

*Grzegorz Kudlak*¹

OSOBOWOŚCIOWE CZYNNIKI SKUTECZNOŚCI TERAPII UZALEŻNIEŃ W WARUNKACH WIĘZIENNYCH W KONTEKŚCIE TRZECH TYPÓW OSOBOWOŚCI

Streszczenie

Narastające zjawisko uzależnienia od substancji psychoaktywnych w polskich więzieniach rodzi potrzebę adekwatnych oddziaływań terapeutycznych skierowanych do tej specyficznej grupy pacjentów. Dotychczasowe badania wskazują, że terapia tego rodzaju może być skuteczna, jednak musi być dostosowana do warunków zakładu zamkniętego oraz specyficznych potrzeb i charakterystyki osobowościowej więźniów. Badania wybranych aspektów struktury osobowości osadzonych przed odbyciem i po odbyciu terapii uzależnień w warunkach zakładu zamkniętego wykazały istotne zmiany wielu obserwowanych cech, zdolności i potrzeb, co może świadczyć o pozytywnym efekcie terapii uzależnień. Dodatkowa analiza z podziałem na grupy skazanych charakteryzujących się jednym z trzech wyróżnionych typów osobowości pokazała jednak, że znaczące zmiany o charakterze rozwojowym wystąpiły jedynie u osób o typie osobowości nadmiernie kontrolującym się oraz niedostatecznie kontrolującym się, zaś u skazanych o osobowości w typie odpornym zmian nie wykazano. Ten wynik świadczyć może o tym, że typ osobowości w zastosowanej klasyfikacji ma istotny związek z podatnością na zmianę w procesie terapii więźniów, a tym samym wpływa na skuteczność leczenia uzależnień w warunkach więziennych.

Słowa kluczowe: typ osobowości, RUO, terapia uzależnień, więzienie, substancje psychoaktywne

¹ Dr Grzegorz Kudlak jest adiunktem w Zakładzie Psychologii Dewiacji Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW: grzegorz.kudlak@gmail.com

**Personality factors and the effectiveness of addiction therapy in prison
for three personality types
Abstract**

Considering a growing number of Polish prisoners addicted to psychoactive substance, the need exists for adequate therapeutic interactions to target this specific group of patients. Previous studies suggests that to be effective such treatment must be adapted to prison conditions and tailored to specific needs and personality profiles of inmates. Our research focused on selected aspects of prisoners' personality structure before and after addiction therapy in prison conditions. The results have revealed positive changes in a number of personality features, abilities and needs under observation, which may testify to the positive therapeutic effect. Additionally, inmate population has been split into three group, according to three personality types (RUO). The analysis shows that positive change has occurred only among the overcontrolled and the undercontrolled, while no change has been recorded among the resilient. The findings prove that there may exist a significant correlation between personality types as classified here and the change induced in inmates by therapeutic process, and that personality may have an impact on the effectiveness of addiction therapy in prison conditions.

Keywords: Personality type, RUO types, addiction therapy, prison, psychoactive substances

Wprowadzenie

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest szczególnym przypadkiem zaburzenia w rozwoju i adaptacji społecznej (Cekiera 1994; Pospiszyl 2008). Osoby uzależnione zażywają substancje psychoaktywne ze względu na ich działanie polegające na wywołaniu pożądanego doznania lub na pobudzeniu organizmu. Efekt ten jest tymczasowy, a jego utrzymanie wymaga przyjmowania kolejnych dawek substancji, stąd długotrwałym skutkiem zażywania narkotyków jest uzależnienie, występujące w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Osoby uzależnione funkcjonują w specyficzny sposób. Charakterystyczna dla nich jest izolacja od bliskich, kontakty z innymi uzależnionymi oraz grupami przestępczymi (Cekiera 1994; Krzyżaniak, Sochacki 2005). Ponadto osoby te cechują się brakiem podstawowych umiejętności społecznych, często reagują gwałtownymi wybuchami gniewu i agresji, odznaczają się także negatywnym nastawieniem do życia, zmiennymi nastrojami, rozdrażnieniem i zaniepokojeniem, niestabilnością emocjonalną (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 1999; Juczyński 2002; Teesson, Degenhardt, Hall 2005; Jędrzejko 2008).

Zażywanie substancji psychoaktywnych prowadzi do zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania (ICD-10), co stanowi ogromny pro-

blem społeczny pociągający za sobą wiele negatywnych konsekwencji zarówno dla dotkniętych nim jednostek, jak i osób z ich otoczenia (bliscy, rodzina, znajomi, pracodawcy itp.). Jednym ze szczególnie dotkliwych i destrukcyjnych skutków zażywania substancji psychoaktywnych jest popełnianie czynów zabronionych (Carpentier 2007; Hołyst 2010).

W polskich zakładach karnych i aresztach śledczych przebywa znaczna grupa osób, które przed pozbawieniem wolności można było zaliczyć do okazjonalnych użytkowników środków odurzających lub psychotropowych. Według raportu J. Sierosławskiego (2007: 29) grupa ta stanowiła 21 proc. wszystkich osadzonych. W grupie wiekowej do 19 lat wskaźnik ten przekraczał wartość 57 proc. Wielkości te zdają się korelować z rozpowszechnieniem używania narkotyków w czasie pobytu w zakładzie penitencjarnym — 20,3 proc. osadzonych miało za sobą takie doświadczenia. Wśród osadzonych w wieku 20–24 lat wskaźnik ten przekraczał 29 proc. Jednocześnie autor badania określił, że problemowi użytkownicy narkotyków (osoby, które korzystały z różnych form leczenia uzależnienia na wolności oraz w oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych od narkotyków w zakładach penitencjarnych) stanowili grupę ok. 11 tys. osadzonych, a więc ok. 12 proc. populacji więziennej (Sierosławski 2007: 44). Niewątpliwie wpływ na te wskaźniki miało wprowadzenie kary pozbawienia wolności za posiadanie nawet najmniejszej ilości narkotyków, jednakże statystyka zjawiska rodzi potrzebę skutecznego leczenia osób uzależnionych odbywających karę pozbawienia wolności.

W ciągu ostatnich lat w leczeniu uzależnień dokonało się wiele zmian. Osoby uzależnione leczą się w różnych miejscach i różnymi sposobami: w ośrodkach ambulatoryjnych, w ośrodkach stacjonarnych, w grupach samopomocowych (np. anonimowi narkomani) lub programach substytucyjnych. Wielość tych metod powoduje, że stosowane są różne środki oddziaływania na pacjentów, a wszystkie te działania wymagają rzetelnej oceny skuteczności. W przypadku programów realizowanych w warunkach wolnościowych takie badania były jak dotąd podejmowane zarówno w Polsce, jak i na świecie (Augustowska 1988; Żylicz 1991; Kapler 1994; Allsop, Saunders 1997; Quigley, Marlatt 2000; Nikodemka 2000; 2002; 2003; Niewiadomska 2007).

Zgodnie z Ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. nr 179, poz. 1485 z późn. zm.) Służba Więzienna wymieniona jest wśród jednostek zapobiegania narkomanii, co łączy się z jej podstawową funkcją, jaką jest prowadzenie działań resocjalizacyjnych wobec osób skazanych

na kary pozbawienia wolności oraz ochrona społeczeństwa przed sprawcami przestępstw osadzonymi w zakładach karnych i aresztach śledczych (Ustawa o Służbie Więziennej, Dz.U. z 1996 r. nr 61, poz. 283 z późn. zm.). Pierwsze w Polsce oddziały dla skazanych uzależnionych od narkotyków powstały w połowie lat 80., jednak w tym okresie nie można było mówić o profesjonalnym leczeniu uzależnień. Dopiero po 2000 r. powstały oddziały terapeutyczne dla skazanych uzależnionych od środków odurzających i psychotropowych (Majcherczyk 2007: 322).

Rehabilitacja osób uzależnionych od środków psychotropowych lub substancji psychoaktywnych prowadzona jest obecnie w oddziałach leczniczo-wychowawczych znajdujących się na terenie zakładów karnych. Terapia trwa sześć miesięcy, założeniem i głównym jej celem jest zaś utrwalenie u skazanych motywacji do kontynuowania leczenia po opuszczeniu więzienia. Do oddziału trafiają więźniowie zobowiązani przez sąd do podjęcia leczenia lub ci, którzy dobrowolnie wyrazili na nie zgodę. Do prowadzenia profesjonalnej terapii uzależnień zatrudniani są funkcjonariusze lub pracownicy cywilni legitymujący się udokumentowanym wykształceniem specjalisty lub terapeuty uzależnień. Podstawowe oddziaływania prowadzone w tego typu oddziałach to: psychoterapia grupowa, psychoterapia indywidualna, realizacja indywidualnego programu terapeutycznego, spotkania grupowe (grupy zadaniowe), społeczność terapeutyczna i mityngi anonimowych narkomanów (Majcherczyk 2007: 323).

W ostatnich latach toczy się dyskusja na temat skuteczności terapii tego rodzaju w specyficznych warunkach więziennych. Podstawową wątpliwość budzi charakterystyka relacji terapeutycznej w warunkach więziennych, odmienna od warunków wolnościowych, głównie ze względu na element przymusu, brak możliwości zmiany terapeuty czy brak poufności — Służba Więzienna ma dostęp do informacji o przebiegu i postępach terapii osadzonych. Wśród innych czynników odróżniających oddziaływania terapeutyczne wobec skazanych w więzieniach w porównaniu z warunkami wolnościowymi wymienia się m.in.: szerszy zakres stosowania przymusu w prowadzonych oddziaływaniach, większe potrzeby terapeutyczne skazanych, które powinny być przedmiotem terapii, skutki działania mechanizmu negatywnej selekcji pacjentów, różnice tkwiące w środowisku terapeutycznym oraz odmienne rozwiązania organizacyjne (Majcherczyk 2007: 324).

W literaturze zagranicznej szeroko opisane są badania skuteczności terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych realizowanych w spe-

cyficznych warunkach izolacji więziennej. Badania te potwierdzają, że programy leczenia uzależnień w warunkach więziennych wpływają na poprawę bezpieczeństwa i porządku w więzieniu, poprawę zdrowia penitentów oraz przyczyniają się do redukcji zachowań przestępczych i recydywy wśród więźniów po wyjściu na wolność, a w konsekwencji dają szansę na rehabilitację i powrót do społeczeństwa (Brochu, Guyon, Desjardins 1999; Gossop 2005; 2006; Neale, Robertson, Saville 2005; Holloway, Bennett, Farrington 2005; McIntosh, Savill 2006; Roberts i in. 2007).

Badania wskazują, że oddziaływania terapeutyczne wobec uzależnionych więźniów mogą być skuteczną drogą do osiągnięcia celów wykonywania kary pozbawienia wolności i wzbudzenia prospołecznych postaw osób skazanych. Metaanaliza wyników 78 badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii wykazała, że w większości przypadków terapia uzależnień w warunkach więziennych jest skuteczna, jeśli chodzi o zmniejszenie lub zaprzestanie użycia narkotyku. Stwierdzono także, że terapia wpływa na zmniejszenie przestępczości i poprawę zarówno zdrowia jednostki, jak i kondycji społeczeństwa (Gossop 2006: 4). W badaniu 28 programów terapeutycznych realizowanych wśród więźniów, w tym grup wsparcia, superwizji, programów realizowanych dla skazanych poza więzieniem itp. stwierdzono dodatkowo, że w większości przypadków terapia uzależnień wpływa na redukcję zachowań przestępczych i recydywy (Holloway i in. 2005: 622). Wobec tak istotnych korzyści z tego rodzaju oddziaływań badacze postulują, by w miejsce pytań o zasadność terapii uzależnień w warunkach więziennych poszukiwać raczej czynników jej skuteczności, w tym m.in. takich charakterystyk osobowych skazanych, które szczególnie determinowałyby sukces lub porażkę w terapii (Belenko, Hiller, Hamilton 2013: 10).

W polskiej literaturze szeroko opisane są badania i wyniki obserwacji przeprowadzone jedynie w grupie skazanych uzależnionych od alkoholu, którzy podejmują terapię uzależnień w warunkach więziennych (Różański 2000; Pomianowski 2000; Lemański 2004; Ciosek 2008; Ślaski 2001; 2006; 2008; Głowik 2002; 2008), brak natomiast komplementarnych badań nad grupą uzależnionych od środków odurzających. S. Ślaski, dokonując charakterystyki osób uzależnionych od alkoholu uczestniczących w programie „Atlantis” realizowanym w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec w porównaniu z grupą kontrolną uczestniczącą w terapii uzależnień w warunkach wolnościowych, sformułował następujące wnioski (opracowanie na podstawie: Ślaski 2008: 160):

- częściej są to osoby samotne i bezdomne;
- długie epizody używania alkoholu i narkotyków, częściej kończące się hospitalizacją;
- rzadsze uczestniczenie w mityngach Anonimowych Alkoholików i/lub Narkomanów;
- niższy poziom uspołecznienia, większa konfliktowość i wrażliwość na krytykę;
- niższa chęć do zmian;
- wyższy poziom agresji, złości i lęku;
- częstsze problemy psychiatryczne i deficyty poznawcze.

S. Ślaski wskazał również specyficzne czynniki osobowościowe mogące utrudniać skuteczną terapię uzależnionych więźniów. Osadzeni z badanej przez niego grupy wykazywali m.in. „bardzo niski poziom samokrytyki w zakresie swoich problemów interpersonalnych, rodzinnych, z przemocą i somatycznych” (Ślaski 2008: 171). Autor pisze także, że „analizując uzyskane wyniki, (...) można powiedzieć, że u badanych więźniów wystąpiło duże nasilenie postaw obronnych i samokontroli zachowania, co źle rokuje dla uczestnictwa w programie psychoterapii osób uzależnionych, bo świadczy o braku rozbicia mechanizmów obronnych podtrzymujących destrukcyjny wzór picia alkoholu. (...) Dotyczy to także w takim samym stopniu samokontroli zachowania, gdyż może ono być skoncentrowane na kontroli picia alkoholu i zachowań z nim związanych” (Ślaski 2008: 171). Wnioski te potwierdzają wcześniejsze badania Millera, Waltersa i Bennett (2001). Ślaski podkreślał konieczność dalszych badań i pogłębionej analizy struktury osobowości osób uzależnionych podejmujących terapię w warunkach więziennych celem lepszego zrozumienia i dostosowania metod terapeutycznych do ich specyficznych potrzeb i uwarunkowań (Ślaski 2008).

Wydaje się, że istotnymi czynnikami decydującymi o skłonności danej osoby do konfrontowania się z informacjami zwrotnymi w toku terapii mogą być dwa wymiary ego wyróżnione przez Jeanne H. Block i Jacka Blocka (1980: 65), a więc kontrola i odporność. W tym modelu odporność ego odpowiada za stopień reakcji na zmienne, zwłaszcza stresujące wpływy środowiska. Niskie wartości tego wymiaru wiążą się z większą elastycznością i podatnością na wpływ otoczenia, a wysokie – z wysoką odpornością na zmiany i postawą asertywną. Kontrola ego odpowiada za powstrzymywanie lub uzewnętrznianie wewnętrznych impulsów motywacyjnych i emocjonalnych (silna kontrola lub niska kontrola). Zarów-

no skrajnie niski, jak i skrajnie wysoki poziom kontroli ego wiąże się z bardzo niską odpornością, co pozwala na wyróżnienie trzech charakterystycznych typów osobowości: niska kontrola — odporność — wysoka kontrola (ang. *Undercontrolled, Resilient, Overcontrolled*) (Block, Block 1980: 68; Asendorpf, van Aken 1999: 821–822; Strelau 2000: 531; Asendorpf i in. 2001: 190).

Wymienione typy charakteryzuje specyficzna konfiguracja wartości kolejnych wymiarów osobowości w pięcioczynnikowym modelu osobowości (PMO) Paula T. Costy i Roberta R. McCrae (1985). Typ niedostatecznie kontrolujący się wyróżnia niska sumienność i ugodowość przy neurotyczności, ekstrawersji i otwartości na doświadczenie powyżej przeciętnej. Typ odporny cechuje się niskim nasileniem neurotyczności i wysoką sumiennością, ponadprzeciętną ekstrawersją oraz średnią ugodowością i otwartością na doświadczenie. Typ nadmiernie kontrolujący się charakteryzuje wysoka neurotyczność wraz z niską ekstrawersją oraz średnim nasileniem w pozostałych trzech wymiarach: sumienności, ugodowości i otwartości na doświadczenie (Asendorpf, van Aken 1999: 821; Ramstedt i in. 2004: 5). W populacji normalnej poszczególne typy można scharakteryzować następująco (za Asendorpfem i in. 2001: 175):

- typ niedostatecznie kontrolujący się — tendencje ekstrawertywne, wysoki poziom zachowań społecznych, trudności w relacjach, impulsywność;
- typ odporny — optymalne przystosowanie społeczne i zrównoważenie psychiczne;
- typ nadmiernie kontrolujący się — tendencje introwertywne, nieśmiałość, wycofanie, niska pewność siebie w sytuacjach społecznych, samotność.

Najnowsze badania międzynarodowe, w których przebadano reprezentatywne grupy dorosłych kobiet i mężczyzn w Hiszpanii ($n=420$), Włoszech ($n=322$), USA ($n=499$) i w Polsce ($n=235$), potwierdziły możliwość wyróżnienia trzech typów osobowości w opisanej charakterystyce w wielu społeczeństwach; niezależnie od płci i różnic kulturowych (Alessandri i in. 2014: 350). Zarówno typy niedostatecznie, jak i nadmiernie kontrolujące się są słabiej przystosowane społecznie w porównaniu z typem odpornym, aczkolwiek stanowią stosunkowo dużą część populacji normalnej — odpowiednio 25 i 25 proc. Typ odporny reprezentuje ok. 50 proc. populacji normalnej i wskazuje osoby optymalnie przystosowane społecznie (Asendorpf i in. 2001: 176).

Biorąc pod uwagę przedstawioną charakterystykę poszczególnych typów osobowości, można się spodziewać, że większą gotowość do współpracy w terapii będą miały osoby w typie odpornym ze względu na niski poziom neurotyczności oraz wysoką sumiennność. Osoby niezaburzone w tym typie osobowości są charakteryzowane jako optymalnie dostosowane społecznie. W przypadku przestępców uzależnionych od substancji psychoaktywnych trudno mówić o społecznym dostosowaniu, jednak wydaje się, że mają oni duży potencjał do jego osiągnięcia. Z drugiej strony najwyższy poziom odporności ego w tej grupie może powstrzymywać te osoby przed przyjmowaniem informacji zwrotnych i wprowadzaniem zmian. Sugerując się średnimi wartościami otwartości na doświadczenia, która zdaje się mieć szczególne znaczenie w przypadku gotowości do dostrzegania i przepracowywania niezgodności w postrzeganiu siebie, można się również spodziewać dużej podatności na zmiany w typie osobowości niedostatecznie kontrolującym się, w którym osoby charakteryzują się najwyższym nasileniem tego wymiaru osobowości. Pacjenci w typie nadmiernie kontrolującym się, o wysokiej neurotyczności i tendencjach introwertywnych, mogą mieć trudności w skorzystaniu z terapii, co również pozwala spodziewać się u nich małej zmiany na skutek tych oddziaływań.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie efektywności terapii uzależnień prowadzonej w warunkach więziennych w kontekście możliwej zależności między typem osobowości a podatnością na ewentualne zmiany w wybranych aspektach jej struktury (postrzeganie siebie, struktura potrzeb). W tym celu przeprowadzono dwukrotne badanie więźniów (przed odbyciem i po odbyciu terapii uzależnień), poszukując ewentualnych zmian, zaś wyniki porównano również z uwzględnieniem podziału grupy badanych na podgrupy reprezentujące trzy typy osobowości (nadmiernie kontrolujący się, odporny, niedostatecznie kontrolujący się).

Badania własne

Badania przeprowadzono wśród więźniów podejmujących terapię uzależnień na oddziale terapeutycznym dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w Areszcie Śledczym Warszawa-Służewiec. Badaniami psychologicznymi objęto skazanych młodo-

cianych i pierwszy raz karanych mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności. Wszyscy badani przebywający na oddziale zostali zdiagnozowani przez psychologa i lekarza psychiatrę jako uzależnieni od środków odurzających lub psychotropowych.

Badania zorganizowano przy współudziale personelu terapeutycznego, psychologów pracujących w oddziale uzależnień. Bezpośredni kontakt personelu ze skazanymi pozwolił na dokonanie wstępnej selekcji. Wybrano osoby, które zgodziły się zarówno na leczenie, jak i na dwukrotny udział w badaniach przed terapią i po terapii jej zakończeniu. Następnie skazani otrzymywali zestaw arkuszy badawczych i w obecności psychologa wypełniali je w pierwszym tygodniu pobytu na oddziale oraz w ostatnim tygodniu sześciomiesięcznego okresu terapii. Badania odbywały się anonimowo. Łącznie uzyskano odpowiedzi od 89 osób.

W celu wyróżnienia w grupie badanych więźniów podgrup reprezentujących poszczególne typy osobowości zastosowano analizę skupień metodą k -średnich dla trzech grup na podstawie wystandaryzowanych ($n - 1$) wyników inwentarza osobowości NEO-FFI Paula T. Costy i Roberta R. McCrae (1985) w polskiej adaptacji B. Zawadzkiego, J. Strelau, P. Szczepaniaka i M. Śliwińskiej (1998), który skazani wypełniali w pierwszym tygodniu terapii (wersja papier ołówek, dla mężczyzn). Uśrednione natężenia poszczególnych wymiarów osobowości w kolejnych grupach odniesiono do modelowej charakterystyki trzech typów osobowości celem ich identyfikacji (Schnabel, Asendorpf, Ostendorf 2002).

Inwentarz osobowości NEO-FFI (NEO-Five Factor Inventory) jest kwestionariuszem służącym do pomiaru pięciu podstawowych cech osobowości w pięcioczynnikowym modelu osobowości (tzw. model wielkiej piątki, PMO), który stworzyli L.R. Goldberg, O.P. John, P.T. Costa i R.R. McCrae. Autorzy ci uznają, iż na osobowość składa się pięć podstawowych czynników, które mają uniwersalny ponadkulturowy charakter i są silnie uwarunkowane biologicznie (za: Zawadzki i in. 1998).

Rzetelność kwestionariusza mierzona współczynnikiem alfa-Cronbacha wynosi: 0,80 dla skali neurotyczności, 0,77 dla ekstrawersji, 0,68 dla otwartości na doświadczenie, 0,68 dla ugodowości i 0,82 dla sumienności. Trafność kwestionariusza oceniono przez porównanie wyników samoopisu i oszacowanie cech osobowości przez inne osoby, a także przez zbadanie

związku cech mierzonych kwestionariuszem NEO-FFI z innymi wymiarami osobowości (Zawadzki i in. 1998).

Celem uzyskania informacji o strukturze osobowości i postrzeganiu samego siebie przez badanych przed terapią i po jej zakończeniu posłużono się testem przymiotnikowym ACL-37 Harrisona G. Gougha i Alfreda B. Heilbruna (1980) w polskiej adaptacji Z. Płużek. Test przymiotnikowy ACL-37 to narzędzie stworzone do diagnozy osobowości szczególnie pod względem potrzeb i postrzegania siebie. Twórcami testu są H.G. Gough i A.B. Heilbrun, jest to obecnie jedno z najbardziej znanych i powszechnie stosowanych narzędzi do diagnozy osobowości (Juros, Oleś 1993; Wolińska, Drwal 1995; Porzak 1999). Konstrukcja testu pozwala na opis szerokiego zakresu ludzkiej działalności za pomocą 300 przymiotników. Badany dokonuje wyboru przymiotników stanowiących kategorie samoopisu. Wybór przymiotników wpływa na nasilenie określonej skali testu i tym samym pozwala na określenie cech osobowości. Analizie poddawany jest profil będący graficznym obrazem cech osobowości badanego. Ocena profilu jest podstawą do formułowania wniosków w terminach zastosowanych do opisu przymiotników, jak również opisuje osobowość w języku teorii, na bazie której powstały poszczególne skale testu (Pilecka 1994). Aktualna wersja testu z 1980 r. zawiera 37 skal.

W niniejszych badaniach test posłużył jako narzędzie do badania osobowości osób uzależnionych. Daje on możliwość dokonania szczegółowej charakterystyki tych osób na podstawie poszczególnych skal (Juros, Oleś 1993).

Pierwsza część testu ACL zawiera skale modus operandi (sposób wyrażania i opisywania siebie) i obejmuje cztery skale: NoCkd — lista zaznaczonych przymiotników, Fav — liczba przymiotników pozytywnych, Unfav — liczba przymiotników negatywnych, Com — skala kontrolna. Skale te pełnią swego rodzaju funkcję kontrolną, informując o postawie osoby badanej.

Druga część składa się z 15 skal potrzeb bazujących na teorii H.A. Murraya i została opracowana przez A.B. Heilbruna. Skale te badają osobowościowe korelaty potrzeb psychicznych, mających powiązania z obserwowanymi zachowaniami i odpowiedzialnych za funkcjonowanie człowieka. Skale te to: Ach — potrzeba osiągnięć, Dom — potrzeba dominacji, End — potrzeba wytrwałości, Ord — potrzeba porządku, Int — potrzeba rozumienia siebie i innych, Nur — potrzeba opiekania się in-

nymi, Aff — potrzeba afiliacji, Het — potrzeba kontaktów heteroseksualnych, Exh — potrzeba zwracania na siebie uwagi, Aut — potrzeba autonomii, Agg — potrzeba agresji, Cha — potrzeba zmian, Suc — potrzeba wsparcia, Aba — potrzeba ponížania się, Def — potrzeba podporządkowania (Juros, Oleś 1993).

Trzecią część testu stanowią tzw. skale tematyczne: Crs — gotowość poddania się poradnictwu, S-cn — samokontrola, S-cfd — zaufanie do siebie, Pad — przystosowanie osobiste, Iss — idealny obraz siebie, Cps — osobowość twórcza, Mls — przywództwo, Mas — męskość, Fem — kobiecość. Skale te ujmują różne aspekty lub komponenty zachowań interpersonalnych istotne z punktu widzenia opisu osobowości (Juros, Oleś 1993).

Kolejna, czwarta część to skale analizy transakcyjnej oparte na teorii E. Berne'a. Skale te utworzyła K. Williams w 1978 r. Pierwotnie ich wyniki wyrażano w sposób procentowy, a same skale funkcjonowały poza ACL. Skalami tymi są: CP — krytyczny rodzic, NP — opiekuńczy rodzic, A — dorosły, FC — swobodne dziecko, AC — przystosowane dziecko (Juros, Oleś 1993).

Ostania, piąta część zawiera skale oryginalności-inteligencji, odnoszące się do koncepcji osobowości według G. Welsha: A1 — wysoka oryginalność i niska inteligencja, A2 — wysoka oryginalność i wysoka inteligencja, A3 — niska oryginalność i niska inteligencja, A4 — niska oryginalność i wysoka inteligencja (Juros, Oleś 1993).

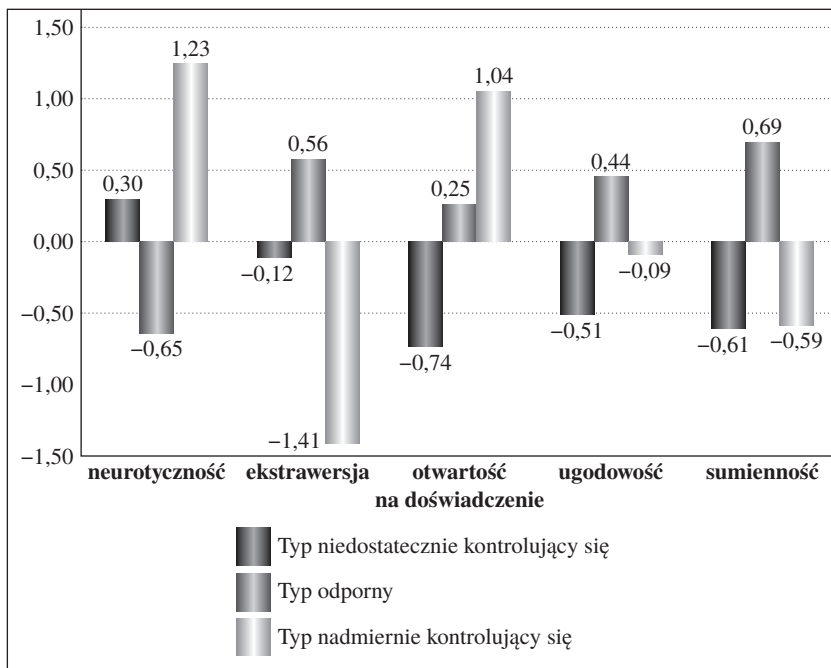
Do zbadania rzetelności skal ACL autorzy użyli metody zgodności wewnętrznej. Współczynnik alfa-Cronbacha dla 591 mężczyzn i 588 kobiet wahał się od 0,53 dla skali Crs do 0,94 dla skali Fav w grupie kobiet (przy $Me = 0,75$) oraz 0,56 dla skali Cha i Suc do 0,95 dla skali Fav w grupie mężczyzn (przy $Me = 0,76$). Badania przeprowadzone na grupie polskich studentów (127 mężczyzn i 155 kobiet) dały podobne rezultaty. Współczynniki wynoszą od 0,45 dla skali Crs do 0,93 dla skali Fav dla kobiet przy $Me = 0,72$ oraz 0,40 dla skali CHA do 0,94 dla skali Fav dla mężczyzn przy $Me = 0,73$ (Juros, Oleś 1993).

Dane zebrane za pomocą kwestionariusza wypełnianego przez więźniów w pierwszym i ostatnim tygodniu terapii uzależnień porównano za pomocą testu t-Studenta dla grup zależnych przy założonym poziomie istotności $p < 0,05$, zastosowanego do danych surowych. Porównania dokonano zarówno dla całej grupy, jak i w ramach podgrup reprezentujących jeden z trzech wyróżnionych typów osobowości.

Trzy typy osobowości w grupie badanej

W grupie badanych więźniów wyróżniono trzy podgrupy o przeciwstawnych wynikach w zakresie nasilenia wymiarów osobowości w PMO, które zidentyfikowano odpowiednio jako reprezentujące typ osobowości niedostatecznie kontrolujący się, odporny oraz nadmiernie kontrolujący się (por. rys. 1). Nasilenie poszczególnych wymiarów w wymienionych typach w badanej grupie różni się nieznacznie od konfiguracji modelowych dla populacji ogólnej prezentowanych w literaturze. Główną różnicą jest niższe niż w modelu nasilenie ekstrawersji oraz otwartości na doświadczenia w typie niedostatecznie kontrolującym się, a także wyższa otwartość na doświadczenia i niższa sumienność w typie nadmiernie kontrolującym się. Wymienione różnice mogą mieć związek ze specyfiką grupy, która nie jest reprezentatywną próbą populacji ogólnej.

Rysunek 1. Porównanie średnich standaryzowanych wartości nasilenia cech osobowości pomiędzy wyróżnionymi grupami reprezentującymi 3 typy osobowości



Wśród badanych więźniów udział procentowy poszczególnych typów był odmienny od populacji normalnej i wynosił 38 proc. osób typu niedostatecznie kontrolującego się ($n = 34$), 47 proc. osób o typie odpornym ($n = 42$) oraz 15 proc. osób typu nadmiernie kontrolującego się ($n = 14$). W populacji normalnej wartości te to odpowiednio 25 proc., 50 proc. oraz 25 proc. Oznacza to, że w grupie badanej występowało więcej osób o typie niedostatecznie kontrolującym się i mniej osób w typie nadmiernie kontrolującym się, niż ma to miejsce w populacji normalnej.

Postrzeganie siebie i struktura osobowości badanych przed rozpoczęciem terapii

Charakterystyki realnego obrazu siebie badanych przed rozpoczęciem terapii na oddziale leczenia uzależnień dokonano na podstawie pierwszego badania użytym testem przymiotnikowym. Średnie arytmetyczne we wszystkich skalach testu mieściły się w przedziale wyników przeciętnych, czyli pomiędzy 40 a 60 stenem. W celu dokładniejszej analizy dokonano zobrazowania rozkładu procentowego udziału w grupie osób reprezentujących odpowiednio niskie, średnie i wysokie wartości kolejnych skal testu.

Rozkład wartości w skalach modus operandi w badanej grupie prezentował się następująco: w skali całkowitej liczby wybranych przymiotników (NoCkd) był stosunkowo równomierny, co wskazuje na otwartość badanych wobec otaczającego świata, ale również na niestałość oraz niską odpowiedzialność. Skazani byli w większości osobami wszechstronnymi, spontanicznymi. Wyniki w skali liczby pozytywnych przymiotników (Fav) wskazują, że badani nie byli skłonni do wyboru przymiotników pozytywnych (w grupie przeważają wyniki średnie i niskie, brak wyników wysokich). Może to znaczyć, że skazani lękają się przyszłości, są przytłoczeni zmiennością życia, zamknięci w sobie oraz mogą mieć trudności z przystosowaniem się. W zakresie wybranych przymiotników negatywnych (skala Unfav) skazani uzyskali wyniki przeciętne i wysokie. Wskazuje to na pesymizm badanych, jeśli chodzi o przyszłość, obraz własnej osoby i motywację do podejmowania zmian.

Kolejnym etapem analizy wyników realnego obrazu siebie badanych było wyodrębnienie tych wskaźników, w których co najmniej 25 proc. badanych uzyskało wyniki niższe lub wyższe niż przeciętne. Co najmniej

25 proc. badanych uzyskało wyniki niskie (0–39 stena) w skalach: liczby pozytywnych przymiotników (Fav), typowości (Com), potrzeby osiągnięć (Ach), potrzeby dominacji (Dom), potrzeby wytrwałości (End), potrzeby rozumienia siebie i innych (Int), potrzeby afiliacji (Aff), potrzeby kontaktów heteroseksualnych (Het), potrzeby zmiany (Cha), zaufania do siebie (S-cfd), przystosowania osobistego (P-Adj), idealnego obrazu siebie (Iss), zdolności przywódczych (MIs), dorosły (A), niska oryginalność (A-4). W trzech skalach co najmniej 25 proc. badanych uzyskało wyniki wysokie (powyżej 60. stena). Były to skale: potrzeby wsparcia ze strony innych (Suc), potrzeby uporządkowania (Aba) oraz gotowości na pomoc i poradę innych ludzi (Crs).

W zakresie potrzeb wspomagających twórczą realizację, do których zaliczamy potrzeby: osiągnięć (Ach), dominacji (Dom), wytrwałości (End) i porządku (Ord), co najmniej 20 proc. badanych uzyskało wyniki niskie, a ponad połowa średnie. Tylko nieliczni osiągnęli wyniki wysokie. Wskazuje to na niską skuteczność w działaniu i małą wytrwałość, co może się przejawiać łatwym rozpraszaniem się, częstą zmianą kierunku działania oraz brakiem pewności siebie.

W zakresie potrzeb społecznych ułatwiających kontakty z drugim człowiekiem i grupą ludzi niskie wyniki co najmniej 25 proc. badanych uzyskało w 3 skalach. W skali potrzeby ujawniania się (Exh) 74 proc. badanych uzyskało wyniki średnie, natomiast w skali potrzeby wsparcia ze strony innych (Suc) 26 proc. badanych uzyskało wyniki wysokie, a reszta średnie. Wynika z tego, że skazani nie przejawiają silnej potrzeby chęci rozumienia siebie, mają ograniczone możliwości przewycięzania stresu czy traumy. W kontaktach z ludźmi są zdystansowani, a wyzwania i relacje interpersonalne mogą odbierać z obawą. Mogą przejawiać skłonność do manipulacji innymi. Jednocześnie nie czują się wystarczająco mocni, by zmagać się ze stresem i kryzysami, stąd są raczej otwarci na wsparcie emocjonalne od innych.

W skalach potrzeby agresji (Agg) i potrzeby autonomii (Aut) należących do grupy potrzeb wyzwalających negatywne zachowania wobec innych ludzi badani uzyskali wyłącznie wyniki średnie, co nie wskazuje na nadmierną agresywność, choć sugeruje tendencję do rywalizowania, impulsywności i kłopotów z przestrzeganiem zasad dobrego wychowania.

W skalach obejmujących autoagresję odnotowano największy udział badanych osiągających wysokie wyniki: w skali potrzeby upokorzenia się (Aba) — 31,1 proc. badanych, a w skali potrzeby podporządkowania (Suc)

— 26,7 proc. Wskazuje to na uległość skazanych w relacjach interpersonalnych, które wzbudzają w nich niepokój i złe przeczucia. Osoby badane wolą anonimowość i spokój od konfliktów. Wyniki wskazują, że badani nie czują się wystarczająco mocni, by zmagać się ze stresem, oraz przejawiają skłonność do ucieczki w marzenia.

W zakresie innych skal potrzeb, w skali potrzeby kontaktów heteroseksualnych (Het) prawie $\frac{1}{3}$ skazanych uzyskała wyniki niskie, a ponad połowa średnie. Może to wskazywać na dystans w relacjach i lęk przed wyzwaniem, jakie niosą kontakty interpersonalne oraz na tendencję do wycofania do wąskiego i ograniczonego repertuaru ról. W skali potrzeby zmiany (Cha) 40 proc. badanych uzyskało wyniki niskie, a reszta średnie. Może to wskazywać na to, że badani niechętnie poszukują nowych doświadczeń, są skłonni do popadania w rutynę, konwencjonalni, o wąskich zainteresowaniach, zahamowani oraz preferują sytuacje znane.

Wśród skal tematycznych 26 proc. badanych uzyskało niskie wyniki w skali gotowości na pomoc i poradę innych ludzi (Crs). Wskazuje to na problemy w zakresie zachowań międzyludzkich, wstyd, brak zaufania do siebie, niezdolność do cieszenia się życiem, ale również pragnienie polepszenia swojej sytuacji. W skali zaufania do siebie (S-cfd) 38 proc. badanych uzyskało niskie wyniki. Wynika z tego, że badani mają trudności w mobilizowaniu własnych bogactw i podejmowaniu działań, a przez innych mogą być postrzegani jako zahamowani i skryci. W skali przystosowania osobistego (P-Adj) 26 proc. badanych uzyskało wyniki niskie, co może świadczyć z jednej strony, że są to osoby niespokojne, nieradzące sobie ze stresem i napięciami, a z drugiej strony postrzegane jako przyjmujące postawę obronną, nieobecne i łatwo poddające się roztargnieniu. W skali idealnego obrazu siebie (Iss) 31 proc. badanych uzyskało niskie wyniki, co świadczy o niskim morale, a także o poczuciu pokonania przez życie oraz trudności w ustalaniu i osiągnięciu celów. W skali zdolności przywódczych (Mls) 50 proc. badanych uzyskało wyniki niskie. Świadczy to o tym, że badani nie są przekonani do podejmowania wysiłku w osiągnięciu celów, są niezdyscyplinowani, lubią różnorodność, a co najważniejsze w kontekście problemów z uzależnieniem — są to osoby, które lubią sprawdzać, czy obowiązujące prawa lub ograniczenia mogą być naciągane lub łamane.

Wśród skal analizy transakcyjnej, w skali A — dorosły badani osiągnęli 58 proc. wyników niskich. Osoby takie mają trudności w podejmowaniu odpowiedzialności za siebie, podejmowaniu pracy, charakteryzu-

je ich niezdyscyplinowanie wewnętrzne, nieobowiązkowość. Przejawiają małą skuteczność w stawianiu i realizowaniu wymagań w dorosłym życiu. W skali oryginalności-inteligencji A-4 (niska oryginalność) 25 proc. badanych osiągnęło niskie wyniki, co świadczy o niskiej kontroli podejmowanych decyzji, zmienności, poddawaniu się nieformalności i swobodzie w postępowaniu.

Zmiany w postrzeganiu siebie i struktura osobowości więźniów po odbyciu terapii uzależnień

W grupie badanych więźniów średnie wartości 10 spośród 37 skal kwestionariusza ACL po zakończeniu terapii różniły się istotnie ($p < 0,05$) w stosunku do wyników przed terapią. Spośród skal modus operandi wyższe wartości ($X_1 = 86,31$; $X_2 = 94,10$; $t = -2,077$; $df = 89$; $p = 0,041$) zanotowano w skali liczby wykorzystanych przedmiotników (NoCkd), co może oznaczać, że badani po terapii mieli lepszy stosunek do otaczającego świata.

W zakresie skal potrzeb po terapii istotnie wyższe średnie wartości ($X_1 = 107,26$; $X_2 = 108,24$; $t = -2,170$; $df = 89$; $p = 0,033$) zanotowano dla skali potrzeby osiągnięć (Ach), co może wskazywać, że badani chętniej angażowali się w pracę, stawianie i osiąganie celów, natomiast istotnie wyższe wartości średnie ($X_1 = 102,20$; $X_2 = 103,20$; $t = -2,002$; $df = 89$; $p = 0,048$) w skali potrzeby dominacji (Dom) sugerują, że więźniowie byli bardziej ambitni i mieli większe zaufanie do siebie. Istotnie niższe wartości po terapii ($X_1 = 102,93$; $X_2 = 101,91$; $t = 3,168$; $df = 89$; $p = 0,002$) skazani uzyskali w skali potrzeby wsparcia ze strony innych (Suc), co wskazuje na ich większą niezależność, wiarę w siebie i wolność od zwątpienia w siebie.

W skalach opisowych istotnie wyższe wyniki po terapii badani uzyskali w skali zaufania do siebie (S-cfd; $X_1 = 105,31$; $X_2 = 106,47$; $t = -2,576$; $df = 89$; $p = 0,012$), co wskazuje, że wykazywali się większą przedsiębiorczością, podobny wynik uzyskano w skali osobowości twórczej (Cps; $X_1 = 101,03$; $X_2 = 101,81$; $t = -2,624$; $df = 89$; $p = 0,010$), co sugeruje, że po terapii mieli oni także szersze zainteresowania i wrażliwość estetyczną. Byli również bardziej ambitni i stanowczy, na co wskazywał istotnie wyższy po terapii wynik w skali męskości (Mas; $X_1 = 106,54$; $X_2 = 107,67$; $t = -3,048$; $df = 89$; $p = 0,003$).

W skalach analizy transakcyjnej istotnym zmianom po terapii uległy średnie wyniki w skali krytycznego rodzica (CP), które wzrosły ($X_1 = 109,71$; $X_2 = 111,07$; $t = -2,467$; $df = 89$; $p = 0,016$), sugerując, że badani żądali więcej dla siebie i byli gotowi do rywalizacji, natomiast istotnie niższe wyniki uzyskano w skali adoptowanego dziecka (AC; $X_1 = 96,50$; $X_2 = 95,36$; $t = 2,098$; $df = 89$; $p = 0,039$), co świadczy, że badani zyskali więcej autonomii, czuli się pewniej w stawianiu czoła wymogom dorosłego życia oraz odchodzili od podporządkowanych ról dziecięcych.

Istotnej zmianie po terapii uległy średnie wartości tylko jednej ze skal oryginalności-inteligencji: wysoka oryginalność-wysoka inteligencja (A-2), które istotnie wzrosły ($X_1 = 106,38$; $X_2 = 107,34$; $t = -2,384$; $df = 89$; $p = 0,019$), co oznacza, że badani cechowali się silniejszą wolą i bardziej oryginalnym myśleniem i spostrzeganiem otaczającego świata.

Zmiany w postrzeganiu siebie i struktura osobowości skazanych w zależności od typu osobowości

Porównanie efektów terapii w zakresie obrazu siebie u badanych więźniów z uwzględnieniem podziału na trzy typy osobowości przyniosło następujące wyniki.

Typ niedostatecznie kontrolujący się

W podgrupie o typie niedostatecznie kontrolującym się wykazano istotną zmianę ($p < 0,05$) w 13 z 37 skal testu ACL. W zakresie skal modus operandi istotnemu podwyższeniu uległy średnie wartości dwóch skal: liczba przymiotników użytych w teście (NoCkd; $X_1 = 74,7$; $X_2 = 89,9$; $t = -2,1$; $df = 33$; $p = 0,047$) oraz liczba pozytywnych przymiotników (Fav; $X_1 = 27,3$; $X_2 = 32,2$; $t = -2,2$; $df = 33$; $p = 0,037$). Oznacza to, że osoby z tej grupy po terapii były bardziej entuzjastyczne, pełne życia, bardziej interesowały się otaczającym światem i łatwiej się przystosowywały. W zetknięciu z przeciwnościami i trudnościami życia były bardziej optymistyczne i poszukujące rozwiązań. Wzrost wartości w skali Fav oznacza jednocześnie bardziej pozytywną samoocenę.

Wśród skal potrzeb istotnemu zwiększeniu uległy wyniki w czterech skalach. Zwiększenie wartości w skali potrzeby osiągnięć (Ach; $X_1 = 105,0$; $X_2 = 106,4$; $t = -2,2$; $df = 33$; $p = 0,034$), wskazuje na wyższą pracowitość badanych, szczególnie chęć bycia wybitnym w pracach o uznanym społecznie znaczeniu. Uzyskana zmiana w skali wytrwałości (End; $X_1 = 101,1$; $X_2 = 104,1$; $t = -3,2$; $df = 33$; $p = 0,003$) oznacza większą gotowość do życia zgodnego z aprobowanymi standardami społecznymi, energiczność i przystosowanie. Zmiana w skali potrzeby porządku (Ord; $X_1 = 102,2$; $X_2 = 104,5$; $t = -2,7$; $df = 33$; $p = 0,011$) wiąże się z poczuciem obowiązku i sumiennością w pracy oraz potrzebą lepszego uporządkowania, zorganizowania i planowania swoich działań. Wyższe wyniki w skali potrzeby rozumienia siebie i innych (Int; $X_1 = 106,2$; $X_2 = 108,1$; $t = -2,4$; $df = 33$; $p = 0,022$) wskazują na to, że badani z tej grupy po odbyciu terapii mieli większą potrzebę angażowania się w próby rozumienia własnego zachowania lub zachowania innych. Przejawia się to w większej aktywności poznawczej badanych.

Wśród skal tematycznych wśród osób o typie osobowości niedostatecznie kontrolującym się istotnemu podwyższeniu uległy wartości w trzech skalach. Pierwszą z nich była skala zaufania do siebie (S-Cfd; $X_1 = 104,0$; $X_2 = 105,6$; $t = -2,5$; $df = 33$; $p = 0,016$). Oznacza to, że nastąpiło zwiększenie się zaufania badanych do siebie i swoich zdolności, dzięki czemu wykazywali się oni także większą stanowczością i przedsiębiorczością. Kolejną była skala osobowości twórczej (Cps; $X_1 = 99,8$; $X_2 = 101,3$; $t = -3,0$; $df = 33$; $p = 0,005$). Uzyskanie wyższych wyników w tej skali oznacza większą śmiałość badanych, szybsze reakcje w skomplikowanych lub niedostatecznie określonych sytuacjach oraz szersze zainteresowania i chęć poznawania świata. Trzecią spośród skal tematycznych, która uległa istotnemu podwyższeniu, była skala męskości (Mas; $X_1 = 105,5$; $X_2 = 106,8$; $t = -2,2$; $df = 33$; $p = 0,037$). Świadczy to o większej stanowczości i ambicji badanych oraz gotowości do podejmowania inicjatywy i wytrwałości w osiąganiu celów.

W zakresie skal analizy transakcyjnej średnia wartość skali krytyczny rodzic (CP) uległa istotnemu podwyższeniu ($X_1 = 108,5$; $X_2 = 110,7$; $t = -2,1$; $df = 33$; $p = 0,041$), natomiast średnia wartość skali adoptowane dziecko (AC) uległa istotnemu obniżeniu ($X_1 = 99,1$; $X_2 = 97,1$; $t = -2,1$; $df = 33$; $p = 0,009$). Może to wskazywać na to, że badani mniej przejmowali się tym, co inni myślą lub czują, byli częściej zirytowani przeszkodami

i przeciwnościami oraz bardziej zainteresowani osiągnięciem własnych korzyści. Jednocześnie mieli trudności w odejściu od podporządkowanych ról dziecięcych, brakowało im niezależności, przeżywali także lęk w stawianiu czoła wymaganiom dorosłego życia.

W skalach oryginalności-inteligencji średnie wartości uległy istotnemu podwyższeniu w skali wysoka oryginalność-wysoka inteligencja (A-2; $X_1 = 105,8$; $X_2 = 107,2$; $t = -2,0$; $df = 33$; $p = 0,049$) oraz niska oryginalność — wysoka inteligencja (A-4; $X_1 = 106,9$; $X_2 = 108,2$; $t = -2,1$; $df = 33$; $p = 0,048$). Wskazuje to na zmianę w zakresie oryginalności w myśleniu i postrzeganiu badanych. Po zakończeniu terapii byli oni bardziej wrażliwi estetycznie, choć mogli unikać intymności opartej na szczerzej wymianie istotnych uczuć. Wynik ten sugeruje również częstsze stosowanie logicznego myślenia oraz dyscypliny wewnętrznej w porównaniu ze stanem przed terapią. Badani po terapii byli bardziej gotowi do podjęcia i planowania pracy koniecznej dla racjonalnie ustalonych celów.

Typ odporny

W podgrupie więźniów o typie odpornym przy założonym poziomie istotności ($p < 0,05$) nie wykazano istotnych zmian w zakresie skal testu ACL po terapii.

Typ nadmiernie kontrolujący się

W podgrupie o typie nadmiernie kontrolującym się wykazano istotną zmianę ($p < 0,05$) w 3 z 37 skal testu ACL. Spośród skal potrzeb w kategorii potrzeb społecznych, ułatwiających kontakty z drugim człowiekiem i grupą ludzi istotnemu podwyższeniu uległy wyniki potrzeby afiliacji (Aff; $X_1 = 110,6$; $X_2 = 113,7$; $t = -2,4$; $df = 13$; $p = 0,034$) oraz potrzeby kontaktu z osobami płci przeciwnej (Het; $X_1 = 100,4$; $X_2 = 103,8$; $t = -3,3$; $df = 13$; $p = 0,005$). Zmiana wskazuje na większą potrzebę wchodzenia w głębsze, osobiste relacje społeczne oraz sugeruje, że po terapii badani byli mniej lękliwi w nawiązywaniu kontaktów. Istotnie wyższe wyniki zanotowano także w skali zaufania do siebie (S-Cfd; $X_1 = 99,0$; $X_2 = 102,0$; $t = -2,2$; $df = 13$; $p = 0,044$). Osoby badane po terapii miały większe zaufanie do siebie i swoich zdolności oraz większą świadomość własnych zasobów.

Dyskusja wyników

Wyniki przeprowadzonego badania wydają się potwierdzać, że zastosowana na oddziale leczenia uzależnień terapia realizowana wśród osadzonych uzależnionych od substancji psychoaktywnych wspiera proces zmiany, co uwidacznia się w zaobserwowanych różnicach w poszczególnych aspektach struktury osobowości pacjentów przed terapią i po niej. Kierunek tych zmian można podsumować następująco:

- Badani po terapii postrzegali samych siebie w sposób bardziej pozytywny (wzrost średnich wartości w skali NoCkd, Fav, Dom, S-cfd, Mas, spadek wartości w skali AC);
- Wzrosła skłonność pacjentów do konstruktywnego wyrażania emocji i radzenia sobie z nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi (wzrost wartości w skali Int, Aff, Het);
- Nastąpiła zmiana w obszarach nałogowych sposobów myślenia, przeżywania i zachowania wśród pacjentów (wzrost wartości w skali End, Ord, Cps, Aff, CP, A-2, A-4 spadek wartości w skali AC);
- Nastąpiła zmiana w kierunku lepszej komunikacji wśród pacjentów, w tym umiejętności zwracania się o pomoc (wzrost w skali NoCkd);
- Pacjenci po terapii byli bardziej otwarci na wiedzę i poznawanie świata (spadek wartości w skali Suc, wzrost w skali Cps, Mas, A-2, A-4);
- Wśród pacjentów wzrosła motywacja do życia (wzrost średnich wartości w skali Ach, End w grupie badanych).

Struktura tych zmian jest podobna do tych, które zachodzą u osób uzależnionych trafiających do ośrodków Młodzieżowego Ruchu na rzecz Przeciwdziałania Narkomanii (MONAR). Anna Augustowska (1988: 42), badając leczone w nich osoby, stwierdziła, że pacjenci przed przyjęciem do ośrodka charakteryzowali się obojętnością na potrzeby innych, niedostosowaniem społecznym, agresją, cynizmem, samowolą, niezdolnością do wysiłku i skupienia uwagi, zaś ich kontakty z innymi odznaczały się brakiem zaufania, lękiem i buntem. Po odbyciu terapii charakterystyka tych osób zmieniła się na rzecz silnej potrzeby stałości i stabilizacji życiowej, spokoju i opanowania, większej chęci niesienia pomocy innym i ich rozumienia, tolerancji i wyrozumiałości w kontaktach interpersonalnych. Wydaje się, że zaobserwowane w niniejszych badaniach różnice w strukturze osobowości więźniów przed terapią i po jej zakończeniu świadczą o analogicznych zmianach i mogą być rozumiane w kategorii sukcesu terapeutycznego. Wyniki te są zbieżne z dotychczasowymi doniesieniami o sku-

teczności oddziaływań terapeutycznych podejmowanych wobec więźniów uzależnionych od alkoholu i narkotyków (Holloway i in. 2005: 21; Gossop 2005: 4; Gossop 2006: 12; Roberts i in. 2007: 6).

Uzyskane wyniki dla całej badanej grupy wydają się potwierdzać tezę o skuteczności oddziaływań terapeutycznych podejmowanych wobec więźniów, jednak analiza z uwzględnieniem podziału na trzy wyróżnione typy osobowości daje bardziej szczegółowy wniosek. Porównanie w podziale na podgrupy o trzech typach osobowości wykazało znaczące efekty po terapii wyłącznie u blisko połowy badanych należących do typów osobowości o nadmiernej i niedostatecznej kontroli, przy jednoczesnym braku znaczących różnic po oddziaływaniach terapeutycznych zaobserwowanym u pacjentów określonych jako typ odporny. Świadczyć to może o silnym związku wyróżnionych typów osobowości pacjenta z jego reakcją na oddziaływania terapeutyczne. Wniosek ten wpisuje się w teorię sformułowaną przez Jensa B. Asendorpfa i Marcela A.G. van Akena (1999: 828), którzy na podstawie długookresowych badań przeprowadzonych na młodzieży szkolnej w Niemczech wykazali, że osoby reprezentujące poszczególne typy osobowości rozwijają się w odmienny, możliwy do przewidzenia sposób. Analogiczny wniosek przyniosły długookresowe badania młodzieży, które wykazały silny związek typu osobowości określonego w dzieciństwie z późniejszą skłonnością do młodzieńczej depresji i agresji (Aksé i in. 2007: 241).

W badanej grupie zaobserwowano, że pacjenci o odpornym typie osobowości nie rozwijają się w toku terapii. Być może powodem braku reakcji tych osób na terapię jest wysoka odporność ego definiowana przez Jeanne H. Block i Jacka Blocka (1980: 63) jako mechanizmy wewnętrzne zmniejszające podatność na zewnętrzny wpływ. Teza ta wydaje się zbieżna z wnioskami wyciągniętymi przez Ślaskiego, który badając analogiczną grupę osadzonych podejmujących terapię z uzależnienia od alkoholu, wskazywał na nasilone, nieświadome mechanizmy obronne jako główną przeszkodę w skutecznym korzystaniu z terapii (Ślaski 2008: 171). Innym wyjaśnieniem może być obniżona motywacja tej grupy do podjęcia jakichkolwiek zmian. Z charakterystyki tego typu wynikałoby, że są to osoby zrównoważone, dostosowane społecznie, mające dobre relacje z innymi i samym sobą (Asendorpf, van Aken 1999: 826), tymczasem trafiły do więzienia i są zdiagnozowane jako uzależnione od środków psychoaktywnych, co jest poważnym zaburzeniem zachowania. Być może osoby te, w swoim poczuciu relatywnie sprawnie funkcjonujące w społeczeństwie

mimo zakwalifikowania do terapii i wyrażenia na nią zgody, nie uświadamiają sobie lub nie akceptują do końca potrzeby zmiany zachowania. Wyjaśnienie to zdają się potwierdzać wywiady z pracującymi na oddziale terapeutami, którzy dostrzegali często podobną postawę u pacjentów, podobne obserwacje trudno jednak traktować jako dowód tej tezy.

Również w grupie o typie osobowości nadmiernie kontrolującym się wykazano relatywnie małe różnice w badanych aspektach struktury osobowości po odbyciu terapii uzależnień (w 3 z 37 skal testu ACL). Charakter tych zmian, dotyczących głównie zwiększenia pewności siebie oraz rozwinięcia potrzeb relacji z innymi, sugeruje, że osoby te w małym stopniu skorzystały z procesu terapeutycznego. Odwołując się także w tym przypadku do wyników Śląskiego, przyczyn tej sytuacji można upatrywać w wysokim poziomie kontroli ego, który autor wskazywał jako kolejną, obok nasilonych mechanizmów obronnych, przyczynę trudności w terapii uzależnionych więźniów, związaną z kontrolą zachowań i wzorców picia alkoholu. Biorąc jednak pod uwagę tendencje introwertywne tej grupy, zmiany w zakresie zwiększonej potrzeby kontaktów interpersonalnych można byłoby uznać za rozwojowe i możliwe do pogłębienia w drodze dalszych oddziaływań terapeutycznych.

W przeciwieństwie do omówionych grup u osób o typie osobowości niedostatecznie kontrolującym się po terapii zaobserwowano wiele znaczących różnic w badanych aspektach struktury osobowości przed terapią i po niej. Zmiany te zaszły w 13 z 37 skal zastosowanego testu, a więc w trzykrotnie większej liczbie skal, niż wykazały wyniki uśrednione dla grupy ogólnej. Osobom o tym typie osobowości przypisuje się impulsywność oraz wysoki poziom trudności w relacjach i dostosowaniu społecznym, co nie ułatwia im z pewnością pracy terapeutycznej (Asendorpf i in. 2001: 188). Należy także pamiętać, że w badanej grupie zarówno ekstrawersja, jak i otwartość na doświadczenia były niższe niż w proponowanym modelu osobowości tego typu. Być może kluczową cechą tej grupy była niska odporność ego przypisywana typowi niedostatecznie kontrolującemu się, mogąca ułatwiać pacjentom przyjmowanie sugestii i informacji zwrotnych w toku terapii. Istotnym czynnikiem może być także obniżona kontrola ego, która sprzyja spontanicznej zmianie postaw i zachowań w tej grupie.

Implikacje wykazanych zależności można rozumieć dwutorowo. Z jednej strony można się skupić na poszukiwaniu przyczyn niepowodzenia terapii wśród osób o typie osobowości odpornym i nadmiernie kon-

trolującym się w rodzaju zastosowanych oddziaływań. Odpowiada to spostrzeżeniom M. Gossopa (2006: 31), który jako podstawową przyczynę niepowodzeń w terapii określił jej niedostosowanie do specyficznych warunków zakładu zamkniętego oraz potrzeb skazanych. Podobne wnioski wyciągnęły również J. Neale, M. Robertson i E. Saville (2005: 251), które wykazały istotne różnice w potrzebach terapeutycznych więźniów w porównaniu z osobami przebywającymi na wolności, czym potwierdziły konieczność rozpoznania i dostosowania metod terapeutycznych do indywidualnych potrzeb osadzonych. Wskazuje się tym samym istotną potrzebę dalszych badań opartych na klasyfikacji zgodnej z typem osobowości w celu określenia metod terapeutycznych o najwyższej skuteczności w dwóch omawianych typach. Pozwoliłoby to na znaczny wzrost efektywności tych oddziaływań oraz większe korzyści dla pacjentów.

W drugim podejściu można by uznać pacjentów o typie osobowości odpornym i nadmiernie kontrolującym się za niegotowych do udziału w terapii. J. Rogala-Obłękowska (1999: 96–98) sugeruje, że o skuteczności leczenia decyduje nie tyle specyfika oddziaływań określonego programu, ile ogólna sytuacja psychologiczno-społeczna pacjenta, wpływająca na jego gotowość do leczenia. Potwierdzenie tej teorii znajdujemy również w badaniach M. Gossopa i in. (2000: 279), którzy stwierdzają, że na rzeczywisty efekt terapii uzależnień w warunkach więziennych składa się nie tylko jej metoda, ale przede wszystkim nastawienie oraz postawa wobec możliwości zmiany postępowania pacjenta, który doświadczając izolacji w zakładzie karnym, może potraktować ten stan jako dobrą możliwość do podjęcia refleksji nad swym dotychczasowym życiem bądź też czekać na koniec kary bez angażowania się w jakąkolwiek proponowaną mu zmianę. Wydaje się jednak, że wyjaśnienie poszukujące przyczyny niepowodzenia terapii wyłącznie w niskiej motywacji czy gotowości pacjenta nie tłumaczy, dlaczego gotowość ta miałaby mieć tak ścisły związek z typem osobowości, opartym na specyficznej konfiguracji wymiarów osobowości w PMO, a więc w pewnym sensie być stałą charakterystyką osoby. Doświadczenie terapeutyczne wskazuje, że ludzie zmieniają się i dojrzewają do terapii w różnych momentach swojego życia i nie zależy to ściśle od ich charakterystyki, ale raczej od momentu rozwojowego, w którym się aktualnie znajdują. Gdyby przyczyną niepowodzeń terapii w badanej grupie była tylko gotowość pacjenta i jego motywacja, wówczas obserwowalibyśmy to zjawisko na zbliżonym poziomie we wszystkich wyróżnionych typach osobowości.

Podsumowanie

Zaprezentowane w niniejszej pracy wyniki wskazują na istotny wpływ terapii uzależnień w warunkach więziennych na wybrane aspekty struktury osobowości skazanych. W toku oddziaływań terapeutycznych badane charakterystyki ulegały istotnym zmianom, które można uznać za zmiany rozwojowe, prowadzące w pożądanym kierunku, w więc w stronę wychodzenia z nałogowych sposobów myślenia o sobie i swoim życiu, zwiększenia pewności siebie i motywacji, większej otwartości na wiedzę i doświadczenia oraz lepszej komunikacji. Zaprezentowane wyniki pokazują jednak również wyraźny związek między zakresem i głębokością zmian w tym obszarze a typem osobowości pacjenta. Osoby o typie osobowości odpornym nie wykazują pod wpływem terapii żadnych widocznych zmian w badanych strukturach, co może być spowodowane charakteryzującą je wysoką odpornością ego i nasilonym działaniem mechanizmów obronnych. Kolejną przyczyną może być niedostosowanie metod oddziaływań terapeutycznych do specyficznych potrzeb tej konkretnie grupy. Podobne badania nie były dotąd prowadzone na terenie Polski, dlatego sugeruje się prowadzenie dalszych prac mających na celu wyjaśnianie związków typu osobowości z podatnością na zmiany w obserwowalnych aspektach struktury osobowości, szczególnie w przypadku terapii prowadzonej w warunkach więziennych. Istotna wydaje się również weryfikacja metod terapeutycznych stosowanych w tych oddziaływaniach w celu zwiększenia ich skuteczności u osób o większej odporności i kontroli ego.

Bibliografia

- Akse, Joyce, Bill Hale, Rutger Engels, Quinten Raaijmakers, Wim Meeus (2007) *Co-occurrence of depression and delinquency in personality types*. „European Journal of Personality” 21(2): 235–256.
- Alessandri, Guido, Michelle Vecchione, Brent M. Donnellan, Nancy Eisenberg, Gian V. Caprara, Jan Cieciuch (2014) *On the Cross-cultural Replicability of the Resilient, Undercontrolled, and Overcontrolled Personality Types*. „Journal of Personality” 82(4): 340–353.
- Allsop, Steve, Bill Saunders (1997) *Nawroty i problemy związane z nadużywaniem alkoholu*. [w:] Michael Gossop, red., *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: PARPA, s. 15–39.

- Asendorpf, Jens B., Marcel A.G. van Aken (1999) *Resilient, Overcontrolled and Undercontrolled personality prototypes in childhood: replicability, predictive power, and the trait-type issue*. „Journal of Personality and Social Psychology” 77(4): 815–832.
- Asendorpf, Jens B., Peter Borkenau, Fritz Ostendorf, Marcel A.G. van Aken (2001) *Carving personality description at its joints: confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults*. „European Journal of Personality” 15(3): 169–198.
- Augustowska, Anna (1988) *Resocjalizacyjny Program Monaru w ocenie narkomanów* (niepublikowana praca magisterska). Lublin: KUL.
- Baran-Furga, Helena, Karina Steinbarth-Chmielewska (1999) *Uzależnienia: Obraz kliniczny i leczenie*. Warszawa: PZWL.
- Belenko, Steven, Matthew Hiller, Leah Hamilton (2013) *Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System*. Current Psychiatry Repository, 15: 414–425.
- Block, Jeanne H., Jack Block (1980) *The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior*. [w:] W. Andrew Collins, red., *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*. Vol. 13. Hillsdale: Erlbaum s. 39–101.
- Brochu, Serge, Louise Guyon, Lyne Desjardins (1999) *Comparative Profiles of Addicted Adult Populations in Rehabilitation and Correctional Services — Etiology, treatment, and 12-years follow-up outcomes*. „Journal of Substance Abuse Treatment” 16(2): 173–182.
- Carpentier, Chloe (2007) *Narkotyki a przestępczość — złożona zależność*. „Cel — Narkotyki” 2. Dostępny w Internecie: <http://bookshop.europa.eu/pl/cel-narkotyki-pbTDAD07002/> (data dostępu: 18 marca 2016 r.).
- Cekiera, Czesław (1994) *Ryzyko uzależnień*. Lublin: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL
- Ciosek, Mieczysław (2008) *Resocjalizacja w zakładach karnych*. [w:] Bronisław Urban, Jan M. Stanik, red., *Resocjalizacja: teoria i praktyka pedagogiczna*. Warszawa: PWN.
- Costa, Paul T., Robert R. McCrae (1985) *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Głowiak, Tomasz (2002) *System terapeutyczny w jednostkach penitencjarnych*. „Świat Problemów” 5: 8–11.
- Głowiak, Tomasz (2008) *Problematyka narkomanii w izolacji więziennej*. „Serwis Informacyjny Narkomania” 3(42): 7–12.
- Gossop, Michael, John Marsden, Duncan Stewart, Alexandra Rolfe (2000) *Patterns of improvement after methadone treatment: 1 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)*. „Drug and Alcohol Dependence” 60(3): 275–286.

- Gossop, Michael (2005) *Drug misuse treatment and reductions In crime: findings from the National Treatment Outcome Research Study*. Londyn: National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Gossop, Michael (2006) *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*. Londyn: National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Gough, Harrison G., Alfred B. Heilbrun (1980) *The Adjective Check List. Manual Edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Holloway, Katy R., Trevor H. Bennett, David B. Farrington (2005) *The Effectiveness of Drug Treatment Programs in Reducing Criminal Behaviour: A Meta-Analysis*. „*Psicothema*” 18(3): 620–629.
- Hołyst, Brunon (2010) *Kryminalistyka*. Warszawa: LexisNexis.
- Jędrzejko, Mariusz (2008) *Narkomania: Zjawisko, zagrożenia*. Pułtusk, Warszawa: Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztora, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- Juczyński, Zygfryd (2002) *Narkomania: Poradnik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*. Warszawa: PZWL.
- Juros, Andrzej, Piotr Oleś (1993) *Struktura czynnikowa i skupieniowa Testu Przymiotnikowego ACL H.G. Gaugha i A.B. Heilbruna*. W: Jerzy Brzeziński, Elżbieta Hornowska, red., *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej*. Poznań: UAM, s. 171–201.
- Kapler, Leszek (1994) *Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia*. „Świat Problemów”: 7–8: 8–9.
- Krzyżaniak, Wadim, Marcin J. Sochocki (2005) *Atrakcyjne życie narkomanów*. Warszawa: Wydawnictwo Sumus.
- Lemański, Robert (2004) *Resocjalizacja w więzieniach*. „Świat Problemów” 10: 29–31.
- Majcherczyk, Andrzej (2007) *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*. „Alkoholizm i Narkomania” 20(3): 321–342.
- McIntosh, James, Esther Saville (2006) *The challenges associated with drug treatment in prison*. „The Journal of Community and Criminal Justice” 53(3): 230–247.
- Miller, William R., Scott T. Walters, Melanie E. Bennett (2001) *How Effective is Alcoholism treatment?*. „Journal of Studies on Alcohol” 62(2): 211–220.
- Neale, Joanne, Michele Robertson, Esther Saville (2005) *Understanding the treatment needs of drug users in prison*. „The Journal of Community and Criminal Justice” 52(3): 243–257.
- Niewiadomska, Iwona (2007) *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*. Lublin: KUL.
- Nikodemaska, Sabina (2000) *Efekty terapii w różnego typu placówkach odwykowych*. „Świat Problemów” 5: 20–25.
- Nikodemaska, Sabina (2002) *Funkcjonowanie psychospołeczne DDA przed i po terapii*. „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 6(27): 6–11.

- Nikodemaska, Sabina (2003) *Struktura ja, obraz siebie i radzenie sobie w sytuacji trudnej u pacjentów leczenia odwykowego*. „Świat Problemów” 10: 4–7.
- Pilecka, Barbara (1994) *Test Przymiotnikowy ACL-37 jako technika badania osobowości*. [w:] Zbigniew B. Gaś, red., *Kierunki działań profilaktycznych*. Lublin: Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”, s. 37–66.
- Pomianowski, Roman (2000) *Czy można mówić o specyfice więziennego odwyku?* „Świat Problemów” 9: 38–40.
- Porzak, Robert (1999) *Wykorzystanie testy przymiotnikowego ACL-37 do badania obrazu szkoły i nauczyciela*. [w:] Zbigniew B. Gaś, red., *Szkoła i nauczyciel w percepcji uczniów*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych, s. 47–70.
- Pospiszyl, Irena (2008) *Patologie społeczne*. Warszawa: PWN.
- Quigley, Lori, Alan Marlatt (2000) *Picie alkoholu wśród ludzi dorosłych w młodym wieku*. [w:] Renata Durda, red., *Alkohol a zdrowie: Picie alkoholu w różnych okresach życia*. Warszawa: PARPA, s. 112–125.
- Rammstedt, Beatrice, Rainer Riemann, Alois Angleitner, Peter Borkenau (2004) *Resilients, Overcontrollers, and undercontrollers: The replicability of three personality prototypes across informants*. „European Journal of Personality” 18(1): 1–14.
- Roberts, Amanda J., Adrian J. Hayes, Julie Carlisle, Jenny Shaw (2007) *A systematic Review Conducted on Behalf of the Prison Health Research Network*. Manchester: The University of Manchester.
- Rogała-Obłąkowska, Jolanta (1999) *Przyczyny narkomanii: Wyjaśnienia teoretyczne*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Różański, Krzysztof (2000) *Terapia alkoholików w zakładach karnych (nowe regulacje prawne)*. „Problemy Alkoholizmu” 1: 12–14.
- Schnabel, Konrad, Jens Asendorpf, Fritz Ostendorf (2002) *Replicable types and subtypes of personality: German NEO-PI-R versus NEO-FFI*. „European Journal of Personality” 16(S1): S7–S24.
- Sierosławski, Janusz (2007) *Problem narkotyków i narkomanii w zakładach karnych i aresztach śledczych*. Warszawa: Krajowe Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Strelau, Jan (2000) *Struktura osobowości: Osobowość jako zespół cech*. [w:] Jan Strelau, red., *Psychologia t. 2*. Warszawa: ATK, s. 525–560.
- Ślaski, Sławomir (2001) *Psychoterapia uzależnień*. Płock: Novum.
- Ślaski, Sławomir (2006) *Ocena zmian samoświadomości prywatnej i publicznej w trakcie psychoterapii więźniów uzależnionych od alkoholu*. „Psychiatria Polska” 40(3): 609–619.
- Ślaski, Sławomir (2008) *Osobowościowe i społeczne problemy uczestników więziennego terapii uzależnienia od alkoholu „ATLANTIS”*. „Roczniki Psychologiczne” 11(2): 159–174.
- Teesson, Maree, Louisa Degenhardt, Wayne Hall (2005) *Uzależnienia: Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: GWP.

- Wolińska, Jolanta M., Radosław L. Drwal (1995) *Test Przymiotnikowy (ACL) H.G. Gougha i A.B. Heilbruna w badaniach samooceny i percepcji społecznej*. [w:] Radosław Ł. Drwal, Piotr Brzozowski, red., *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: PWN, s. 67–92.
- Zawadzki, Bogdan, Jan Strelau, Piotr Szczepaniak, Magdalena Śliwińska (1998) *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae: Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Żylicz, Piotr O. (1991) *Poczucie sensu życia Anonimowych Alkoholików*. „Problemy Alkoholizmu” 5: 8–9.