	1.79
8. Powstrzymanie się od działania	10.34	1.77
9. Akceptacja	11.19	2.72
10. Koncentracja na emocjach	11.10	1.52
11. Zaprzeczanie	7.00	2.31
12. Odwracanie uwagi	8.67	2.10
13. Zaprzestanie działań	8.05	2.33
14. Używanie alkoholu i narkotyków	9.10	4.17
15. Poczucie humoru	6.02	2.34

Najczęściej stosowaną strategią była „akceptacja” (uznanie, że wydarzenie się pojawiło i że trzeba je zaakceptować). Do częstego stosowania tej strategii przyznaje się 56,9% badanych. Poza akceptacją żadna inna strategia radzenia sobie nie była zdecydowanie preferowana. Na przykład: strategię „aktywne radzenie sobie” (podejmowanie aktywnych działań, których celem jest usunięcie stresoro-

ra) stosuje zazwyczaj 17% badanych. Jeśli chodzi o pozytywne przewartościowanie problemu (dostrzeżenie w wydarzeniach wartości dla własnego rozwoju lub próby zauważenia pozytywnych aspektów sytuacji), mechanizm ten stosuje jedynie 5% badanych, 55% nie stosuje go wcale. Ponadto uzależnieni mężczyźni praktycznie nie poszukują w sytuacjach stresowych emocjonalnego wsparcia społecznego (szukanie sympatii, zrozumienia, współczucia); mechanizm ten stosuje 6% badanych. Niewielki ich procent (17%) stosuje strategię polegającą na poszukiwaniu wsparcia instrumentalnego (szukanie rady, informacji, które mogą być pomocne w podjęciu działania), 37% nie stosuje jej. „Planowanie” (zastanawianie jak sobie radzić ze stresem, jakie poczynić kroki) jako strategię stosuje 15% badanych, 27,6% nie stosuje tej strategii.

Na szczególną uwagę, ze względu na analizowaną grupę badanych, zasługuje analiza stosowania strategii używania alkoholu i narkotyków jako sposobu uwalniania się od stresora. Stosowanie tej strategii koreluje na poziomie bardzo istotnym statystycznie, lecz negatywnie z takimi strategiami, jak: aktywne radzenie sobie ze stresorem (-0,49), planowanie (-0,49), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (-0,47). Osoby podejmujące aktywne działania, aby usunąć stresor, planowo rozwiązujące swoje problemy, szukające w sytuacji stresowej informacji lub rady, które mogą pomóc w podjęciu działań rzadziej używają alkoholu jako sposobu radzenia sobie. Strategię tę preferują natomiast osoby, które stosują również zaprzestanie działań (0,53) oraz zaprzeczanie (0,43) jako sposoby walki ze stresem.

Zaobserwowano również negatywną, bardzo istotną statystycznie korelację zachodzącą między stosowaniem strategii, polegającej na używaniu alkoholu i narkotyków, a poczuciem własnej wartości (-0,44). Otrzymane zależności przedstawia tablica 3.

W analizowanej grupie pacjentów poziom lęku ocenianego jak stan (X1) był przeciętny ( $x=39,05$ ), podwyższony był natomiast poziom lęku jako cechy (X2) – ( $x=48,66$ ). Wyższy poziom lęku jako względnie stałej cechy osobowości występuje u osób stosujących strategię, polegającą na zaprzestaniu działań (0,41), na używaniu alkoholu (0,35), oraz nie stosujących planowania (-0,55) jako sposobu radzenia sobie.

W leczeniu ZZA niezwykle ważna jest akceptacja uzależnienia jako choroby, oraz uznanie wynikających z tego faktu konsekwencji dla własnego funkcjonowania. Większość badanych (61%) uzyskało w skali akceptacji choroby wyniki przeciętne, zdarzały się jednak osoby, które absolutnie nie akceptują swojego uzależnienia jako choroby oraz takie, które akceptują ten stan całkowicie. Wyniki Skali Akceptacji Choroby korelują na poziomie bardzo istotnym statystycznie z poczuciem własnej wartości (0,67), oraz na poziomie istotnym statystycznie ze stosowaniem strategii „planowanie” (0,49). Osoby stosujące ten sposób radzenia sobie bardziej akceptują swoje uzależnienie.

Tablica 3

**Istotne statystycznie współczynniki korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w COPE a wynikami uzyskanymi w Skali Poczucia Własnej Wartości, Teście Orientacji Życiowej, Inwentarzu Stanu i Cechy Łęku (cecha lęku), oraz w Skali Akceptacji Choroby**

COPE	Poczucie Wartości	Orientacja Życiowa	STAI (X2)	Akceptacja Choroby
1. Aktywne radzenie sobie	0,34 <sup>a</sup>			
2. Planowanie	0,69 <sup>a</sup>	0,32 <sup>b</sup>	-0,55 <sup>b</sup>	0,35 <sup>a</sup>
3. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,31 <sup>a</sup>			
4. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,34 <sup>a</sup>			
5. Unikanie konkurencyjnych działań	0,38 <sup>a</sup>	0,34 <sup>b</sup>		
6. Zwrot ku religii				
7. Pozytywne przewartościowanie	0,41 <sup>b</sup>			
8. Powstrzymanie się od działania				
9. Akceptacja				
10. Koncentracja na emocjach				
11. Zaprzeczanie				
12. Odwracanie uwagi				
13. Zaprzestanie działania		-0,44 <sup>b</sup>	0,41 <sup>b</sup>	
14. Używanie alkoholu i narkotyków		-0,43 <sup>b</sup>	-0,35 <sup>b</sup>	0,37 <sup>a</sup>
15. Poczucie humoru				

<sup>a</sup> p.<0,01

<sup>b</sup> 0,001

## Wnioski

Uzyskane wyniki są częścią szerszych badań i należy je traktować jako wstępne. Wskazują one na występowanie u osób rozpoczynających terapię wielu cech, które mogą w istotny sposób wpływać na jej przebieg i rezultaty. Są to: niski poziom optymizmu, bardzo niskie poczucie własnej wartości, niezadowolenie ze swojego aktualnego stanu zdrowia. Badani nie poszukują w sytuacjach stresowych emocjonalnego wsparcia społecznego, niewielki ich procent poszukuje wsparcia instrumentalnego. Czynniki te są uważane za najbardziej potrzebne w procesie zdrowienia<sup>14</sup>. Niewielki procent badanych podejmuje w sytuacji stresu aktywne wysiłki w celu usunięcia stresora, uwolnienia się od niego. Oznacza to dużą liczbę sytuacji życiowych, w których osoby uzależnione mogą czuć się bezradne. Uzyskanie negatywnych zależności pomiędzy strategią, polegającą na używaniu alkoholu, a innymi strategiami radzenia sobie ze stresem, np.

<sup>14</sup> Z. Bizon, E. Bernstein, N. Kraško, I. Ostrowska, *op. cit.*; A. Jakubik, B. Kowalik, *op. cit.*; E. Woydyło, *Początek drogi...*; tenże, *Zgoda na siebie...*

planowaniem, aktywnym radzeniem sobie czy poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego, może być wskazówką do podejmowania określonych oddziaływań terapeutycznych. Szczególnie ważna wydaje się strategia polegająca na planowym rozwiązywaniu problemów.

Badanych mężczyzn charakteryzuje podwyższony poziom lęku jako cechy, co wskazuje na występowanie predyspozycji do reagowania lękiem na stres. Nową dla siebie sytuację, wynikającą z uznania choroby alkoholowej, bardziej akceptują osoby z wyższym poczuciem własnej wartości. Można spodziewać się u tych osób większych postępów w terapii. Na pytanie, jaka jest rola omawianych zmienionych w procesie zdrowienia oraz czy podlegają one przeobrażeniom w trakcie terapii? – odpowiedź powinny dać dalsze badania.