



„Wychowanie w Rodzinie” t. XXI (2/2019)

Dorota RYBCZYŃSKA-ABDEL KAWY*
Łukasz RYBCZYŃSKI**

Podstawowe cechy osobowości a kompetencje społeczne uczestników programu terapii substytucyjnej i ich rola w procesie zmian

Basic personality traits and social competences of the participants of the substitution therapy program and their role in the process of change

Abstrakt

Cel. Problematyka używania substancji psychoaktywnych ma sporą reprezentację w polskim dorobku naukowym, zwłaszcza w minionym 30-leciu. Wciąż jednak brak jest publikacji dotyczących tzw. grup specyficznych, które tworzą m.in. osoby problemowo używające jednej substancji – opioidów. W niniejszym artykule postanowiono przybliżyć zarys profilu osobowości osób uzależnionych od opioidów w aspekcie zależności między wybranymi cechami osobowości a kompetencjami społecznymi. Poznanie wskazanych czynników odgrywa znaczącą rolę nie tylko w procesie terapii i resocjalizacji: we wczesnej fazie diagnozy polega ona na planowaniu pozytywnej zmiany, w okresie późniejszym pozwala tak zaplanować proces zmiany, aby zapobiec nawrotowi choroby.

Metoda. W badaniu wykorzystano wystandaryzowane testy psychologiczne (EPQ-R i KKS) oraz krótką ankietę. Zastosowano nieprobabilistyczny dobór próby. Badaniu poddano 50 osób uzależnionych od opioidów, uczestniczących w programie terapii substytucyjnej.

* **e-mail:** dorota.rybczynska-abdelkawy@uwr.edu.pl

Zakład Profilaktyki i Resocjalizacji, Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytet Wrocławski, J. W. Dawida 1, 50-527 Wrocław, Polska
ORCID: 0000-0002-4634-6811

** **e-mail:** aryb22@gmail.com

Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Osób Uzależnionych i Współuzależnionych w Zielonej Górze, Jelenia 1A, 65- 090 Zielona Góra, Polska
ORCID:0000-0003-2955-7171

Wyniki i wnioski. Badania wykazały, że osoby neurotyczne deklarują większe problemy w sytuacjach wymagających bliskości z drugą osobą. Badania dostarczają wniosków dla praktyki terapeutycznej i resocjalizacyjnej. W programach tych warto uwzględniać te formy pracy, które umożliwiają beneficjentom ćwiczenie pewności siebie i otwartości, oraz niewerbalne sposoby wyrażania uczuć, uwzględniające twórczą ekspresję. Kompetencje społeczne w zakresie intymności i bliskości można wzmacniać poprzez różne formy terapii, w tym dramy, treningi umiejętności i warsztaty, angażując dodatkowo rodziny uczestników terapii.

Słowa kluczowe: uzależnienie od opioidów, terapia substytucyjna, cechy osobowości, kompetencje społeczne, proces zmiany.

Abstract

Aim. The issue of the use of psychoactive substances has a considerable representation in Polish scientific achievements, especially in the past 30 years. However, there are still no publications on the so-called specific groups that create, among others problem users of one substance - opioids. In this article, it was decided to outline the personality profile of opioid addicts in terms of the relationship between selected personality traits and social competences. Knowing the indicated factors plays a significant role not only in the process of therapy and social rehabilitation. In the early phase of diagnosis, it consists in planning a positive change; later it allows the planning of the process of change in such a way as to prevent relapse of the disease.

Methods. The study used standardized psychological tests (EPQ-R and KKS) and a short questionnaire. A non-probabilistic sample selection was used. The study involved 50 opioid addicts participating in a substitution therapy program.

Results. Research has shown that neurotic people declare greater problems in situations requiring intimacy with another person. Research provides conclusions for therapeutic and social rehabilitation practice. In these programs, it is worth taking into account such forms of work that enable the beneficiaries to exercise self-confidence and openness, as well as non-verbal ways of expressing feelings that take into account creative expression. Social competences in terms of intimacy and closeness can be strengthened through various forms of therapy, including drama, skills training, and workshops, additionally involving families of addicts.

Keywords: opioid addiction, substitution therapy, personality traits, social competences, process of change.

Wprowadzenie

Dynamika zjawiska używania opioidów spowodowała w II połowie XX wieku poważne zmiany w pomocy terapeutycznej osobom problemowo używającym pochodnych opium. System działań medycznych i terapeutycznych wobec tej specyficznej grupy osób uzależnionych charakteryzuje łączenie metod tradycyjnych (terapia stacjonarna i ambulatoryjna) z farmakoterapią. Szczególne miejsce wśród dostępnych rozwiązań zajmuje leczenie substytucyjne (terapia substytucyjna, te-

rapia zastępcza). Pośrednio, dzięki bezpiecznemu odstawieniu opioidów, otwiera osobom problemowo używającym substancji perspektywę na podejmowanie wysiłku w kierunku pozytywnej zmiany, w miarę ich możliwości i motywacji. Umożliwia zatem, dzięki normalizacji szeroko rozumianego stanu zdrowotnego, realizację ról społecznych i zawodowych. Pozwala na uruchomienie zasobów osobowościowych i kompetencji społecznych, adekwatnie do norm i wartości społecznie uznawanych. Proces ten przebiega tym skuteczniej, im większe jest wsparcie społeczne, zwłaszcza rodziny.

Niniejsze opracowanie przedstawia fragment rezultatów szerszych badań dotyczących cech osób korzystających z jednego z ambulatoryjnych programów leczenia substytucyjnego. Stanowi też pokłosie wieloletnich eksploracji profilu osobowości i sytuacji życiowej osób problemowo używających substancji uzależniających innych niż alkohol.

Programy leczenia substytucyjnego, oparte na polityce redukcji szkód, kierowane są do osób, które nie chcą, bądź uważają, że nie są w stanie całkowicie zrezygnować z przyjmowania substancji psychoaktywnych. W tym wypadku priorytetem nie jest dążenie do osiągnięcia maksymalistycznego celu leczenia (abstynencji), lecz zminimalizowanie szkodliwości używania tych substancji¹. Leczenie substytucyjne jest odmianą terapii, którą zaczęto stosować w połowie lat 60. XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Do upowszechnienia idei substytucji przyczyniła się światowa epidemia HIV. Już w połowie lat 80. na Zachodzie dostrzegalny był fakt, iż iniekcyjni narkomani są drugą grupą, po osobach homoseksualnych, narażoną na ekspozycję wirusem HIV².

Idea leczenia substytucyjnego polega na zastąpieniu opioidów substancją zbliżoną, bądź identyczną w działaniu (agonistą receptorów opioidowych). Nie powoduje ona przy tym uczucia euforii, a jednocześnie eliminuje głód psychiczny³. Celem zastąpienia narkotyku agonistą jest uzyskanie przez pacjenta poczucia kontroli nad swoim uzależnieniem. W Polsce podstawowymi lekami stosowanymi w substytucji są Metadon i Buprenorfina⁴, rzadziej – lek Suboxone.

¹ A. Tatarsky, *Redukcja szkód w psychoterapii: nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 8.

² K. Sempruch-Malinowska, M. Zygałdo, *Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych*, [w:] P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków: podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 253.

³ A. Bisaga, W. Wojnar, *Farmakologiczne leczenie uzależnień*, [w:] P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków...*, dz. cyt., s. 148.

⁴ Por. *Leczenie substytucyjne*, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii [portal], <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106992> [dostęp: 23.08.2020].

Mimo, iż w leczeniu substytucyjnym wykorzystywane są specyfiki o działaniu podobnym do narkotyku dotychczas stosowanego, różnice między tymi substancjami są zasadnicze. Po pierwsze: lek wydawany podczas terapii zastępczej jest legalny, w przeciwieństwie do narkotyku nabywanego nielegalnie, a zatem wbrew prawu. Po drugie: jest otrzymywany za darmo w ośrodku, w którym realizowany jest program, co ma swoje kolejne pozytywne reperkusje: mianowicie pacjent nie ma już potrzeby szukania źródeł pozyskiwania środków finansowych, zazwyczaj w drodze przestępstwa czy prostytutcji. Po trzecie: oferowany substytut jest preparatem farmakologicznym, a zatem „czystym”, w przeciwieństwie do narkotyku nabywanego od dilerów lub produkowanego nielegalnie⁵. Po czwarte: czas, zaoszczędzony na dotychczasowym nielegalnym pozyskiwaniu narkotyków, pozwala pacjentowi na zadbanie o zdrowie, podjęcie pracy i układanie życia, poprzez budowanie konstruktywnych kontaktów osobistych i generalnie podjęcie próby normalizacji życia.

Niewątpliwym atutem programu leczenia substytucyjnego jest też umożliwienie pacjentom podjęcia terapii, co w połączeniu z lekiem zwiększa efektywność leczenia⁶, podnosząc przede wszystkim jakość życia uczestników programu.

Istnieje wiele dowodów na to, iż udział w programie substytucyjnym znacznie poprawia kondycję psychofizyczną osób uzależnionych od opioidów. U pacjentów leczonych substytucyjnie obserwuje się spadek zarówno objawów depresyjnych, jak i zaburzeń snu. Dzięki terapii wzrasta możliwość diagnostyki i leczenia groźnych chorób zakaźnych, m.in. HIV, WZW, HCV. W środowisku, w którym funkcjonują programy leczenia substytucyjnego, zaobserwować można ponadto mniejszą ilość hospitalizacji i zgonów przedstawicieli tej zbiorowości.

U znakomitej większości pacjentów programów leczenia substytucyjnego istotna poprawa funkcjonowania następuje po ok. 90 dniach leczenia, a w kolejnych miesiącach można oczekiwać dodatkowych pozytywnych zmian⁷.

Kwestie związane z leczeniem substytucyjnym nie doczekały się szczególnie starych przepisów prawnych. Podstawową regułą jest zapis wynikający z art. 28

⁵ G. Wodowski, *Redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków*, „Świat Problemów” 2013, nr 10, s. 23.

⁶ Por. S. Fudalej, M. Wojnar, *Wpływ leczenia substytucyjnego na funkcjonowanie społeczne i stan zdrowia osób uzależnionych od opioidów*, „Psychiatria” 2016, nr 4, s. 220–222; A. Polański, D. Rybczyńska-Abdel Kawy, *Jakość życia uczestników ambulatoryjnego programu leczenia substytucyjnego*, [w:] D. Rybczyńska-Abdel Kawy (red.), *Narkomania w zmieniającym się świecie: wybrane aspekty*, PRINTPAP, Łódź 2012, s. 133–135; A. Polański, D. Rybczyńska-Abdel Kawy, *Rola metod psychospołecznych w terapii substytucyjnej pacjentów opioidowych*, „Świat Problemów” 2016, nr 5(280), s. 12–13.

⁷ *Przewodnik po terapii substytucyjnej w jednostkach penitencjarnych*, Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2018, s. 39.

Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (2005)⁸, który umożliwia stosowanie leczenia substytucyjnego. Zasady leczenia substytucyjnego opisane zostały w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (2013)⁹. Według tego rozporządzenia dopuszczalne jest stosowanie omawianej metody w stosunku do osób uzależnionych od opioidów, które ukończyły 18. rok życia (w wyjątkowych przypadkach nawet wobec młodszych), a podejmowane próby leczenia konwencjonalnymi sposobami nie powiodły się. Do zakwalifikowania pacjenta do programu potrzebna jest także jego pisemna zgoda na podjęcie leczenia. Kolejnym wymogiem tej formy terapii jest zachowanie abstynencji od innych środków odurzających, czy substancji psychotropowych¹⁰.

Teoretyczne uzasadnienie problematyki badań

W kontekście różnych ujęć osobowości można wyłonić równie liczne jej koncepcje, spośród których najbliższy rozważaniom podejmowanym w niniejszym opracowaniu stanowi nurt ujmowany jako teoria cech. Teoria ta dotyczy podobieństw i różnic międzyjednostkowych, korelacji cech z zachowaniami ludzkimi, jak również stałości i trwałości oraz zmienności cech w cyklu życia. Teoria ta, innymi słowy, ogniskuje się wokół pojęcia stałości i uniwersalności struktury osobowości¹¹.

Jedną z bardziej znanych koncepcji osobowości jest teoria Hansa Jürgena Eysencka. Za pomocą analizy czynnikowej Eysenck wskazał podstawowe wymiary osobowości, tj. neurotyczność oraz dychotomię introwersji i ekstrawersji, po czym do wymienionych cech dołączył psychotyczność. Badacz założył, że wspomniane czynniki są niezależne od innych uwarunkowań, typu rasa, płeć, kultura etc., a przy tym w wysokim stopniu dziedziczone. Ponadto, zdaniem uczonego, ludzie dzielą się właśnie na wymienione trzy kategorie pod względem przeżywania i reagowania emocjonalnego oraz preferowanego kontaktu z otoczeniem. Adekwatnie mówi się o cechach osobowości: ekstrawertywnej, introwertywnej lub ambiwertywnej (zrównoważonej pod względem cech ekstawersji i introwersji). Kategorie te, wyznaczone przez wymiar ekstrawersji i introwersji są, według Eysencka, podobnie jak wymiar

⁸ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (z późn. zm.), Dz.U. 2005, Nr 179, poz. 1485.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 roku w sprawie leczenia substytucyjnego, Dz.U. 2013, poz. 368.

¹⁰ K. Syroka, *Prawne aspekty leczenia substytucyjnego*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 2010, nr 2, s. 11–12.

¹¹ J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia akademicka: podręcznik*, t. 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2015, s. 654.

neurotyczności, zmienną nie tylko uwarunkowaną biologicznie¹², ale powiązaną z nastawieniem do życia oraz z typem przeżywania.

W psychologicznych koncepcjach uzależnienia można zauważyć opracowania podejmujące próbę ustalenia mechanizmów zaburzeń psychicznych i zachowania – za pomocą jednego zjawiska lub czynnika, a zatem np. osobowości. Czynniki wskazane przez Eysencka takie, jak: neurotyczność – uczuciowość negatywna, impulsywność – odhamowanie i ekstrawersja – towarzyskość, są ważnymi zmiennymi w ryzyku podejmowania kontaktów z substancjami psychoaktywnymi. Predyktorami sięgania po substancje są, obok wysokiego poziomu neurotyzmu, niski poziom ugodowości i wysoki poziom lęku oraz wysoka impulsywność, agresywność, poszukiwanie wrażeń i psychotyczność¹³.

Efekt używania substancji psychoaktywnych generuje różnorodne grupy zaburzeń, których obraz jest zróżnicowany, w zależności od rodzaju substancji psychoaktywnej i wielu innych czynników związanych z osobą użytkownika i jego sytuacją. Naturalnie zaburzenia te powstają w związku z zespołami klinicznymi. Badania Malouffa, Thorsteinssona i Schutte dowiodły, że cechami, które różnicują osoby z grupy klinicznej i normy, są: neurotyczność (duże jej nasilenie w przypadku grup klinicznych), sumienność, ugodowość i ekstrawersja (małe nasilenia w tych grupach). Już ta pobieżna analiza wskazuje na związek cech osobowości z tendencjami psychopatologicznymi i innymi zespołami zaburzeń¹⁴.

Dodatkowo warto podkreślić, że deficyty w zakresie umiejętności interpersonalnych i intrapersonalnych zmniejszają poziom kontroli jednostki nad czynnikami sytuacyjnymi, a w dodatku ograniczają możliwość podejmowania alternatywnych rozwiązań oraz otrzymywania emocjonalnego i społecznego wsparcia, niezbędnego do utrzymania abstynencji. Tym samym deficyty te zwiększają ryzyko zastosowania substancji psychoaktywnych. Jednostka bowiem, na skutek podwyższonego lęku i braku wsparcia, przy jednoczesnym braku możliwości konstruktywnego poradzenia sobie z trudną sytuacją, z dużym prawdopodobieństwem poradzi sobie za pomocą wyuczonej reakcji (użycia substancji), dostarczającej przynajmniej chwilowej ulgi. Substancja jest bowiem prostym sposobem przystosowania do sytuacji (stresu). Mechanizm ten jest przy tym wzmacniany czynnikami biologicznymi, genetycznymi i osobowościowymi.

Istotną rolę w procesie adaptacyjnym odgrywa trening w kierunku zachowań konstruktywnych. Stanowi on integralną część programu terapii uzależnień¹⁵. Tre-

¹² Za: C.S. Hall, G. Lindzey, J.B. Campbell, *Teorie osobowości*, PWN, Warszawa 2013.

¹³ L. Cierpiałkowska, *Psychologia uzależnień*, [w:] H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 2, PWN, Warszawa 2008, s. 173.

¹⁴ J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia akademicka*, dz. cyt., s. 812–813.

¹⁵ Za: P.M. Monti, D.B. Abrams, R.M. Kadden, N.L. Cooney, *Trening konstruktywnych zachowań*, tłum. K. Skrzypek, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psy-

ning w kierunku zachowań konstruktywnych, zgodnie z podejściem adaptacyjnym, wzmacnia efekty terapii uzależnień indywidualnej i grupowej, a także chroni przed nawrotem choroby. Kompetencje społeczne, rozumiane jako element inteligencji emocjonalnej lub jako odrębny konstrukt, stanowią ważny predyktor efektywnego funkcjonowania człowieka, jego sukcesów życiowych z jeszcze jednego powodu: wpływają na zdolność regulowania emocji własnych i rozumienie ich u innych ludzi. Umiejętność ta sprzyja realizacji aktualnych zadań i długoterminowych celów, a także planowaniu własnej kariery, z uwzględnieniem osobistych potrzeb i zasobów, urzeczywistniających samorealizację.

Osoby o wysokim poziomie wspomnianych kompetencji lepiej radzą sobie zatem ze stresem, z kontaktami z innymi ludźmi, lepiej funkcjonują w rolach zawodowych, mają większe poczucie sensu życia i realizowania uznawanych wartości, a także cieszą się ogólnie lepszym samopoczuciem¹⁶. Warto podkreślić, że cechy te stanowią podstawę pracy nad zmianą jakości życia. Jednym z jej aspektów jest wykonanie znacznego wysiłku w kierunku odejścia od swoistego kompromisu, związanego z aspołecznym stylem funkcjonowania. Zmiana oznacza wybór nowych przekonań, nawyków, wartości i celów. To one zwiastują zachowania prospołeczne i motywację do tworzenia alternatywnych scenariuszy życia.

Założenia badawcze, metoda i grupa badawcza

W pracy postawiono następującą hipotezę: Im niższy poziom: neurotyzmu (N), introwersji (I), psychotyizmu (P), skłonności do uzależnień (UZ) i przestępstw (PRZ), a wyższy poziom ekstrawersji (E), tym wyższy poziom kompetencji społecznych.

W celu weryfikacji hipotezy posłużono się modelem badań korelacyjnych, realizowanych za pomocą wystandaryzowanych testów psychologicznych, skal samoopisowych: EPQ-R Eysencka oraz KKS, jak również posłużono się krótką autorską ankietą dla uczestników badań. Kwestionariusz EPQ-R, w polskiej adaptacji Aliny Jaworowskiej (2011), składa się ze 106 pytań, na które badany odpowiada *Tak* lub *Nie*. Wyniki ujmowane są na 6 skalach. Trzy z nich: Psychotyizm (P), Ekstrawersja (E), Neurotyzm (N) odnoszą się do podstawowych wymiarów osobowości. Skala

chologiczne, Warszawa 2007, s. 11–24; G. Marlatt, S. Bowen, K. Witkiewitz, *Zapobieganie nawrotom picia: dane empiryczne i kierunki rozwoju*, [w:] P. Miller (red.), *Terapia uzależnień: metody oparte na dowodach naukowych*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.

¹⁶ A. Matczak, K.A. Knopp, *Znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka*, Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2013, s. 86–91, 158; D.W. Johnson, *Podaj dłoń*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1992, s. 7–12, 17–20, 200.

kontrolna – Kłamstwa (K) pozwala na ocenę tendencji do przedstawiania się w lepszym świetle. Dwie skale dodatkowe: Skłonność do uzależnień (UZ) i Skłonność do przestępstw (PRZ) pozwalają na identyfikowanie osób w różny sposób zaburzonych. KKS jest testem służącym do oceny kompetencji społecznych, czyli nabytych umiejętności warunkujących efektywność funkcjonowania człowieka w różnych sytuacjach społecznych. Narzędzie to umożliwi pomiar ogólnych kompetencji ludzkich – we wskazanym zakresie – a dodatkowo kwestionariusz pozwala na ustalenie trzech wskaźników szczegółowych w celu określenia poziomu kompetencji ujawnianych w sytuacjach: ekspozycji społecznej, wymagających asertywności i bliskiego kontaktu interpersonalnego.

Zastosowano nieprobabalistyczny dobór próby, którego kryterium stanowił staż korzystania z programu leczenia substytucyjnego powyżej jednego roku.

Badaniami objęto 50 osób. Wśród badanych osób ($n = 50$) przeważają mężczyźni (80%, $n = 40$) w wieku ok. 37 lat ($M = 37,1$; $SD = 5,73$)¹⁷. Najmłodszy badany ma 27 lat, najstarszy 56. Większość respondentów to kawalerowie lub panny (ok. 48%). W związku małżeńskim żyje 18%, w partnerskim – ok. 28%. Pozostali uczestnicy, to osoby rozwiedzione lub owdowiałe (ok. 6%). Badane osoby charakteryzuje stosunkowo niski poziom wykształcenia. Nieco ponad 56% respondentów posiada wykształcenie podstawowe i zawodowe, średnie – 48%, natomiast wyższe – 6%. Aktywność zawodową deklaruje 66% badanych. Większość respondentów stanowią mieszkańcy miasta (62%). Blisko 76% badanych deklaruje liczne uzależnienia, w tym 24%, trwające dłużej niż 15 lat ($M = 2,78$; $SD = 0,88$). Najwięcej badanych (34%) posiada staż uczestnictwa w programie od jednego roku do pięciu lat, po 28% badanych deklaruje staż do jednego roku oraz od 5 do 10 lat. Najmniej liczną grupę tworzą osoby o stażu powyżej 10 lat (14%).

Wyniki badań

W celu weryfikacji hipotezy wykorzystano wyniki zebrane w grupie badanych osób z użyciem Kwestionariusza EPQ-R autorstwa J. Eysencka (2011) oraz Kwestionariusza KKS autorstwa A. Matczak (2007). Zastosowano przy tym testy statystyczne (korelacje, analiza różnic, analiza wariancji) za pomocą pakietu SPSS 25.

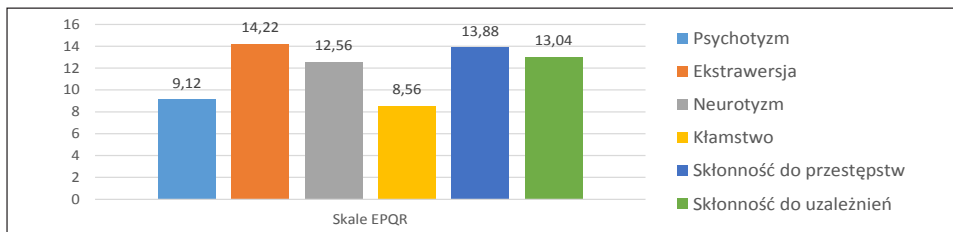
W pierwszym kroku przeprowadzonych analiz zmierzano do ustalenia poziomu cech osobowości badanych osób i określenia poziomu ich kompetencji społecznych. W tym celu przeprowadzono analizę częstości z wykorzystaniem podstawowych statystyk. U badanych dominują szczególnie skłonności ekstrawertywne ($M = 14,22$), związane z chęcią przebywania wśród ludzi, i umiejętności z tym związane (tabela 1, rys. 1).

¹⁷ Zob. objaśnienia do tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe statystyki w zakresie wyników EPQ-R w badanej grupie (M – średnia, Me – mediana, Md – dominanta, SD – odchylenie standardowe)

	M	Me	Md	SD	Min	Max
Psychotyzm	9,12	9	8	3,92	1	18
Ekstrawersja	14,22	14	14	3,72	7	22
Neurotyzm	12,56	13	19	6,29	2	24
Kłamstwo	8,56	9	8	3,53	2	16
Skłonność do przestępstw	13,88	14	18	5,98	3	27
Skłonność do uzależnień	13,04	12	9	5,96	3	24

Źródło: Badania własne autorów



Rysunek. 1. Rozkład średnich dla skal Kwestionariusza EPQ-R w badanej grupie.

Źródło: Badania własne autorów

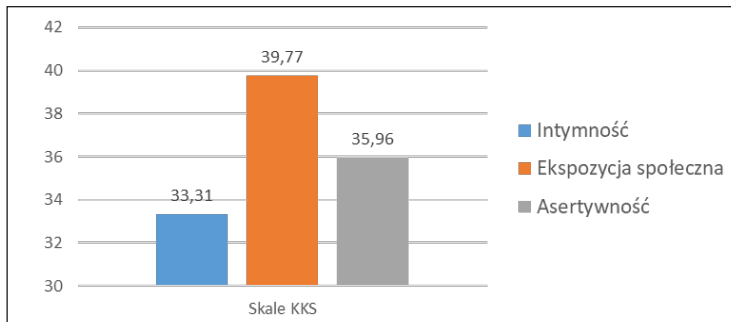
Badani wykazali też ponadprzeciętną skłonność do popadania w konflikt z prawem ($M = 13,88$) i uzależnień ($M = 13,04$), byli przy tym raczej szczerzy w deklaracjach („Kłamstwo” – wynik najniższy $M = 8,56$).

Zebrane dane wskazują ponadto, iż osoby badane cechuje przeciętny poziom kompetencji społecznych (tabela 2, rys. 2). Wyniki wszystkich skal KKS, jak również wskaźnik ogólny, mieszczą się w ramach wyników przeciętnych. Badani nie zadeklarowali poważnych trudności w zakresie sytuacji wymagających umiejętności odmawiania, dbania o własne zdanie czy społecznej ekspozycji. Relatywnie niżej ($M = 33,3$) ocenili jednak swoje kompetencje w zakresie sytuacji wymagających zaufania, dyskrecji, rozmowy o emocjach i bliskości („Intymność”).

Tabela 2. Podstawowe statystyki w zakresie wyników KKS w badanej grupie (M – średnia, Me – mediana, Md – dominanta, SD – odchylenie standardowe)

	M	Me	Md	SD	Min	Max
Intymność	33,31	33,00	31,00	5,70	20,00	44,00
Ekspozycja społeczna	39,77	39,50	42,00	9,59	21,00	62,00
Asertywność	35,96	37,50	35,00	7,50	20,00	48,00
Ogólny	187,94	195,00	187,00	30,19	127,00	240,00

Źródło: Badania własne autorów



Rysunek 2. Rozkład średnich dla skal Kwestionariusza KKS w badanej grupie. Źródło: Badania własne autorów

W kolejnym kroku analizowano współzależności (korelacje) między badanymi zmiennymi. Wykorzystano współczynnik korelacji r-Pearsona. Założono: im niższy poziom: neurotyzmu (N), introwersji (I), psychotyzmu (P), skłonności do uzależnień (UZ) i przestępstw (PRZ), a wyższy poziom ekstrawersji (E), tym wyższy poziom kompetencji społecznych.

Zebrane analizy i ich rezultaty nie pozwalają na stwierdzenie istotnych statystycznie silnych relacji pomiędzy wynikami opisującymi cechy osobowości badanych, a ich kompetencjami społecznymi (tabela 3). Jedynie w zakresie relacji intymności i poziomu neurotyzmu ($r = -0,18$; $p < 0,1$) uzyskano ujemny wynik na granicy intymności. Oznacza to, że istnieje pewna tendencja do tego, że osoby neurotyczne deklarują większe problemy w sytuacjach wymagających intymności, bliskości z drugim człowiekiem. Wynik należałoby z pewnością zweryfikować na większej grupie badanych.

Tabela 3. Wartości współczynników korelacji wyników EPQ-R i KKS

	Intymność	Ekspozycja społeczna	Asertywność	Ogólny
Psychotyzm	-0,12	-0,12	-0,03	-0,06
Ekstrawersja	-0,02	-0,17	0,02	-0,16
Neurotyzm	-0,18*	-0,04	0,13	0,05
Kłamstwo	-0,02	-0,11	-0,16	-0,14
Skłonność do przestępstw	-0,09	-0,05	0,11	0,01
Skłonność do uzależnień	-0,03	-0,02	0,13	0,07

* $p < 0,1$

Źródło: Badania własne autorów

Dyskusja nad wynikami

Jak wskazano powyżej, badane osoby charakteryzują skłonności ekstrawertywne, związane z chęcią przebywania wśród ludzi. Respondenci wykazali też ponadprzeciętną skłonność do uzależnień i popadania w konflikt z prawem. Ustalenia te zbieżne są z wynikami badań innych autorów, m.in. z badaniami realizowanymi przez Lidę Cierpiałkowską (2008), w wyniku których Autorka dowiodła, iż jednym z predyktorów sięgania po substancje psychoaktywne jest ekstrawersja-towarzyskość. Biorąc pod uwagę fakt, iż osobami badanymi byli pacjenci programu leczenia substytucyjnego, wobec których nie powiodły się inne metody leczenia, nie dziwi fakt ponadprzeciętnej skłonności do uzależnień. Dodatkowo ekstrawertyk, wobec ustaleń Eysencka, generalnie cechuje się towarzyskością, łatwym nawiązywaniem kontaktów, a przy tym jest zmienny, lubi ryzyko i wszystko to, co nowe, w tym poznawanie nowych ludzi, doznawanie nowych wrażeń¹⁸.

Skłonność do ryzyka, w połączeniu ze skłonnością do uzależnień, skutkować może popadaniem w konflikt z prawem. Tak jest w przypadku badanych osób. W biografii większości z nich wpisane są bowiem doświadczenia związane z popełnianiem czynów karalnych (zazwyczaj przestępstwa pospolite, jak i z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Wielu respondentów, będących rodzicami, doświadczyło również sankcji wynikających z braku dostatecznej opieki wychowawczej nad dzieckiem (pozbawienie praw rodzicielskich lub ich ograniczenie). Dodatkowo subkultura narkotykowa, w której wzrastały badane osoby, przejawiała wartości i normy konkurencyjne w stosunku do dominujących w społeczeństwie i w nim obowiązujących, co nie pozostało bez wpływu na ich socjalizację.

Zebrane dane wskazują ponadto, iż osoby badane cechuje przeciętny poziom kompetencji społecznych. Wyniki wszystkich skal KKS, jak również wskaźnik ogólny, mieszczą się w ramach wyników przeciętnych. Badani nie zadeklarowali poważnych trudności w zakresie sytuacji wymagających umiejętności odmawiania, dbania o własne zdanie czy społecznej ekspozycji. Ustalenia te nie budzą wątpliwości zważywszy na fakt, że respondenci uczestniczą w programie leczenia substytucyjnego kilka lat, biorąc udział w sesjach psychoterapii indywidualnej i w spotkaniach społeczności terapeutycznej, podlegając treningowi umiejętności społecznych. Trudno jest jednak ustalić, czy uzyskany przez respondentów wynik jest efektem działań terapeutycznych, czy stanowi raczej o cechach bardziej trwałych, pierwotnych w stosunku do intencjonalnie podejmowanych oddziaływań wobec nich. Jednoznaczne ustalenie

¹⁸ Por. H.J. Eysenck, *Sens i nonsens w psychologii*, PWN, Warszawa 1965, s. 308; S. Siek, *Struktura osobowości*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1986, s. 66; C.S. Hall., G. Lindzey, J.B. Campbell, *Teorie osobowości*, dz. cyt., s. 507; J. Strelau, *Psychologia różnic indywidualnych*, Scholar, Warszawa 2002.

wymagałoby realizacji adekwatnych badań (pretestu) w momencie rozpoczęcia przez nich udziału w programie terapeutycznym.

Respondenci relatywnie niżej ocenili swoje kompetencje w zakresie sytuacji wymagających zaufania, dyskrecji, rozmowy o emocjach i bliskości („Intymność”). Do podobnej konkluzji doszła Małgorzata Kruk, omawiając wyniki badań 108 beneficjentów ośrodków MONAR¹⁹. Wyniki te są zbieżne także z ustaleniami Doroty Rybczyńskiej-Abdel Kawy. Autorka, przyglądając się profilowi osób problemowo używających różnorodnych substancji psychoaktywnych i podejmujących w związku z tym leczenie w różnych systemach terapii, zwraca uwagę na bardzo niski poziom umiejętności społecznych (85,4%). Dotyczy to zwłaszcza kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach intymnych (81,3%)²⁰.

Ten emocjonalny aspekt umiejętności społecznych jest szczególnie ważny w aktywności ludzkiej i w rozwoju osobistym człowieka. Jest on związany z empatią, zdolnością do odczuwania i rozumienia zarówno własnych emocji, jak i stanów emocjonalnych innych ludzi. Osoby o relatywnie niskich kompetencjach w omawianym zakresie mogą doświadczać trudności w regulowaniu zarówno swoich emocji, jak i wpływania na stany emocjonalne innych osób. Deficyty te prowadzą do problemów w relacjach interpersonalnych. Jednostki te bowiem nie potrafią okazać skruchy wobec kogoś (za wyrządzoną mu krzywdę), udzielać wsparcia bliskim osobom w potrzebie, empatycznie i aktywnie słuchać, czy też dążyć do porozumienia w sytuacji konfliktu, poszukując wyjaśnienia źródeł nieporozumień. W konsekwencji niedostatek owych umiejętności utrudnia realizację celów życiowych, zarówno aktualnych jak i odległych, planowanie i w perspektywie samorealizację. Ponadto niski poziom adekwatnych kompetencji wydaje się być złym prognostą, jeśli chodzi o utrzymanie abstynencji. Okazuje się, że osoby prezentujące niski poziom kompetencji w omawianym zakresie, gorzej radzą sobie ze stresem i z realizacją własnych wartości²¹.

Na marginesie dodać warto, iż efektywne funkcjonowanie społeczne jednostki możliwe jest jedynie w przypadku nabycia wszystkich trzech wyżej opisanych typów umiejętności w podobnym stopniu. Człowiek rozwija te zdolności poprzez kontakt ze środowiskiem społecznym, zwłaszcza za pośrednictwem informacji zwrotnych z otoczenia. Kierując się tą przesłanką zakładać można jednocześnie, że środowisko

¹⁹ M. Kruk, *Struktura osobowości i kompetencje społeczne osób korzystających z pomocy w ośrodkach MONAR*, „Serwis informacyjny Narkomania” 2008, nr 1 (40), s. 21–22.

²⁰ D. Rybczyńska-Abdel Kawy, *Cechy profilu osobowości pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol*, [w:] A. Kamiński, M. Dobijański (red.), *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pracowników Resocjalizacji, Uniwersytet Wrocławski, Warszawa 2018, s. 25–26.

²¹ Por. A. Matczak, K.A. Knopp, *Znaczenie inteligencji emocjonalnej*, dz. cyt., s. 86–91; D.W. Johnson, *Podaj dłoń*, dz. cyt.

związane z terapią, poprzez oddziaływania indywidualne i grupowe, jest optymalne w zakresie trenowania wskazanych kompetencji społecznych.

W toku realizowanych analiz, dotyczących relacji między cechami osobowości badanych osób (EPQ-R) a poziomem ich kompetencji społecznych (KKS), nie udało się stwierdzić istotnych statystycznie silnych relacji pomiędzy wynikami opisującymi cechy osobowości badanych, a ich kompetencjami społecznymi. Przypomnijmy, że powiodło się to wyłącznie w odniesieniu do relacji intymności i poziomu neurotyzmu. W tym przypadku uzyskano ujemny wynik na granicy intymności, co świadczy o istnieniu pewnej tendencji do tego, że osoby neurotyczne deklarują większe problemy w sytuacjach wymagających intymności, bliskości z drugim człowiekiem. Tezę tę potwierdzają badania Malouffa, Thorsteinssona i Schutte, dowodzące, że cechami, które różnicują osoby z grupy klinicznej i normy, są m.in. neurotyczność (duże jej nasilenie w przypadku grup klinicznych) oraz ugodowość i ekstrawersja (małe nasilenie w tych grupach). Pozwala to wnioskować o związku cech osobowości z tendencjami psychopatologicznymi i innymi zespołami zaburzeń²². Jednak w celu uzyskania jednoznacznego wyniku, w odniesieniu do badanych osób, należałoby go zweryfikować na większej grupie respondentów.

Zakończenie

Przeprowadzone badania wskazują, że ważnym aspektem leczenia substytucyjnego są badania diagnostyczne z wykorzystaniem wystandaryzowanych testów psychologicznych. Na podstawie zrealizowanego projektu dowiedziono, że znajomość cech osobowości i poziomu kompetencji społecznych stanowi istotny element psychoterapii pacjentów opioidowych. Poznanie cech osobowości pozwala optymalizować proces zmian, adekwatnie do tendencji i osobistych zasobów pacjenta. Z kolei poznanie kompetencji społecznych i deficytów w tym zakresie tworzy perspektywę pracy nad możliwością poprawy funkcjonowania osób uzależnionych w zakresie bardziej zadowalających kontaktów z ludźmi. Jest to o tyle istotne, że kompetencje społeczne należą do takich umiejętności, które można trenować i rozwijać. W przypadku osób uzależnionych pozytywne kontakty z osobami przejawiającymi postawy prospołeczne stanowią same w sobie zasoby podtrzymujące ich motywację do leczenia. Optymalizują one proces zdrowienia, a tym samym są istotnym czynnikiem pozytywnej zmiany stylu życia. Szczególne miejsce w tym kontekście zajmują kontakty z rodziną. Przywrócenie ich, dbałość o poprawę relacji wewnątrzrodzinnych, stanowią ważny zwiastun zmiany.

²² Por. J. Strelau, D. Doliński, *Psychologia akademicka*, dz. cyt.

Wyniki uzyskane w toku badań, mimo skromnego efektu, dostarczają spostrzeżeń praktycznych. Ze względu na wysoki poziom neurotyzmu badanych osób warto byłoby zaproponować w programie terapeutycznym różnorodne formy psychoterapii grupowej, umożliwiające ćwiczenie zaufania i otwartości. Ponadprzeciętna psychotyczność respondentów jest przesłanką do stworzenia w koncepcji pracy z osobami uzależnionymi przestrzeni dla pozawerbalnych sposobów wyrażania uczuć i emocji, np. poprzez formy arteterapii. Za sugestią tą przemawia fakt, iż cecha ta często idzie w parze z niekoniecznie rozpoznanymi i uświadamianymi przez osoby o takich tendencjach zdolnościami twórczymi. Zajęcia kreatywne, twórcze – mogą zatem być pomocne i w tym wymiarze.

Niski poziom kompetencji badanych w zakresie sytuacji wymagających intymności i bliskości jest przesłanką do pracy nad budowaniem i rozwijaniem różnorodnych relacji społecznych: partnerskich, małżeńskich, rodzicielskich, zawodowych, wiążących się z ekspozycją społeczną etc. Okazją ku temu jest każda forma zajęć grupowych i trening umiejętności społecznych, znajdujących się w ofercie ośrodków terapii uzależnień.

Badania pokazały, że istnieje uzasadniona potrzeba prowadzenia wieloaspektowej diagnozy osobowości osób problemowo używających substancji chemicznych już w początkowej fazie terapii. Wczesne rozpoznanie umożliwia, jak wspomniano wyżej, ustalenie zasobów pacjentów sprzyjających pozytywnej zmianie oraz rozpoznanie czynników ryzyka procesu zdrowienia. Ten ostatni aspekt wydaje się szczególnie istotny w przypadku osób decydujących się na rezygnację z przyjmowania jakichkolwiek substancji psychoaktywnych, ponieważ znajomość ich i umiejętność identyfikacji tych cech pozwala jednostce zapobiec nawrotowi choroby. Umożliwia tym samym osobiste zarządzanie trzeźwością, zwiększając poczucie sprawstwa. Wszystkie wymienione czynniki sprzyjają poprawie jakości życia osób problemowo używających substancji w różnych płaszczyznach, począwszy od zdrowotnej, poprzez społeczną, ekonomiczną, kulturową i duchową włącznie.

W niniejszym artykule ustalenia badawcze są obrazem uśrednionym, pozbawionym „cech osobowych” (jak np. płeć, wiek), kontekstu sytuacyjnego i niuansów związanych z leczeniem (np. czas trwania terapii). Informacje te z pewnością pozwoliłyby na bardziej szczegółowe analizy, a w ślad za nimi, na propozycję zindywidualizowanych rozwiązań praktycznych, dedykowanych poszczególnym kategoriom pacjentów. Wykraczają one jednak poza problematykę niniejszego doniesienia.

Bibliografia

- Bisaga A., Wojnar M., *Farmakologiczne leczenie uzależnień*, [w:] P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków: podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.
- Cierpiałkowska L., *Psychologia uzależnień*, [w:] H. Sęk (red.) *Psychologia kliniczna*, t. 2, PWN, Warszawa 2008.
- Eysenck H.J., *Sens i nonsens w psychologii*, PWN, Warszawa 1965.
- Fudalej S., Wojnar M., *Wpływ leczenia substytucyjnego na funkcjonowanie społeczne i stan zdrowia osób uzależnionych od opioidów*, „Psychiatria” 2016, nr 4.
- Hall C.S., Lindzey G., Campbell J.B., *Teorie osobowości*, PWN, Warszawa 2013.
- Johnson, D.W., *Podaj dłoń*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1992.
- Kruk M., *Struktura osobowości i kompetencje społeczne osób korzystających z pomocy w ośrodkach MONAR*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 2008, nr 1 (40).
- Leczenie substytucyjne*, Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii [portal], <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106992> [dostęp: 23.08.2020].
- Marlatt G., Bowen S., Witkiewitz K., *Zapobieganie nawrotom picia: dane empiryczne i kierunki rozwoju*, [w:] P. Miller (red.), *Terapia uzależnień: metody oparte na dowodach naukowych*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.
- Matczak A., Knopp K.A., *Znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka*, Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2013.
- Monti P.M., Abrams, D.B., Kadden R.M., Cooney N.L., *Trening konstruktywnych zachowań*, tłum. K. Skrzypek, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2007.
- Polański A., Rybczyńska-Abdel Kawy D., *Rola metod psychospołecznych w terapii substytucyjnej pacjentów opioidowych*, „Świat Problemów” 2016, nr 5 (280).
- Polański A., Rybczyńska-Abdel Kawy D., *Jakość życia uczestników ambulatoryjnego programu leczenia substytucyjnego*, [w:] D. Rybczyńska-Abdel Kawy (red.), *Narkomania w zmieniającym się świecie. Wybrane aspekty*, PRINTPAP, Łódź 2012.
- Przewodnik po terapii substytucyjnej w jednostkach penitencjarnych*, Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2018.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 roku w sprawie leczenia substytucyjnego, Dz.U. 2013, poz. 368.
- Rybczyńska-Abdel Kawy D., *Cechy profilu osobowości pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol*, [w:] A. Kamiński, M. Dobijański (red.), *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pracowników Resocjalizacji, Uniwersytet Wrocławski, Warszawa Wrocław 2018.
- Sempruch-Malinowska K., Zygałdo M., *Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych*, [w:] P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków: podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.
- Siek S., *Struktura osobowości*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1986.
- Strelau, J., *Psychologia różnic indywidualnych*, Scholar, Warszawa 2002.
- Strelau, J., Doliński D. (red.), *Psychologia akademicka: podręcznik*, t. 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2015.
- Syroka K., *Prawne aspekty leczenia substytucyjnego*, „Serwis Informacyjny Narkomania” 2010, nr 2.

Tatarsky A., *Redukcja szkód w psychoterapii: nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (z późn. zm.), Dz.U. 2005, Nr 179, poz. 1485.

Wodowski G., *Redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków*, „Świat Problemów” 2013, nr 10.