

Z WARSZTATÓW BADAWCZYCH

Andrzej Jakubik, Włodzimierz A. Brodniak, Maciej Pałyska, Joanna Raduj, Teresa Świt, Stefan Welbel

OCENA FUNKCJONOWANIA OSOBOWOŚCI U OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU (Badania empiryczne)

Wprowadzenie

Z przeglądu literatury przedmiotu (por. Pałyska i Raduj, 1993) wynika, że jedno z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień, jakim jest relacja między osobowością a zespołem uzależnienia alkoholowego, nie doczekało się szczegółowego, syntetycznego opracowania. Koncentracja badaczy na problemach genetycznych, biochemicznych, somatycznych oraz psychopatologicznych, związanych z chorobą alkoholową, a także na optymalizacji efektywności leczenia odwykowego, powodują brak szerszego zainteresowania tą problematyką. Nie ułatwiają również tego zadania zbyt liczne koncepcje osobowości oraz trudności metodologiczne w ocenie roli czynników osobowościowych w mechanizmach powstawania uzależnienia, jego przebiegu i efektach terapii, czy też wpływu choroby na funkcjonowanie osobowości. Z tych powodów w piśmiennictwie przeważają prace ukierunkowane najczęściej na badanie tzw. osobowości przedchorobowej („przedalkoholowej”) lub zaburzenia osobowości pod wpływem wieloletniego nadużywania alkoholu (por. Chaudron i Wilkinson, 1988; Przybylska, 1990). Poza tym większość badań obejmuje zwykle pojedyncze zmienne osobowościowe, a uzyskane wyniki są interpretowane głównie z punktu widzenia psycho-

analitycznego lub bez odniesienia do określonej teoretycznej koncepcji osobowości (por. Malka i in., 1983).

Opisana sytuacja uzasadnia potrzebę bardziej zintegrowanych – i opartych o konkretny model teoretyczny – badań nad funkcjonowaniem osobowości w zespole uzależnienia alkoholowego, tym bardziej, że lepsze poznanie mechanizmów osobowościowych u tego typu chorych może zwiększyć skuteczność oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych. Stąd, w oparciu o podstawowe założenia teorii i metodologii ujęcia systemowego w psychiatrii (Jakubik, 1979, 1989a) oraz wcześniej opracowany i stale modyfikowany teoretyczny model zaburzeń osobowości (Jakubik, 1978, 1982, 1987, w druku), częściowo zweryfikowany empirycznie w badaniach nad zespołem paranoidalnym (Jakubik, 1989b; Jakubik i in., 1990a, 1990b, 1991), podjęliśmy próbę zbadania mechanizmów funkcjonowania osobowości u osób uzależnionych od alkoholu.

Implikacją opracowanego modelu teoretycznego jest zasadnicza koncentracja na następujących ważnych zmiennych osobowościowych: procesie przetwarzania informacji, mechanizmach popędowo-emocjonalnych, systemie poznawczym, strukturze „ja”, samoocenie, samoakceptacji, poczuciu tożsamości, poczuciu kontroli, zapotrzebowaniu na stymulację, egocentryzmie, gotowości do zmiany obrazu własnego „ja” oraz mechanizmach obronnych osobowości. Przy braku jakichkolwiek z przewidywanych środków finansowych na realizację zadania badawczego, zespół nasz – przy aktywnym udziale uczestników seminarium z UMK w Toruniu – przeprowadził badania empiryczne nad funkcjonowaniem osobowości w uzależnieniu alkoholowym, poszukując istotnych różnic w zakresie większości z wymienionych zmiennych osobowościowych między osobami uzależnionymi od alkoholu a populacją ludzi zdrowych.

Założenia i hipotezy.

Podstawową strukturą poznawczą osobowości jest tzw. struktura „ja” (obraz własnej osoby), stanowiąca główny ośrodek integracji i regulacji zachowania się człowieka. Informacje zakodowane w tej fundamentalnej strukturze poznawczej są m.in. podstawą rozróżnienia rzeczywistości wewnętrznej („ja”) od zewnętrznej („nie-ja”)

oraz ich wzajemnej relacji. W procesie rozwoju osobowości tworzą się podstawowe potrzeby systemowe jednostki: potrzeba zachowania tożsamości, potrzeba zachowania własnej wartości i potrzeba kontroli nad otoczeniem (por. Kocowski, 1982). Niski stopień rozwoju systemu poznawczego, w tym struktury „ja” – np. w zaburzeniach osobowości (Jakubik, 1987) – wyzwała zwiększone zapotrzebowanie na tzw. informacje podtrzymujące równowagę funkcjonalną systemu (czyli dopływ informacji potwierdzających poczucie tożsamości, własnej wartości i kontroli), co powoduje nadmierną koncentrację na własnej osobie i przejęcie przez strukturę „ja” dominujących funkcji mechanizmu regulacyjnego.

Różne postaci zaburzeń osobowości (Jakubik, 1987, w druku; Jakubowski i in., 1975), nerwic (Straś-Romanowska, 1975), czy psychoz (Jakubik, 1989b), charakteryzują się mniej lub bardziej nasilonymi zaburzeniami tożsamości, własnej wartości i kontroli, np. w formie słabego zróżnicowania między „ja” a „nie-ja” (Jakubik i in., 1990a; Jarymowicz, 1988; Mandrosz-Wróblewska, 1988; Sokolik, 1988), zawyżonego lub obniżonego poczucia własnej wartości (Straś-Romanowska, 1975), osłabienia lub utraty poczucia kontroli nad otoczeniem (por. Olchanowska, 1987; Phares, 1976) oraz niskim stopniem samoakceptacji (Dauksza, 1987).

Istotna rola struktury „ja” dla prawidłowego funkcjonowania osobowości (Wylie, 1974, 1979), zarówno u osób zdrowych, jak i chorych, pozwala przypuszczać, że zakłócenia w obrębie tej części systemu poznawczego warunkują w dużej mierze występowanie różnego rodzaju patologicznej regulacji zachowania się człowieka. Dlatego m.in. celem naszej pracy była próba ustalenia, czy w zakresie głównych elementów struktury „ja” istnieją zasadnicze różnice między osobami z chorobą alkoholową a ludźmi zdrowymi. Postanowiono zweryfikować następujące hipotezy badawcze, zakładając, że osoby z zespołem uzależnienia alkoholowego – w porównaniu z populacją osób zdrowych – charakteryzuje:

- słabsze poczucie tożsamości (H1);
- niższy poziom samoakceptacji (H2);
- zewnętrzne poczucie kontroli (H3).

W systemowym ujęciu osobowości wyróżnia się kilka rodzajów mechanizmów przystosowawczych: mechanizmy restrukturalizacyjne, obronne, odreagowania i manipulacyjne (Jakubik, 1987). W sytu-

acjach rozbieżności informacyjnej, a zwłaszcza niedoboru informacji podtrzymujących strukturę „ja”, system uruchamia określone czynności adaptacyjne, z których mechanizmy obronne wydają się najważniejsze (por. Grzegołowska-Klarkowska, 1986; Jakubik, 1989; Kolańczyk, 1980). Funkcja mechanizmów obronnych polega na swoistym zakłóceniu procesów poznawczych (tj. odbioru lub przetwarzania informacji), co prowadzi do zniesienia rozbieżności informacyjnej, a tym samym do obniżenia nadoptimalnego poziomu aktywacji i do redukcji lęku. Z danych zawartych w piśmiennictwie wynika, że istnieje współzależność między nasileniem lęku, poziomem egocentryzmu (koncentracji na „ja”) i gotowością do zmian własnego „ja” a częstotliwością i długootrwałością posługiwania się mechanizmami obronnymi. Dotychczasowe obserwacje sugerują, że w tym zakresie funkcjonowanie osobowości ludzi zdrowych różni się od osób z zaburzeniami psychicznymi (Jakubik i in., 1991; Moczulska, 1987). W naszych wyjściowych hipotezach badawczych założono, że osoby z zespołem uzależnienia alkoholowego – w porównaniu z populacją osób zdrowych – charakteryzują:

- częstsze używanie mechanizmów obronnych (H4);
- częstsze stosowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych (H5);
- wyższy poziom lęku (H6);
- wyższy stopień egocentryzmu (H7);
- mniejsza gotowość do zmian własnego „ja” (H8);
- niższy potencjał regulacyjny struktury „ja idealnego” (H9).

Jedną z istotnych cech systemowego modelu osobowości (Jakubik, 1987, 1990a) jest założenie podstawowej roli poziomu aktywacji w regulacji zachowania się człowieka. Poziom aktywacji jest dodatnią, monotoniczną funkcją pobudzenia kory mózgu przez impulsy z nieswoistego układu siatkowatego pnia mózgu, natomiast stopień pobudzenia stanowi z kolei funkcję siły bodźca, nowości sytuacji stymulującej, czynników nasilających lub obniżających aktywujący wpływ układu siatkowatego wstępującego (np. zmęczenie, leki, alkohol, narkotyki, używki) oraz indywidualnych różnic w zakresie zdolności do wzrostu aktywacji (np. zróżnicowania w poziomie reaktywności – por. Klonowicz, 1984). Wyniki badań eksperymentalnych – przy czym brano pod uwagę takie zmienne, jak stan czuwania, siła reakcji, skuteczność uczenia się, sprawność wykony-

wania zadań itp. – potwierdziły, że zachowanie się człowieka jest krzywoliniową funkcją poziomu aktywacji o kształcie odwróconej literu U (por. Jakubik, 1979). Zgodnie z teorią Hebba, każda jednostka dąży do zapewnienia sobie takiego dopływu stymulacji, dzięki któremu osiąga optymalny poziom aktywacji, przy którym jej sprawność funkcjonowania jest największa. Zakłócenie równowagi w tym zakresie, tzn. nadmierna lub niedostateczna aktywacja, wyzwała motywację do zachowań mających na celu utrzymanie optymalnego poziomu aktywacji poprzez redukcję (np. unikanie kontaktów z otoczeniem, szukanie ciszy i spokoju, zmniejszenie aktywności) bądź dopływ stymulacji (np. poszukiwanie nowych wrażeń i silnych przeżyć, zwiększenie własnej aktywności, dążenie do kontaktów towarzyskich). Istnieje więc wyraźnie zróżnicowane indywidualne zapotrzebowanie na stymulację.

Z zapotrzebowaniem na stymulację są ściśle związane procesy emocjonalne: intensywność emocji wzrasta wraz z aktywacją. Nadmierny wzrost lub niedobór stymulacji może powodować zaburzenia życia emocjonalnego, przejawiające się przede wszystkim zakłóceniem funkcjonowania mechanizmu kontroli emocjonalnej (Jakubik i in., 1990b; Jelińska, 1985), rozumianej jako zdolność jednostki do adekwatnego wyrażania swoich stanów emocjonalnych – tj. tłumienia lub swobodnego ujawniania emocji – w zależności od kontekstu sytuacyjnego. Wg Brzezińskiego (1973), prawidłowa kontrola emocjonalna powinna charakteryzować się plastycznością, adaptacyjnością i możliwością wyboru optymalnego wzorca zachowania się. Nadmierna kontrola emocjonalna lub jej brak są wyrazem zaburzeń osobowości.

Oczekując w odniesieniu do zapotrzebowania na stymulację i mechanizmu kontroli emocjonalnej wyraźnego zróżnicowania, między badanymi próbami z populacji osób uzależnionych od alkoholu i populacji osób zdrowych, sformułowano hipotezy badawcze, że w zespole zależności alkoholowej występuje:

- zwiększone zapotrzebowanie na stymulację (H10);
- słaba kontrola emocjonalna (H11);
- wysoki poziom agresji (H12).

Materiał i metody

Badaniami objęto 660 osób, w tym 330 (115 mężczyzn i 115 kobiet) pacjentów z rozpoznaniem zespołu zależności alkoholowej, którzy tworzyli grupę eksperymentalną (E) oraz 330 osób (115 mężczyzn i 115 kobiet) z populacji ludzi zdrowych, dobranych parami wg czterech kryteriów: płci, wieku, wykształcenia i stanu cywilnego. Stanowili oni grupę kontrolną (K). W grupach badanych granice wieku – z założenia – mieściły się w przedziale 25-45 lat, a okres trwania uzależnienia w grupie E wynosił średnio 7,5 roku. Ze względu na obiektywne trudności związane z realizacją badań (brak środków finansowych, trudności ze znalezieniem uzależnionych kobiet, niechętny stosunek pacjentów do badań, czasochłonność potrzebna do rozwiązywania testów itp.), zdecydowano dokonać podziału grupy eksperymentalnej, a tym samym grupy kontrolnej, na jedenaście 30-osobowych (15 mężczyzn i 15 kobiet) równoważnych podgrup: od E1 do E11 i od K1 do K11, wśród których przeprowadzono badania poszczególnych, pojedynczych zmiennych.

Dobór do badanych grup

Badania prowadzili uczestnicy seminarium magisterskiego, zobligowani przez program seminarium. Brak pieniędzy na badania rekompensowali swoją aktywnością i pomysłowością. Do grupy K każdy z badających dobierał odpowiednie osoby, korzystając ze swoich kontaktów prywatnych – rodzinnych, towarzyskich i zawodowych (np. ojciec jednej ze studentek pracował w MPK – pozwoliło to na dobór respondentów na podstawie danych z działu służb pracowniczych).

Badania przeprowadzono wśród pacjentów oddziałów odwykowych w Toruniu, Bydgoszczy, Świeciu, Lubiążu, Lipnie, Łęgnowie, Czerniewicach, Gostyninie i Wrocławiu, poradni odwykowych w Grudziądzu, Świeciu, Toruniu, Bydgoszczy, Włocławku i Czerniewicach oraz wśród członków klubów AA z terenu województwa toruńskiego i bydgoskiego.

Kryterium uzależnienia

Kryterium uzależnienia przyjęte przy doborze grupy E – to pozytywny wynik w badaniu kwestionariuszem MASM. Długość okresu uzależnienia została ustalona na podstawie badań tym kwestionariuszem. Ogólne dane demograficzne grupy eksperymentalnej E i grupy kontrolnej K ilustruje tabela I (zob. załącznik nr 1).

Do pomiaru opisanych zmiennych osobowościowych zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- Skala Siły Ego (SSE) F. Barrona (1953);
- Technikę Q-sort (Andrzejczyk i in., 1981; Paszkiewicz, 1974);
- Kwestionariusz Delta R. Drwala (1979);
- Test LSI R. Plutchika i wsp. (1979) w polskiej adaptacji Fołtyn-Goszczyńskiej (1982);
- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) – polska adaptacja testu STAI C.D. Spielberga (Wrześniewski i Sosnowski, 1987);
- Test Egocentryzmu Skojarzeniowego (TES) T. Szustrowej (1976);
- Listy Samoopisu (LS) W. Łukaszewskiego (1978);
- Skalę Idealizmu (SI) B. Wojciszke (1986);
- Test Zainteresowań i Preferencji (TZP) A. Matczak (1986);
- Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej (KKE) J. Brzezińskiego (1972);
- Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji (IPSA) Z. Gasia (1980).

Wyniki i omówienie

Wyniki uzyskane w grupach eksperymentalnych i kontrolnych oraz statystyczną weryfikację odpowiednich hipotez zerowych przedstawiono kolejno w tabelach II (zob. załącznik nr 2), III (zob. załącznik nr 3) i IV (zob. załącznik nr 4). Przedstawiono wyniki obliczone dla obu płci łącznie, ponieważ obliczane osobno nie wykazały różnic między grupami kobiet i mężczyzn, ani też między każdą z grup a wynikiem globalnym. Nie stwierdzono więc znaczącego wpływu wyników żadnej z płci na wynik globalny.

1. Poczucie tożsamości.

Wyniki obu badanych grup E1 i K1, uzyskane w Skali Siły Ego (SSE) F. Barrona nie potwierdziły hipotezy badawczej (H1) o ist-

nieniu różnic w zakresie poczucia tożsamości między osobami uzależnionymi od alkoholu a populacją ludzi zdrowych (por. tab. II). Pacjenci osiągnęli jednak niższe rezultaty w porównaniu z grupą kontrolną, co wskazuje na mniejszą „siłę ego” (słabe i niespójne ego), a tym samym – zgodnie z przyjętą interpretacją testu (por. Barron, 1953) – świadczy o niskim poczuciu tożsamości, tendencji do zamykania się w sobie, koncentracji na własnych myślach i uczuciach, dogmatycznego interpretowania świata, braku tolerancji dla innych, nierealistycznym spostrzeganiu rzeczywistości, skłonności do załamywania się i ustępowania przed przeszkodami, skłonności do irracjonalnych lęków i nastawienia hipochondrycznego.

Uzależnionych charakteryzuje konflikt tożsamości, wyrażający się przede wszystkim brakiem spójności „ja”. Istnieją u nich dwa rodzaje problemów związanych z ustaleniem własnej tożsamości: utożsamianie się z pojęciem „człowiek uzależniony od alkoholu”, co nasila poczucie winy i kompleks niższości, albo uruchamianie mechanizmów obronnych osobowości, głównie mechanizmu zaprzeczenia, celem odrzucenia tożsamości „alkoholika”. W tym drugim przypadku, następuje usprawiedliwianie swojego postępowania za pomocą mechanizmów projekcji i racjonalizacji, odrzucanie informacji o swoim zachowaniu się, niedostrzeganie choroby, poczucie picia kontrolowanego. Sprzyja temu dodatkowo tolerancja ze strony osób znaczących dla uzależnionych, np. matki (por. Kozłowska, 1990). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach uzyskanych przez grupy E1 i K1 w zależności od takich zmiennych, jak płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny i czasu trwania nałogu.

2. Poziom samoakceptacji.

Wyniki uzyskane za pomocą techniki Q-sort (por. tab. II) nie potwierdziły hipotezy badawczej (H2) o istnieniu istotnych statystycznie różnic w zakresie poziomu samoakceptacji między osobami uzależnionymi od alkoholu (grupa E2) a ludźmi zdrowymi (grupa K2). Nie stwierdzono także istotnego zróżnicowania wyników w zależności od płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego i czasu trwania choroby.

Z otrzymanego współczynnika korelacji poniżej zera, jaki uzyskało 58,33% badanych z grupy E2, możemy jednakże wnioskować o wyraźnej relacji przeciwieństwa między realnym a idealnym

obrazem własnej osoby. Wynika z tego, że większość chorych z zespołem uzależnienia alkoholowego wykazuje nadmierną idealizację własnej osoby, która powoduje wysoki stopień rozbieżności między „ja realnym” i „ja idealnym”, a tym samym niski stopień samoakceptacji. Hipotezę H2 można więc uznać za jedynie częściowo potwierdzoną.

Poziom samoakceptacji jest wskaźnikiem spójności obrazu własnej osoby, stąd niski poziom samoakceptacji wskazuje na niespójność „ja” (słabe poczucie tożsamości), traktowaną jako przejaw nieprzystosowania społecznego i zaburzeń emocjonalnych. Te rezultaty są zbliżone z naszymi wynikami nad poczuciem tożsamości (por. wyżej).

3. Poczucie kontroli.

Wyniki uzyskane przez badanych z grup E3 i K3 w podskali LOC Kwestionariusza Delta R. Drwala, potwierdziły hipotezę (H3) o istnieniu istotnych różnic w obu grupach, wyrażających się bardziej zewnętrznym poczuciem kontroli u osób uzależnionych w porównaniu z populacją osób zdrowych (por. tab. II). Nie stwierdzono natomiast w żadnej z badanych grup wpływu płci, wieku, wykształcenia i stanu cywilnego na rodzaj poczucia kontroli.

Wg Rottera (1975), trwale i zgeneralizowane oczekiwania dotyczące umiejscowienia kontroli wzmocnień jest indywidualną właściwością jednostki, którą można traktować jako wymiar osobowości, jako kontinuum od uogólnionego poczucia kontroli zewnętrznej do uogólnionego poczucia kontroli wewnętrznej. W zakres tych oczekiwań człowieka wchodzi przekonania o tym, jaki jestem (obraz własnej osoby), jaki jest otaczający świat (obraz świata) oraz jakie zachodzą relacje ja-świat, ja-inni i inni-świat. Dominacja zewnętrznego poczucia kontroli u osób uzależnionych, świadczy o ich przekonaniu o nieprzewidywalności zdarzeń w otoczeniu i niemożności ich kontrolowania przez siebie, zależności zdarzeń od losu, innych ludzi lub różnych czynników zewnętrznych, braku związku między własnym zachowaniem się a powstałymi sytuacjami, niewielkim wpływie na kary i nagrody, jakie ich w życiu spotykają. Spostrzegają wyniki swojej działalności jako pozostające poza własną kontrolą i nie wierzą w możliwość wpływania na bieg wydarzeń.

W piśmiennictwie podkreśla się ścisły związek poczucia kontroli z samooceną i samoakceptacją (por. Drwal, 1979; Jakubik, 1987): im wyższy poziom samoakceptacji, tym bardziej wewnętrzne poczucie kontroli. Być może dlatego zewnętrznemu poczuciu kontroli uzależ-

nionych towarzyszy niski poziom samoakceptacji, na co jednoznacznie wskazują rezultaty naszych badań.

4. Mechanizmy obronne.

Z analizy danych zawartych w tabeli III (zob. załącznik nr 3) wynika, że hipotezy badawcze (H4 i H5) odnośnie do mechanizmów obronnych potwierdziły się tylko częściowo, a mianowicie:

- Stosowanie mechanizmów obronnych osobowości różni się istotnie u osób uzależnionych od alkoholu (grupa E4) i ludzi zdrowych (grupa K4) tylko w przypadku mechanizmu zaprzeczenia.

- Spośród ośmiu badanych mechanizmów obronnych, w tym trzech uznawanych za niedojrzałe („prymitywne”): projekcji, regresji i zaprzeczenia – chorzy częściej niż osoby zdrowe używali jedynie mechanizmu zaprzeczenia.

Nie stwierdzono także zależności między poziomem lęku – ocenianym zarówno jako stan w czasie badania, jak i jako cecha osobowości – a uruchamianiem poszczególnych mechanizmów obronnych. Poziom lęku u chorych (grupa E5) i u osób zdrowych (grupa K5) również nie wykazywał różnic istotnych statystycznie (H6), co ilustruje tab. III, a płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny i długość trwania uzależnienia nie wpływały w sposób istotny na badane zmienne.

Częstsze używanie mechanizmu zaprzeczania przez chorych było głównie uwarunkowane ich wyraźną tendencją do niegodzenia się z faktem uzależnienia, nieprzyznawania się do nadużywania alkoholu oraz zaprzeczania wszystkim cechom osobowości i wzorcem zachowania się, jakie mogłyby ukształtować niekorzystny obraz ich własnej osoby w oczach innych ludzi lub w osobistej samoocenie. Mechanizm zaprzeczania jest jednym ze źródeł nadmiernej idealizacji „ja” jednostek uzależnionych, powodującym niski stopień samoakceptacji, co potwierdziły nasze wyniki badań (por. wyżej).

5. Egocentryzm.

Statystyczna weryfikacja hipotezy badawczej (H7) i odpowiedniej hipotezy zerowej potwierdziła, że średni poziom egocentryzmu – mierzony za pomocą Testu Egocentryzmu Skojarzeniowego T. Szustrowej – jest istotnie wyższy u osób z zespołem zależności alkoholowej (grupa E6) niż u ludzi zdrowych (grupa K6), co ilustruje tab. III. Wysoki poziom egocentryzmu wśród chorych nie wykazywał zależności od płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego i czasu trwania choroby, nato-

miast w grupie ludzi zdrowych obserwowano prawidłowość: im młodszy wiek i niższe wykształcenie, tym większy egocentryzm. Jest to zgodne z danymi z literatury przedmiotu (por. Reykowski, 1976).

6. Gotowość do zmiany własnego „ja”.

Przed przystąpieniem do badań spodziewano się wśród osób uzależnionych (grupa E7) wyższej zgodności „ja realnego” z „ja idealnym” w porównaniu z populacją ludzi zdrowych (grupa K7). Przewidywania te oparto na wcześniejszych obserwacjach Łukaszewskiego (1978), który opisał bezpośrednią zależność: im większa jest zgodność „ja realnego” z „ja idealnym”, tym słabsza gotowość do zmiany własnej osoby (struktury „ja”). Uzyskane przez nas wyniki badań zmuszają jednakże do odrzucenia hipotezy badawczej (H8) o mniejszej gotowości do zmian własnego „ja” u uzależnionych (por. tab. III). Okazało się także, iż w obu badanych grupach była to gotowość niska (słaba).

Brak różnic w zakresie gotowości do zmian własnego „ja” między chorymi a zdrowymi, stwarza szansę dla psychoterapii alkoholizmu, ale jednocześnie wskazuje – przy niskim stopniu tej gotowości u osób uzależnionych – na konieczność bardzo aktywnej postawy terapeutów w przebiegu leczenia psychoterapeutycznego.

7. Potencjał regulacyjny „ja idealnego”.

Wyniki uzyskane przez obie badane grupy (E8 i K8) w Skali Idealizmu (SI) B. Wojciszke nie potwierdziły hipotezy badawczej (H9) o statystycznie istotnie niższym potencjale regulacyjnym struktury „ja idealnego” u osób uzależnionych od alkoholu w porównaniu z populacją ludzi zdrowych (por. tab. III). Brak wysokich wyników w SI świadczy o niskim potencjale regulacyjnym „ja idealnego”, zarówno wśród chorych (10%), jak i zdrowych (13,3%). Znacznie większy procent stanowią „nieidealności” (realiści): 90% (E8) i 86,6% (K8). Na ostateczny wynik nie miały wpływu również takie zmienne, jak płeć, wiek, wykształcenie i stan cywilny. „Nieidealności” nie posiadają jasno sprecyzowanego obrazu własnego „ja idealnego” (np. jaki chciałbym być pod określonym względem bądź w określonym kontekście) i nie wykazują tendencji do generowania takiego obrazu na użytek określonej sytuacji. Na ogół wiedzą jakimi powinni być, ale brak im ideałów i osobowych wzorców do identyfikacji. Nierzadko obiekt identyfikacji jest nierealny, albo patologiczny.

8. Zapotrzebowanie na stymulację.

Wyniki uzyskane przez grupy E9 i K9 ilustruje tabela IV (zob. załącznik nr 4). Przedstawione wyniki badań dają podstawę do stwierdzenia, że poziom zapotrzebowania na stymulację – mierzony Testem Zainteresowań i Preferencji A. Matczak – jest istotnie wyższy (H10) u osób uzależnionych od alkoholu w porównaniu z populacją osób zdrowych. Grupa uzależnionych uzyskała istotnie wyższe rezultaty w podskalach Poszukiwania Doznań (ES) i Rozhamowania (DIS), co dowodzi, że u badanych dominuje tendencja do poszukiwania przyjemnych przeżyć, związanych z używkami (alkohol, narkotyki), niekonwencjonalnymi zachowaniami, nie liczącymi się z aprobatą społeczną (np. hazard, swoboda życia seksualnego). Mniejsze różnice – nieistotne statystycznie – wystąpiły w podskalach Ogólnego Zapotrzebowania na Stymulację (G), Wrażliwości na Nudę (BS), Poszukiwania Grozy i Przygód (TAS) oraz aktywności Intelktualno-Poznawczej (I-P).

Szczegółowa analiza statystyczna otrzymanych danych wskazuje, że osoby uzależnione preferują sytuacje o dużym natężeniu zmieniających się bodźców, zawierających niebezpieczeństwo lub wywołujących dezaprobatę społeczną. Wykazują wyraźną dążność do przeżywania przyjemności związanych z różnego rodzaju używkami. Alkohol jest jednym z podstawowych źródeł zwiększonego dopływu stymulacji dla badanych, dając dodatkowo możliwość łatwego nawiązania kontaktów towarzyskich i stworzenia sytuacji o pełnej, nieskrępowanej swobodzie działania.

W grupie uzależnionych wyższe zapotrzebowanie na stymulację mieli mężczyźni, zwłaszcza młodzi oraz osoby z niższym wykształceniem. Wyniki naszych badań nie są zgodne z rezultatami uzyskanymi przez Szczepańską (1990), na równoważnej grupie chorych i za pomocą Skali Poszukiwania Wrażeń (SSS) M. Zuckermana. W badaniach autorki okazało się, że osoby uzależnione, jako bardzo wrażliwe na negatywną ocenę i ujemną opinię, poszukują stymulacji łączącej się z zaspokojeniem potrzeby aprobaty i akceptacji, dlatego unikają zachowań społecznych. Wyjaśnienie tej rozbieżności nie jest łatwe, prawdopodobnie dłużej trwające uzależnienie (średnio 12,5 lat, gdy w naszej grupie – 7,5) doprowadziło do zmiany rodzaju zapotrzebowania na stymulację, co wiąże się głównie ze społeczną stygmatyzacją i utożsamianiem się z obrazem „alkoholika”.

9. Mechanizm kontroli emocjonalnej.

Rezultaty badań (por. tab. IV) wskazują na istotne statystycznie różnice między grupami E10 a K10: chorzy z zespołem uzależnienia alkoholowego mają słabszy mechanizm kontroli emocjonalnej (niższe wyniki w KKE) niż osoby zdrowe. Uzależnieni uzyskali istotnie niższe wyniki w następujących podskalach: skali KE (mierzy zdolność jednostki do kontrolowania zewnętrznych przejawów przeżywanych emocji), skali OE (mierzy stopień kontroli własnych zachowań w stanach emocjonalnych i odporność na emocje) oraz skali KS (określa zdolność do kontrolowania sytuacji emotogennych przez odpowiednią ich percepcję i interpretację). Chorzy zbyt łatwo wchodzą w różne sytuacje wzbudzające emocje, nie zastanawiając się nad konsekwencjami. Nie unikają sytuacji konfliktowych.

W obu badanych grupach (E10 i K10) nie stwierdzono różnic między podgrupą mężczyzn a podgrupą kobiet. Nie potwierdzono także zależności mechanizmu kontroli emocjonalnej od wieku, wykształcenia, stanu cywilnego i czasu trwania choroby. Podobne wyniki – potwierdzające hipotezę H11 – uzyskała w swoich badaniach Kamińska (1990).

10. Poziom agresji.

Nadużywanie alkoholu często prowadzi do zachowań agresywnych: agresji werbalnej lub fizycznej, agresji przemieszczonej, autoagresji. Stąd w naszych badaniach założono wysoki poziom agresji u osób uzależnionych od alkoholu (H12). Okazało się, że ogólny poziom agresji u chorych (grupa E11) jest istotnie wyższy w porównaniu z ludźmi zdrowymi (grupa K11). Nie stwierdzono jedynie zróżnicowania w zakresie agresji ukrytej i skierowanej na zewnątrz (por. tab. IV). Natomiast dominującym kierunkiem agresji wśród uzależnionych była samoagresja (wysoki współczynnik S w teście IPSA). Na ogólny poziom agresji oraz stopień autoagresji nie miały wpływu płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny i czas trwania choroby.

Wyniki naszych badań są zgodne z danymi z piśmiennictwa, sugerującymi najczęstsze występowanie w alkoholizmie różnych form autoagresji, zarówno w postaci samouszkodzeń, jak i samobójstwa usiłowanego (por. Chaudron i Wilkinson, 1988, Gaś, 1987).

Wnioski.

Wyniki naszych badań implikują następujące ogólne wnioski:

1. Osoby z zespołem uzależnienia alkoholowego nie różnią się istotnie od populacji osób zdrowych w zakresie takich zmiennych osobowościowych, jak poczucie tożsamości, poziom samoakceptacji, mechanizmy obronne, poziom lęku, gotowość do zmian własnego „ja”, potencjał regulacyjny struktury „ja idealnego”. Jednakże w porównaniu z ludźmi zdrowymi, charakteryzuje ich kryzys tożsamości, słabsze ego, nadmierna idealizacja „ja”, brak samoakceptacji, częste stosowanie zaprzeczenia jako mechanizmu obronnego oraz niespójny obraz „ja idealnego”.

2. Osoby z zespołem uzależnienia alkoholowego różnią się istotnie od populacji osób zdrowych w zakresie takich zmiennych osobowościowych, jak poczucie kontroli, stopień egocentryzmu, zapotrzebowanie na stymulację, mechanizm kontroli emocjonalnej i poziom agresji. Uzależnieni od alkoholu przejawiają zewnętrzne poczucie kontroli, wysoki stopień egocentryzmu (koncentracji na „ja”), wysokie zapotrzebowanie na stymulację (zwłaszcza na silne przeżycia związane z używkami oraz zachowaniami nieakceptowanymi społecznie), niski poziom kontroli emocjonalnej, niedostatecznie wykształconą kontrolę ekspresji emocji, brak odporności na emocje, niekontrolowanie sytuacji emotogennych oraz wysoki poziom auto-agresji.

Piśmiennictwo

Anrzejczyk E., Jakubik A., Jaroszewski T., Kobrzyńska E., Watras J.: Technika Q-sort w badaniach psychiatrycznych. *Psychiatr. Pol.*, 1981, 15, 73-78.

Barron F.: An Ego-Strength Scale which predicts response to psychotherapy. *J. Consult. Psychol.*, 1953, 17, 327-333.

Brzeziński J.: Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej UAM, Poznań 1972 (praca nieopublikowana).

Brzeziński J.: Kształtowanie się mechanizmu kontroli emocjonalnej. *Kwart. Pedagog.*, 1973, 18, 99-108.

Chaudron C.D., Wilkinson D.A. (eds.): *Theories on alcoholism*. ADARF, Toronto 1988.

Dauksza M.: Poziom samoakceptacji w schizofrenii paranoidalnej. UW-FB, Białystok 1987 (praca magisterska).

Drwal R.: Opracowanie Kwestionariusza Delta do pomiaru poczucia kontroli. Stud. Psychol., 1979, 18, 67-84.

Fołtyn-Goszczyńska M.: Próba adaptacji do warunków polskich testu LSI R. Plutchika, H. Kellermana i H.R. Conte do badania mechanizmów obronnych. UW, Warszawa 1982 (praca magisterska).

Gaś Z.B.: Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji. Przegł. Psychol., 1980, 23, 143-158.

Gaś Z.B.: Agresja a osobowość w uzależnieniach. WSP, Rzeszów 1987.

Grzełowska-Klarkowska H.J.: Mechanizmy obronne osobowości. PWN, Warszawa 1986.

Jakubik A.: Osobowość historyczna. Psychoterapia, 1978, 27, 21-32.

Jakubik A.: Histeria. Metodologia, teoria, psychopatologia. PZWL, Warszawa 1979.

Jakubik A.: Self-structure: A dynamic and systems approach. W: Das socialenergetische Prinzip in der dynamischen Psychiatrie. WADP u. DAP, Lubeck 1982, 50-52.

Jakubik A.: Zaburzenia osobowości. W: S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński (red.): Psychiatria. PZWL, Warszawa 1987, t.1, s. 230-248.

Jakubik A.: Podstawy teoretyczno-metodologiczne psychiatrii systemowej. Psychiatr. Pol., 1989a, 23, 1-9.

Jakubik A.: Funkcjonowanie osobowości w zespole paranoidalnym. Ujęcie systemowe. Psychiatr. Pol., 1989b, 23, 54-63.

Jakubik A.: Podstawowe kierunki psychiatrii dynamicznej. PZWL, Warszawa 1989.

Jakubik A.: Zaburzenia osobowości. PZWL, Warszawa (w druku).

Jakubiak A., Budna A., Gapińska E., Lepianka J.: Struktura „ja” w schizofrenii paranoidalnej. Psychiatr. Pol., 1990a, 24, 30-34.

Jakubik A., Dudziak R., Karpiuk J., Kobrzyńska E., Watras J.: Poziom aktywacji i mechanizm kontroli emocjonalnej u chorych na schizofrenię paranoidalną. Psychiatr. Pol., 1990b, 24, 189-194.

Jakubik A., Kuźma A., Moczulska E., Roszkowska J.: Mechanizmy obronne w schizofrenii paranoidalnej. Psychiatr. Pol., 1991, 25, 1-5.

Jakubowski J.S., Dobrzyńska E., Sleszyński D.: Akceptacja siebie i jej związek z akceptacją innych, realizowane wartości i zdrowie psychiczne. Zdr. Psych., 1975, 3, 62-68.

Jarymowicz M. (red.): Studia nad spostrzeganiem relacji Ja-Inni: tożsamość, indywiduacja-przynależność. Ossolineum, Wrocław 1988.

Jelińska M.: Kontrola emocjonalna u chorych z zaburzeniami nerwicowymi. WSPS, Warszawa 1985 (praca magisterska).

Kamińska K.: Mechanizmy kontroli emocjonalnej w alkoholizmie. WSPS, Warszawa 1990 (praca magisterska).

Klonowicz T.: Reaktywność a funkcjonowanie człowieka w różnych warunkach stymulacyjnych. PAN, Wrocław 1984.

Kocowski T.: Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa. PAN, Wrocław 1982.

Kolańczyk A.: Struktura i funkcje czynności obronnych reinterpretacyjnych. UG, Gdańsk 1980 (praca magisterska).

Kozłowska M.: Obraz osób znaczących i własnej osoby w uzależnieniu alkoholowym. UMK, Toruń 1990 (praca magisterska).

Łukaszewski W.: Struktura „ja” a działanie w sytuacjach zadaniowych. UW, Wrocław 1978.

Malka R., Fouquet P., Vachonfrance G.: Alcoologie. Masson, Paris 1983.

Mandrosz-Wróblewska J.: Tożsamość i niespójność Ja a poszukiwanie własnej odrębności. Ossolineum, Wrocław 1988.

Matczak A.: Zapotrzebowanie na stymulację poznawczą – próba konstrukcji narzędzia pomiarowego. Przegl. Psychol, 1986, 23.

Moczulska E.: Próba diagnozy mechanizmów obronnych osobowości w schizofrenii paranoidalnej w oparciu o badania testem LSI Plutchika, Kellermana i Conte'a UW-FB, Białystok 1987 (praca magisterska).

Olchanowska A.: Poczucie kontroli u chorych z zaburzeniami nerwicowymi. UW-FB, Białystok 1987 (praca magisterska).

Pałyska M., Raduj J.: Funkcjonowanie osobowości u osób uzależnionych od alkoholu (Przegląd piśmiennictwa). IPiN, 1993 (praca nie opublikowana).

Paszkievicz E.: Technika Q-sort. W: E. Paszkievicz (red.): Materiały pomocnicze do ćwiczeń z metod badania osobowości. UW, Warszawa 1974, 103-124.

Phares E.J.: Locus of control in personality. GLP, Morrilton 1976.

Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R.: A structural theory of ego defenses and emotions. W: C.E. Izard (ed.): Emotions in personality and psychopathology. Plenum, New York 1979.

Przybylska M.: Osobowość nieprawidłowa a alkoholizm. UMK, Toruń 1990 (praca magisterska).

Reykowski J. (red.): Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi. KiW, Warszawa 1976.

Roteer J.B.: Some problems and misconceptions related to the construct of individual versus external control of reinforcement. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1975, 43, 56-67.

Sokolik M.: Kliniczna problematyka poczucia tożsamości. UW, Warszawa 1988.

Straś-Romanowska M.: Próba interpretacji nieadekwatnego oceniania siebie w terminach teorii poznawczych. *Przeg. Psychol.*, 1975, 18, 311-329.

Szczepańska M.: Zapotrzebowanie na stymulację osób uzależnionych od alkoholu. WSPS, Warszawa 1990 (praca magisterska).

Szustrowa T.: Test of Egocentric Associations (TEA). *Pol. Psychol. Bull.*, 1976, 7, 263-267.

Wojciszke B.: Struktura „ja”, wartości osobiste i zachowanie. PAN, Wrocław 1986.

Wrześniewski K., Sosnowski T.: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. UW, Warszawa 1987.

Wylie R.C.: The self-concept. University of Nebraska Press, Lincoln

PERSONALITY OF ALCOHOL DEPENDENT PERSONS.

Basing on systemic model of personality, an empirical study was conducted among 330 alcohol dependent persons paired with 330 controls from among healthy people. Eleven research instruments were applied. Following personality variables were investigated: identity, self-acceptance (approval), feeling of control, defending mechanism, anxiety, egocentrism, regulative potential, structure of ideal ego, readiness to transform own ego, need for stimulation, mechanism of emotional control, aggression. Alcohol dependent persons occurred to represent feeling of external control, high level of egocentrism, high need for stimulation, low level of emotional control and high level of self – aggression.

Tabela I

Ogólne dane demograficzne

Dane	Grupa eksperymentalna E	Grupa kontrolna K
Średni wiek	35,7 lat	32,0 lat
Wykształcenie:		
- podstawowe	15,32%	12,72%
- zawodowe	21,92%	19,70%
- średnie	47,44%	49,40%
- wyższe	15,32%	18,18%
Stan cywilny:		
- wolny	26,42%	24,24%
- żonaty/zamężna	50,15%	54,55%
- rozwiedziony/a	23,43%	21,21%
czynni zawodowo	66,66%	93,90%

Tabela IIPoczucie tożsamości, poziom samoakceptacji,
poczucie kontroli

Skale	M		F	t	t α	Hipotezy
	Grupy E	Grupy K	(p)			
SSE	36,47	43,50	1,132 (1,840)	0,702	2,00	H10+
Q - sort	-0,006	-0,107	1,270 (1,840)	0,587	2,00	H20+
Delta	6,8	4,2	1,876 (1,840)	6,960	2,00	H30-

Legenda:

M - średnia wyników; F - test Fishera dla równości wariacji; p - F (kryt.);
t - test t-Studenta; t α - wartość t na poziomie ufności $\alpha = 0,005$ i df = 58;
H10, H20, H30 - hipotezy zerowe dla hipotez badawczych H1, H2 i H3
(+ = przyjmujemy, - = odrzucamy).

Tabela III

Mechanizmy obronne, lęk, egocentryzm, zmiany "ja", "ja idealne"

Skale	Średnie wyniki		t	t α (0,05;58)	P 0,05
	Grupy E	Grupy K			
LSI					
A - zaprzeczanie	4,00	3,20	2,033	2,000	i.s.
B - wyparcie	3,60	3,07	1,335	2,000	
C - regresja	6,23	5,27	1,816	2,000	
D - kompensacja	4,60	3,80	1,990	2,000	
E - projekcja	6,90	6,70	0,414	2,000	
F - przemieszczenie	2,53	2,23	0,805	2,000	
G - intelektualizacja	4,33	3,90	1,181	2,000	
H - reakcja upozorowana	3,67	3,03	1,291	2,000	
ISCL	47,07	46,86	0,523	2,000	
TES	29,43	14,33	6,360	2,000	i.s.
Listy Samoopisu	116,24	122,18	0,432	2,000	
SI	5,16	4,50	1,710	2,000	

Tabela IV Zapotrzebowanie na stymulację, kontrola emocjonalna, poziom agresji

Skale	Średnie wyniki		t	t α	p 0,05
	Grupy E	Grupy K			
Skale TZiP:					
G	7,20	5,37	1,635	2,000	
DIS	8,16	5,23	3,026	2,000	i.s.
ES	5,90	4,13	2,560	2,000	i.s.
TAS	5,90	4,53	1,337	2,000	
BS	6,66	6,00	0,645	2,000	
I-P	4,20	3,76	0,956	2,000	
KKE	69,83	80,70	5,210	1,670	i.s.
KE	14,40	16,60	2,110	1,670	i.s.
MER	15,40	16,70	1,260	1,670	
OE	10,70	17,10	6,270	1,670	i.s.
KS	12,40	14,40	2,100	1,670	i.s.
PE	16,40	15,80	0,330	1,670	
IPSA:					
WO	5,66	5,14	2,210	2,000	i.s.
S	8,15	5,45	6,570	2,000	i.s.
U	5,44	5,34	0,330	2,000	
Z	5,53	6,25	2,080	2,000	i.s.