

Sławomir Ślaski

Efektywność psychoterapii uzależnienia od alkoholu mężczyzn w ośrodku pomocy społecznej

Studia Psychologica nr 2, 213-220

2001

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.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ŚLAWOMIR ŚLASKI

EFEKTYWNOŚĆ PSYCHOTERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU MĘŻCZYŹN W OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ

Self-Consciousness Scale (SCS) as a method for investigating changes in psychotherapy of addiction

Summary

Self-awareness changes in two groups of alcoholics (participating and not participating in the therapy based on AA principles) were measured. Self-awareness conception by Wicklund and Dival and a relevant measuring tool were used. It was hypothesised that private self-awareness would increase, while public self-awareness and social fear were expected to decrease. The results showed only significant decrement of social fear. The results obtained were discussed – in terms of prospects of persistent recovery.

1. WPROWADZENIE

W polskim lecznictwie uzależnień w ostatnim dziesięcioleciu nastąpiły poważne zmiany w sposobie podejścia do uzależnienia od alkoholu. Zmiany te zaowocowały powstaniem różnorodnych programów i procedur terapeutycznych, opartych na różnych modelach uzależnień – psychologicznym lub Anonimowych Alkoholików. Owe programy jednak – zgodnie z wymogami merytorycznymi i ekonomicznymi – wymagają także oceny ich skuteczności.

Najczęściej efektywność leczenia uzależnień mierzy się długością utrzymywanej abstynencji, ale z psychologicznego punktu widzenia istotne są także zmiany, jakie zachodzą u ludzi uzależnionych w strukturze ich osobowości. Prawie każdy program terapii uzależnień zaleca, po utrwalonej abstynencji, dalszą psychoterapię prowadzącą do optymalnego funkcjonowania jednostki. Skuteczność leczenia uzależnień można mierzyć różnorodnymi metodami, np. przez obserwację uczestników terapii, ale jest to trudne i wymaga dużego doświadczenia badaczy. Można mierzyć postępy w terapii uzależnień metodami testowymi, które są bardziej obiektywne niż obserwacja. W obecnej pracy zastosowano metody testowe zgodnie z wymogami schematu badawczego z dwukrotnym pomiarem w jednej grupie (Sułek, 1983). Jest to istotne, by sprawdzić, w jakim stopniu określone bodźce (terapeutyczne) wywołują planowane zmiany w strukturze osobowości uzależnionych od alkoholu (podopiecznych ośrodka pomocy społecznej).

W ostatnich kilku latach w Polsce zrealizowano już kilka badań dotyczących efektywności terapii uzależnienia od alkoholu opartych na różnych modelach uzależnień, i przyjmujących jako wskaźnik tej skuteczności – powrót do zażywa-

nia substancji chemicznej (Ślaski, Bukowska, 1996; Woronowicz, Lenard, 1996; Kucińska, Mellibruda, 1997). Jednak jest bardzo mało badań nad osobami uzależnionymi od alkoholu dotyczących ich zmian behawioralnych i osobowościowych, zachodzących po psychoterapii uzależnień (Gąsior, Kaleta-Kupiecka, 1995; Kucińska, Mellibruda, 1997). Dotyczy to szczególnie skuteczności psychoterapii specyficznej grupy (ludzie uzależnieni od alkoholu i ubodzy) będącej pod opieką ośrodka pomocy społecznej. Podobnych badań na takiej populacji w Polsce do tej pory jeszcze nie przeprowadzono.

2. CEL BADAŃ

Podstawowym celem prezentowanych badań jest sprawdzenie efektywności psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu i korzystających z różnorodnej oferty ośrodka pomocy społecznej (m.in. pomoc materialna, prawna, psychologiczna, w poszukiwaniu pracy). Jest to istotne z punktu widzenia wielu badań, które sugerują, że zmiany pod wpływem psychoterapii w strukturze osobowości niedostosowanych społecznie (m.in. klienci ośrodka pomocy społecznej, więźniowie, uzależnieni od alkoholu) mogą pomóc w wyborze satysfakcjonującego stylu życia (bez udziału alkoholu) i uzyskaniu ponownej adaptacji w społeczeństwie (Batawia, 1978; Ostrihanska, 1978; Ostrowska, 1981; Bartkowicz, 1987; Walfish, Blount, 1989; Nutter, Sawka, 1990).

3. HIPOTEZY

Ogólna hipoteza weryfikowana przez niniejsze badanie brzmi następująco: istnieje różnica pomiędzy wynikami testu na początku i końcu psychoterapii uzależnienia od alkoholu odbywającej się w ośrodku pomocy społecznej. Oznacza to, iż racjonalno-emotywna psychoterapia oddziałuje na emocje i inne struktury osobowości badanych w założonym kierunku.

Szczegółowe hipotezy weryfikowane w niniejszym badaniu sformułowano w taki sposób. W Skali Koncentracji Na Sobie (SKNS) oczekuje się następujących zmian:

- spadku wyników w podskali – „ja” publiczne (pu);
- wzrostu wyników w podskali – „ja” prywatne (pr);
- spadku wyników w podskali – niepokój społeczny (ns).

4. METODA BADAŃ

Weryfikacja postawionych hipotez wymagała u badanych dwukrotnego pomiaru struktury osobowości. W tym celu zastosowałem metodę testową, która według mnie pozwala obserwować zmiany świadomości siebie osoby uzależnionej, istotne z punktu widzenia utrzymania jej abstynencji alkoholowej.

Skalę Koncentracji Na Sobie skonstruowali w Polsce J. Zakrzewski i A. Strzałkowska (1987), wzorując się na *Self-Consciousness Scale A.* Fenigsteina, M. F. Scheiera i A. H. Bussa. Autorzy amerykańscy w opracowaniu swojej skali przyjęli założenia dwóch teorii: przedmiotowej samoświadomości oraz „ja” prywatnego i „ja” publicznego. Teoria przedmiotowej samoświadomości mówi, że warunkiem niezbędnym do pojawienia się podmiotowej regulacji zachowania jest wystąpienie zjawiska koncentracji na sobie. Dokładnie

wyjaśniając, aby jakiś element struktury osobowości miał wpływ na nasze zachowanie, potrzebne jest świadome ukierunkowanie uwagi podmiotu na własną osobę, a nie na obiekty zewnętrzne. Działanie mechanizmu podmiotowej regulacji w stanie koncentracji na sobie autorzy wyjaśniają w następujący sposób. Bezpośrednią konsekwencją skupienia uwagi na „ja” jest uruchomienie procesu autoewaluacji – porównywania rzeczywistego stanu własnej osoby z istotnym w danej sytuacji standardem poprawności. Takim standardem może być jakaś wartość, norma, element poznawczy reprezentacji „ja” idealnego lub stan emocjonalny. Efektem porównywania jest dostrzeżenie negatywnej rozbieżności między stanem aktualnym „ja” a standardem, co wywołuje negatywne emocje. Jednostka motywowana jest wtedy do podjęcia działań redukujących negatywne emocje przez dopasowywanie „ja” do standardu w kierunku zgodnym z aktualnym „ja” lub unikanie bodźców kierujących uwagę na „ja” (Zakrzewski, Strzałkowska, 1987).

Pojęcie „ja” prywatnego opisuje te aspekty własnej osoby, które nie podlegają ocenie innych ludzi, takich jak: myśli, uczucia, standardy zachowań. W skład „ja” publicznego wchodzi elementy, które podlegają ocenie innych ludzi, np. wygląd zewnętrzny, zachowanie, prezentowane poglądy. Świadoma uwaga podmiotu może być kierowana na „ja” publiczne lub „ja” prywatne.

SKNS bada dyspozycyjną koncentrację na sobie, której wskaźnikami są – między innymi – zaabsorbowanie własnymi przeszłymi, teraźniejszymi i przyszłymi zachowaniami, wrażliwość na własne stany emocjonalne, świadomość własnej autoprezentacji oraz uwzględnianie ocen innych ludzi. SKNS składa się z 23 pytań. 10 pytań dotyczy koncentracji na „ja” prywatnym, 7 – na „ja” publicznym, a 6 pytań dotyczy niepokoju społecznego. Podskale SKNS korelują ze sobą w umiarkowanym stopniu, co świadczy o ich względnej niezależności. Sprawdzano też zgodność wewnętrzną SKNS i jej podskal, obliczając współczynniki *alfa* Cronbacha. Współczynniki te można uznać za zadawalające (Zakrzewski, Strzałkowska, 1987).

W skład Skali Koncentracji Na Sobie wchodzi następujące podskale: „ja” prywatne (pr), „ja” publiczne (pu), niepokój społeczny (ns).

Wszystkie wymienione podskale SKNS będą uwzględnione w niniejszej pracy do opisanie zmian struktury osobowości klientów ośrodka pomocy społecznej, uzależnionych od alkoholu, pod wpływem psychoterapii uzależnień opartej na modelach: psychologicznym i Anonimowych Alkoholików.

Zadaniem badanych jest pisemne zaznaczenie na skali pięciopunktowej (0-4) stopnia, w jakim dane stwierdzenie kwestionariusza trafnie bądź nietrafnie charakteryzuje jego osobę.

Na podstawie badań M. F. Scheiera i współpracowników (za J. Zakrzewski, A. Strzałkowska 1987) można stwierdzić, iż osoby skoncentrowane na „ja” prywatnym w porównaniu z osobami, które koncentrują się na „ja” publicznym mają następujące cechy:

- mają większą świadomość własnych stanów emocjonalnych oraz wykazują większą zgodność zachowania z aktualnie przeżywanymi emocjami;
- wykazują większą zgodność zachowania z osobiście uznawanymi zasadami sprawiedliwości w sytuacji podziału nagród;

- są mniej uległe wobec nacisków grupowych;
- wykazują mniejszą podatność na sugestię;
- dokonując atrybucji przyczynowych, przypisują sobie w większym stopniu odpowiedzialność za zdarzenia;
- wykazują większą trafność i dokładność w dokonywanych samoopisach;
- oceniają prywatne aspekty własnej osoby jako szczególnie ważne dla siebie;
- są bardziej skłonne do reagowania reaktancją.

Pomimo różnych badań w Polsce, metoda ta nie miała jeszcze zastosowania w psychoterapii. Nie stosowano jej także w badaniach osób uzależnionych od alkoholu czy innych substancji chemicznych.

Program psychologiczny dla osób uzależnionych od alkoholu i korzystający z oferty ośrodka pomocy społecznej skonstruowany był na bazie modeli uzależnień: psychologicznym i Anonimowych Alkoholików (Ślaski, 1996). W proponowanym programie przyjęto następujące podstawowe założenia, głównie zaczerpniętych z idei pomocy Anonimowych Alkoholików:

- uzależnienie chemiczne jest chorobą przewlekłą, postępującą, a nie leczona najczęściej prowadzi do śmierci. Alternatywą tej drogi może być zatrzymanie uzależnienia, a warunkiem wstępnym i koniecznym jest abstynencja chemiczna;

- program terapeutyczny powinien obejmować całą osobę (sferę fizyczną, psychiczną, duchową);

- metodą najbardziej efektywną w leczeniu uzależnień chemicznych jest program 12 Kroków Anonimowych Alkoholików, wspomagany metodami psychologicznymi.

Ogólne cele, jakie stawiał sobie prezentowany program psychoterapii uzależnień, są następujące:

- uznanie własnej niezdolności do kontrolowanego używania środków chemicznych;

- poznanie własnych mechanizmów obronnych podtrzymujących niekontrolowane używanie środków chemicznych;

- nabycie umiejętności psychologicznych niezbędnych do utrzymania trwałej trzeźwości.

Program ów był wprowadzony w jednym z warszawskich ośrodków pomocy społecznej w 1992 r. Na program składały się następujące elementy:

- terapia racjonalna koncentrowała się na wyjaśnianiu istoty i przyczyny uzależnienia od alkoholu i związanych z nim problemów medycznych i psychologicznych;

- terapia treningowa obejmowała ćwiczenie asertywności, relaks, modyfikację zachowań;

- trening w rozpoznawaniu własnych nawrotów uzależnienia;

- grupa zadaniowa służyła do rozliczania poszczególnych członków grupy z zadanych prac nt. konsekwencji używania alkoholu, pożegnania z alkoholem, systemu wartości itp. i udzielania sobie informacji zwrotnych;

- terapia indywidualna służyła diagnozie problemu alkoholowego, wsparciu i przygotowaniu planu rehabilitacyjnego dla klienta;

- uczestnictwo w mitingach Anonimowych Alkoholików (Kapler, 1995).

Opisany powyżej program terapeutyczny zajmował pacjentom około 2 godzin przez 3 dni w tygodniu oraz co najmniej 1 lub więcej mitingów AA w tygodniu i był prowadzony przez 2 psychologów i 2 terapeutów-trzeźwych alkoholików. Uczestnictwo pacjentów w programie trwało około 12-16 miesięcy.

Całość programu leczenia uzależnień skonstruowana była na bazie racjonalno-emotywniej terapii A. Ellisa. Terapia ta zorientowana jest na oddziaływanie na strukturę poznawczą człowieka. Pierwszym ważnym założeniem owej teorii jest obserwacja, że główną przyczyną ludzkich niepowodzeń są nieracjonalne idee i poglądy dotyczące siebie, otaczającego świata i innych osób. Drugim założeniem jest teza, że nieracjonalne przekonania wyzwalają w naszej świadomości negatywne emocje, to z kolei wyzwała dalsze nasze trudności w funkcjonowaniu psychologicznym. Aby, w myśl teorii Ellisa, pozbyć się różnorodnych negatywnych emocji, które są związane z irracjonalnymi przekonaniem, trzeba zmienić przekonania, wtedy zmienia się nasza świadomość siebie („ja” prywatne) i zmienia się nasza świadomość do otoczenia („ja” publiczne), a co za tym idzie, zmienia się nasze zachowanie. Racjonalne przekonania, według Ellisa, to wiedza oparta na logice, obiektywnym doświadczeniu i eksperymencie (Siek, 1985; Maultsby, 1992).

5. PRZEBIEG BADAŃ

Badania przeprowadzono w Warszawie, w jednym z ośrodków pomocy społecznej, w którym wprowadzono po raz pierwszy w Polsce psychologiczny program terapii dla osób uzależnionych od alkoholu. Na leczenie uzależnienia przyjmowano pacjentów głównie z Warszawy i w wyjątkowych sytuacjach spoza niej. Badania testowe i wywiad psychospołeczny przeprowadzono w latach 1994-1999. Udział w badaniach był dobrowolny. Badanie jednego pacjenta zajmowało około 10 minut. Podopiecznych badano dwukrotnie na początku i końcu programu. Warunkiem uczestnictwa w programie psychoterapii uzależnień był brak innych, niż wynikały z uzależnienia od alkoholu, zaburzeń psychopatologicznych.

Z badanych osób wyłoniono grupę eksperymentalną (E).

Grupę kontrolną (K) wyłoniono z osób, które nie chciały uczestniczyć w programie psychoterapii uzależnień, ale korzystały z innych ofert ośrodka pomocy społecznej (pomoc materialna, prawna, poszukiwania pracy).

Charakterystyka badanych grup przedstawiona jest poniżej. Badana grupa (E) składała się z 26 mężczyzn w wieku 22-67 lat, (średnia wieku wyniosła 45,5 roku). Druga grupa (K) była także dobrana z populacji mężczyzn – wiek 23-61 lat, średnia wieku 43,2 roku.

Czas trwania uzależnienia wahał się w grupie (E) od 4 do 31 lat, w grupie (K) od 4 do 30 lat. W obu grupach około 91% badanych było uzależnionych od alkoholu, pozostałe osoby uzależnione były od alkoholu i leków. Osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków były kierowane do ośrodków stacjonarnych.

6. WYNIKI BADAŃ

Celem badań był pomiar zmian wybranych właściwości osobowości (w sferze świadomości) pod wpływem terapii uzależnień. Pod uwagę brany był także kierunek tych zmian w strukturze osobowości badanych.

Wyniki badań oceniono przez porównywanie uzyskanych wyników początkowych i końcowych w obrębie badanych grup i zastosowano analizę dynamiki zmiennych w przebiegu terapii uzależnień.

Analizę statystyczną rozpoczęto od sprawdzenia zgodności rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym. Zastosowano do obliczeń test Kołmogorowa-Smirnowa. Okazało się, że wszystkie zmienne dla obu grup mają rozkład normalny. Przystąpiono więc do sprawdzenia hipotez używając testu t-Studenta dla dwóch prób zależnych. Poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$ (Brzeziński, 1999).

Zmiany, jakie zaistniały w trakcie psychoterapii uzależnień w obu grupach, przedstawiają tabele nr 1 i 2 (patrz załączniki). Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie otrzymanych wyników dla poszczególnych zmiennych na początku badania pomiędzy badanymi grupami. Jest to ważne szczególnie dla zmiennej – niepokój społeczny (Ns) ponieważ w tej zmiennej nastąpiły zmiany. W grupie eksperymentalnej (E) zaobserwowano tylko jedną zmianę w zmiennej niepokój społeczny (Nse) – co jest zgodne z zakładaną hipotezą. W innych zmiennych „ja” prywatne (Pre) i „ja” publiczne (Pue) wbrew oczekiwaniom nie nastąpiły zakładane zmiany.

W grupie kontrolnej (K) w wyróżnionych zmiennych: „ja” prywatne (Prk), „ja” publiczne (Puk) i niepokój społeczny (Nsk) nie nastąpiły żadne zmiany na odpowiednim poziomie istotności.

7. WNIOSKI

Analizując jakościowo zaistniałą zmianę, można powiedzieć, że obniżył się poziom niepokoju badanych w sytuacjach społecznych. Zaobserwowana zmiana może być dobrą podstawą do utrzymania abstynencji w czasie po intensywnym leczeniu uzależnienia, gdyż wiele osób uzależnionych od alkoholu podkreśla, że używało alkoholu do obniżenia poziomu lęku i niepokoju w kontaktach z innymi ludźmi (Cekiera, 1985; Król-Fijewska, 1987).

Nie zmieniły się istotnie wyniki w innych zmiennych („ja” prywatne, „ja” publiczne), co jest niezbyt pomyślną przesłanką dla utrzymania abstynencji alkoholowej przez badanych. Dotyczy to szczególnie zmiennej „ja” prywatne (pr), która opisuje osobę od strony świadomości na własnym poczuciu „ja”. Uzyskanie dużych różnic pozytywnych między wynikami początkowymi i końcowymi w tej zmiennej świadczyłoby o zwiększeniu się świadomości własnych przeżyć emocjonalnych oraz odpowiedzialności za własne zachowanie.

Trudno jednoznacznie opisać, dlaczego oczekiwane zmiany w poziomie świadomości u osób uzależnionych nie zaistniały w trakcie oddziaływań terapeutycznych. Można tylko przypuszczać, że pacjenci ośrodka pomocy społecznej potrzebują bardziej długotrwałych oddziaływań terapeutycznych, by zaistniała zmiana na poziomie świadomości. Wiadomo to z licznych obserwacji i wywiadów prowadzonych przez terapeutów, że pacjenci ci pochodzą ze środowisk rodzinnych mało wydolnych wychowawczo i przejawiają wiele cech nieprawidłowej osobowości.

Ważnym uzupełnieniem przedstawionych badań mogą być badania S. Ślaskiego, P. Żylicza (w druku) na podobnej grupie eksperymentalnej przeprowadzone

za pomocą Skali Samoświadomości Z. Zaborowskiego. Badania te pokazują zmianę na granicy trendu w samoświadomości obronnej, w składzie której może zawierać się zmienna – niepokój społeczny.

8. BIBLIOGRAFIA

- Bartkowicz, Z. (1987). *Efektywność resocjalizowania nieletnich w zakładzie poprawczym i wychowawczym*. Lublin: UMCS.
- Batawia, S. (1978). Młodociani alkoholicy skierowani na przymusowe leczenie. W: Jasiński, J. (red.), *Zagadnienia nieprzystosowania społecznego i przestępczości w Polsce*. Wrocław: Ossolineum.
- Brzeziński, J. (1999). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa, PWN.
- Cekiera, Cz. (1985). *Toksykomania*. Warszawa, PWN.
- Gąsior, K. Kaleta-Kupiecka, M. Kupiecki, A. (1995). Terapia kobiet uzależnionych od alkoholu. *Problemy Alkoholizmu*, 3, 3-6.
- Kapler, L. (1995). Leczenie odwykowe w ośrodku pomocy społecznej. *Świat Problemów*, 5, 1-3.
- Król-Fijewska, M. (1993). *Tam i stamtąd*. Warszawa: IPZiT.
- Kucińska, M., Mellibruda, J. (1997). Zmiany stanu psychicznego po terapii odwykowej pacjentów uczestniczących w programie APETA. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 405-20.
- Kucińska, M., Mellibruda, J. (1997). Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia przez pacjentów uczestniczących w programie APETA. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 373-87.
- Nutter, C., Sawka E. (1990). *Alsike program evaluation*. Alberta Alcoholism and Drug Abuse Commission.
- Ostrihanska, Z. (1978). Psychologiczne determinanty niedostosowania społecznego i przestępczości. W: Jasiński, J. (red.), *Zagadnienia nieprzystosowania społecznego i przestępczości w Polsce*. Wrocław: Ossolineum.
- Ostrowska, K. (1981). Psychologiczne determinanty przestępczości młodocianych. Warszawa, PWN.
- Siek, S. (1985). *Autopsychoterapia*. Warszawa: ATK.
- Sulek, A. (1983). *Logika analizy socjologicznej*. Warszawa: Wyd. UW.
- Ślaski, S. (1996). Charakterystyka modeli uzależnień występujących w Polsce. *Studia z Psychologii*, 6, 123-133
- Ślaski, S., Bukowska, B. (1996). Efektywność terapii odwykowej w zakładzie karnym. *Problemy Alkoholizmu*, 4, 19-20.
- Ślaski, S., Żylicz, P. *Self-awareness changes in alcohol dependent Atlantis program participants*. W druku.
- Walfish, S., Blount, W. (1989). Alcohol and crime. *Criminal Justice and Behavior*, 16, 370-86.
- Woronowicz, B., Lenard, W. (1996). Próba oceny skuteczności leczenia uzależnienia od alkoholu w oparciu o długość abstynencji. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 225-32.
- Zakrzewski, J., Strzałkowska, A. (1987). Dyspozycyjna koncentracja na sobie: teoria i pomiar. W: Drwal, R. Ł. (red.), *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej*. Lublin: UMCS.

9. ZAŁĄCZNIKI

Tabela 1. Wyniki uzyskane w SKNS w grupie eksperymentalnej.

Nazwa zmiennej	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe	Różnica	T	Df	Pi.
Pue1	20,73	5,0				
Pue 2	21,11	4,37	-0,38	-0,47	25	0,6
Nse 1	17,07	3,18				
Nse 2	16,11	3,17	0,96	2,06	25	0,051
Pre 1	29,34	4,72				
Pre 2	30,69	6,69	-1,35	-1,08	25	0,28

Tabela 2. Wyniki uzyskane w SKNS w grupie kontrolnej.

Nazwa zmiennej	Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe	Różnica	T	Df	Pi.
Puk 1	21,11	5,04				
Puk 2	22,23	3,76	-1,12	-1,06	25	0,26
Nsk 1	16,34	4,75				
Nsk 2	15,76	7,83	0,58	0,63	25	0,52
Prk 1	29,65	5,25				
Prk 2	30,34	3,83	-0,69	-0,74	25	0,46