

## Autodestruktywność pośrednia u osób uzależnionych od narkotyków

Indirect self-destructiveness in drug addicted persons

Konstantinos Tsirigotis<sup>1</sup>, Wojciech Gruszczyński<sup>2</sup>,  
Marta Kruszyna<sup>1</sup>, Marta Tsirigotis-Wołoszczak<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy, filia w Piotrkowie Trybunalskim,  
Zakład Psychologii

<sup>2</sup> Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Psychiatrii Wojskowej

<sup>3</sup> Politechnika Wrocławska, Wydział Chemiczny

**Abstract – Introduction.** The use and particularly abuse of psychoactive substances is considered as a specific form of self-destructive behaviour, which also goes along with other forms of self-destructive behaviour.

According to Suchańska, indirect self-destructiveness are those types of behaviour, which negative consequences are mediated by additional intervening factors. Harm as an outcome can be predicted with a certain probability, indirect self-destructiveness may be acted out or abandoned.

The article explores the relevance of the indirect self-destructiveness syndrome in a treatment population of drug addicts.

**Method.** Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) was administered among 86 patients (58 male and 28 female) in drug addiction treatment centres.

**Results.** Results show that self-destructiveness as a generalized behavioural tendency, as well as its more specific forms score within the upper range of average. Increasing score by CS-DS subscales were obtained in the following order: Helplessness and Passiveness (A5), Nicotine, Lack of Planfulness (A4), Alcohol, Transgression (A1), Psychoactive Substances, Carelessness (A3) and Poor Health Maintenance (A2). It can be tentatively assumed that nicotine, a legal psychoactive substance, acts as a substitute.

Whereas among healthy people a one factor solution resulted from factor analysis, the patient sample was best described by a two factor solution (I. Risky Health Negligence, II. Helplessness).

**Conclusions.** Intensity of the indirect self-destructiveness syndrome in persons treated because of drug addiction is situated close to upper limit of average results. The highest scores on subscales were related to Helplessness and Passiveness (A5) as well as Nicotine, and the lowest to Poor Health Maintenance (A2). The index of Psychoactive Substances turns out low.

**Key words:** indirect self-destructiveness, drug addiction, treatment, therapy

**Streszczenie – Wstęp.** Zażywanie, a zwłaszcza nadużywanie, substancji psychoaktywnych uważane jest za typowe zachowanie autodestruktywne, samo zaś uzależnienie – za jedną z postaci autodestruktywności. Według Suchańskiej autodestruktywność pośrednia to zachowania, których prawdopodobny negatywny skutek jest upośredniony dodatkowymi czynnikami, a związek między zachowaniem

a szkodą spostrzegany jako prawdopodobny. Autodestruktywność pośrednia to zarówno podejmowanie działań, jak i ich zaniechanie.

Celem tej pracy jest zbadanie syndromu autodestruktywności pośredniej u osób uzależnionych, przebywających w ośrodkach leczenia uzależnienia od narkotyków.

*Metoda.* Za pomocą Skali Autodestruktywności Pośredniej (CS-DS) zbadano 86 pacjentów ośrodków leczenia uzależnienia od narkotyków – 58 mężczyzn i 28 kobiet.

*Wyniki.* Jak wskazują badania, autodestruktywność jako uogólniona tendencja behawioralna, jak również poszczególne jej przejawy, mieszczą się w górnej granicy wyników średnich. Wyniki uzyskane przez osoby badane w podskalach CS-DS przedstawiają się następująco (kolejność wg nasilenia): Bezradność i Bierność (A5), Nikotyna, Nieuważność i Nieostrożność (A4), Alkohol, Transgresja i Ryzyko (A1), Substancje Psychoaktywne, Zaniechania Osobiste i Społeczne (A3) oraz Zaniechania Zdrowotne (A2). Można założyć, że nikotyna to legalna substancja psychoaktywna, pełniąca rolę substytutu.

Analiza czynnikowa ujawniła dwa czynniki – I. Ryzykowne Zaniechania Zdrowotne, II. Bezradność – a nie jeden jak w przypadku populacji osób zdrowych.

*Wnioski.* Nasilenie syndromu autodestruktywności pośredniej u osób leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków mieści się w górnej granicy wyników średnich. Największe nasilenie mają Bezradność i Bierność (A5) oraz Nikotyna, najniższe zaś – Zaniechania Zdrowotne (A2). Niskie jest nasilenie wskaźnika Substancje Psychoaktywne.

**Słowa kluczowe:** autodestruktywność pośrednia, uzależnienie, leczenie, terapia

## WSTĘP

Powszechnie znana jest szkodliwość (przynajmniej potencjalna) substancji psychoaktywnych, powszechne jest też ich zażywanie (1, 2, 3) w wielu przypadkach za – mniejszym czy większym – przyzwoleniem społecznym. Niezależnie jednak od powszechności tego zjawiska i ewentualnego społecznego przyzwolenia, zażywanie substancji psychoaktywnych, a zwłaszcza ich nadużywanie, uważane jest za typowe zachowanie autodestruktywne, samo zaś uzależnienie – za jedną z postaci autodestruktywności.

Większość autorów pod nazwą „zachowania autodestruktywne” zazwyczaj rozumie zachowania należące do kategorii autodestruktywności bezpośredniej, najczęściej samouszkodzenia, samookaleczenia i próby samobójcze bądź samobójstwa dokonane („udane”). Wskaźnikami autodestruktywności są czynności zagrażające zdrowiu i życiu, a także zdarzenia życiowe, np. choroby, wypadki, niepowodzenia, oceniane w sposób subiektywny lub obiektywny. Pojęciem autodestruktywności bywa również określany wewnętrzny proces obejmujący poczucie winy, potrzebę agresji oraz samoponizania. W niniejszej pracy za prof. Anną Suchańską (4) przyjęto, że każde zachowanie, które bezpośrednio lub pośrednio zagraża zdrowiu lub życiu człowieka, podejmowane dobrowolnie i intencjonalnie jest zachowaniem autodestruktywnym.

Widać tu rozróżnienie między zagrożeniem i/lub szkodą bezpośrednią a pośrednią. Właśnie ta druga kategoria stanowi przedmiot zainteresowania autorów tej pracy. Jest ona na tyle ważna, że choć wiele zachowań z tego zakresu większość ludzi zalicza do szeroko pojętej normy, to w sposób prawie niezauważalny

powodują skutki niepożądane i bardzo szkodliwe (5). O ile sprawa szkodliwości zachowań bezpośrednio autodestruktywnych (np. samobójstw, samookaleczeń) nie budzi wątpliwości, o tyle mniej ostre i bardziej „subtelne” formy szkodenia sobie lub obniżania jakości i/lub skracania życia (np. zachowania ryzykowne, uzależnienia, zaniedbania) nie są od razu i łatwo dostrzegalne. Poświęca się im na ogół mniej uwagi, zwłaszcza że wiele z tych zachowań występuje powszechnie (lub przynajmniej często), a zatem traktuje się je jako „normalne”.

Dla celów niniejszej pracy przyjęto za prof. Anną Suchańską definicję autodestruktywności pośredniej – są to zachowania, których prawdopodobny negatywny skutek jest upośredniony dodatkowymi czynnikami, a związek między zachowaniem a szkodą spostrzegany jako prawdopodobny. Tak rozumiana autodestruktywność pośrednia to zarówno podejmowanie określonych działań, jak i ich zaniechanie; dotyczy wchodzenia w sytuacje zagrożenia i podwyższonego ryzyka, bądź też zaniedbywania własnego bezpieczeństwa czy zdrowia. Jest to forma samoniszczenia o zwiększonym dystansie między działaniem a skutkiem (4, 6). Do autodestruktywności pośredniej zalicza się wiele kategorii zachowań, spośród których dla rozważań w tej pracy ważne są: zachowania impulsywne, uleganie pokusom oraz nałogi i uzależnienia.

Kelley (7) w swojej koncepcji stwierdza, że osoby motywowane głównie przez aktualne emocjonalne czynniki („osoby impulsywne”), z większym prawdopodobieństwem, niż osoby motywowane przez bardziej odległe poznawcze czynniki, mogą zaangażować się w zachowania, które stają się autodestruktywne. Ze zdolnością do odraczania impulsów ściśle wiąże się odporność na pokusy. Uleganie pokusie, obecne w syndromie zachowań autodestruktywnych, pozostaje na usługach wielu celów, takich jak przyjemność, redukcja napięcia, autostymulacja, unikanie wysiłku i wiele innych. Z kolei forma i cele zażywania substancji psychoaktywnych dają się opisać na obu krańcach wymiarów „szkodliwość” i „intencjonalność”: od formy społecznie aprobowanej, incydentalnej, niezagrażającej zdrowiu (i podejmowanej w warunkach wewnętrznej swobody wyboru) poprzez powtarzające się sposoby reagowania (intencjonalne, lecz w różnym stopniu autonomicznie) aż do formy ostrej, bezpośrednio zagrażającej życiu, w której picie czy używanie innych substancji psychoaktywnych jest „jedynym i koniecznym” środkiem realizacji celu (są więc przedmiotem pragnienia czy intencji, lecz rzadko wewnętrznie wolnego wyboru). Wielu autorów skłonnych jest do uznania preferencji toksycznych za jeden z przejawów ogólniejszej tendencji autodestruktywnej, mimo braku innych cech uzależnienia (4). Poza tym według wielu założeń teorii psychoanalitycznych uzależnienia mają źródło w nieuświadomionych tendencjach autodestruktywnych (8).

Nawiasem mówiąc, te właśnie klasy zachowań – zachowania ryzykowne, impulsywne i uleganie pokusom wraz z zażywaniem substancji psychoaktywnych – w dużej mierze stanowiły punkt wyjścia dla obserwacji zjawiska autodestruktywności pośredniej.

Stwierdzono np. u mężczyzn pozytywny związek między wynikami w „Chronic Self-Destructiveness Scale” Kelley a wynikami w skali zaangażowania w działania

ryzykowne w ciągu kolejnych 6 miesięcy: zażywaniem narkotyków, zachowaniami agresywnymi lub ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, nadużywaniem alkoholu oraz nieodpowiedzialnymi czy lekkomyślnymi zachowaniami w pracy lub na studiach; u kobiet stwierdzono pozytywny związek między wynikami w skali Kelley a nadużywaniem alkoholu i nieodpowiednim zachowaniem w pracy lub na studiach (9).

Autorzy innych badań doszli do wniosku, że istnieje trwała struktura obejmująca problemy zdrowotne i zaburzenia zachowania w populacji adolescentów (10). Podobne były rezultaty innego projektu badań, w wyniku których stwierdzono, iż w populacji adolescentów palenie tytoniu było związane z grupą problemów w zachowaniu, takich jak: picie alkoholu i zażywanie narkotyków, ryzykowne zachowania seksualne i przestępczość (11).

Z powyższych rozważań i przytoczonych badań wynika, że zjawisko autodestruktywności pośredniej u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (narkotyków) dotychczas nie zostało zbadane w sposób całościowy (kompleksowy).

Celem tej pracy jest zbadanie syndromu autodestruktywności pośredniej u osób uzależnionych, przebywających w ośrodkach leczenia uzależnienia od narkotyków.

## METODA

Zbadano 86 osób – 58 mężczyzn i 28 kobiet – uzależnionych od narkotyków, podopiecznych ośrodków leczenia uzależnień (typu monarowskiego) w południowej Polsce.

Wiek badanych wahał się od 19 do 28 lat (średnia wieku: 23,2); przeważało wykształcenie niepełne średnie i średnie. Największa grupa to uzależnieni od opiatów – 25 osób (29,07%), potem od leków uspokajających i nasennych – 9 osób (10,46%) i amfetaminy – 8 osób (9,30%); od przetworów kanabinoli (najczęściej zresztą zażywanych) – 3 osoby (3,49%). Czas trwania uzależnienia to ok. 3 lata, a badania zostały przeprowadzone w drugim–trzecim miesiącu terapii.

W celu zbadania autodestruktywności pośredniej zastosowano polską wersję Chronic Self-Destructiveness Scale Kelley (CS-DS), to jest Skalę Autodestruktywności Pośredniej w adaptacji prof. Anny Suchańskiej.

Kelley w celu zbadania zjawiska chronicznej autodestruktywności jako uogólnionej tendencji, skonstruowała narzędzie badawcze, obejmujące cztery grupy bądź kategorie zachowań: 1. niedbałość (zaniedbanie, *carelessness*; wg Suchańskiej zaniedbania osobiste i społeczne), 2. kiepskie utrzymanie zdrowia (*poor health maintenance*; wg Suchańskiej zaniedbania zdrowotne), 3. naruszenie norm prawnych i przepisów (*evidence of transgression*; wg Suchańskiej transgresja<sup>1</sup>) i 4. brak

<sup>1</sup> Pojęcie transgresji (łac. transgressio: przejście; transgredi: przekraczać) w teorii autodestruktywności pośredniej jest ujmowane zgodnie z pierwotną jego definicją, tj. jako przekraczanie reguł, praw, zasad, a nie jak np. w transgresyjnej koncepcji człowieka wg Kozielskiego (przekraczanie granic, a nawet samego siebie) w związku z działalnością twórczą człowieka.

planowania (*lack of planfulness*; wg Suchańskiej nieuważność, brak planowania). Ostateczna wersja składa się z wewnętrznie spójnego zestawu 52 twierdzeń osobno dla kobiet i osobno dla mężczyzn (7).

W Polsce adaptacji „Chronic Self-Destructiveness Scale” dokonała, jak już wspomniano, prof. Anna Suchańska z Instytutu Psychologii UAM, uwzględniając tak aspekt aktywny (podejmowanie zachowań zagrażających), jak i pasywny (zaniedbywanie zachowań zabezpieczających). Powstała w ten sposób Skala Autodestruktywności Pośredniej, obejmująca następujące wskaźniki/podskale: Autodestruktywność Pośrednia (wskaźnik ogólny), A1 – Transgresja i Ryzyko, A2 – Zaniedbania Zdrowotne, A3 – Zaniedbania Osobiste i Społeczne, A4 – Nieuważność, Nieostrożność i brak planowania, A5 – Bezradność, Bierność w obliczu trudności.

Odpowiedzi na poszczególne twierdzenia zapisywane są na pięciostopniowej skali, typu likertowskiego, oznaczeniami A, B, C, D, E. Nasilenie autodestruktywności określonego zachowania opisuje się punktami w skali 1–5. Wskaźnikiem nasilenia pośredniej autodestruktywności jest suma uzyskanych punktów w przedziale od 52 (wynik najniższy) do 260 (wynik najwyższy). Polska wersja skali, podobnie, jak i oryginalna, charakteryzuje się wysoką rzetelnością i trafnością (4).

## WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH. OMÓWIENIE I DYSKUSJA

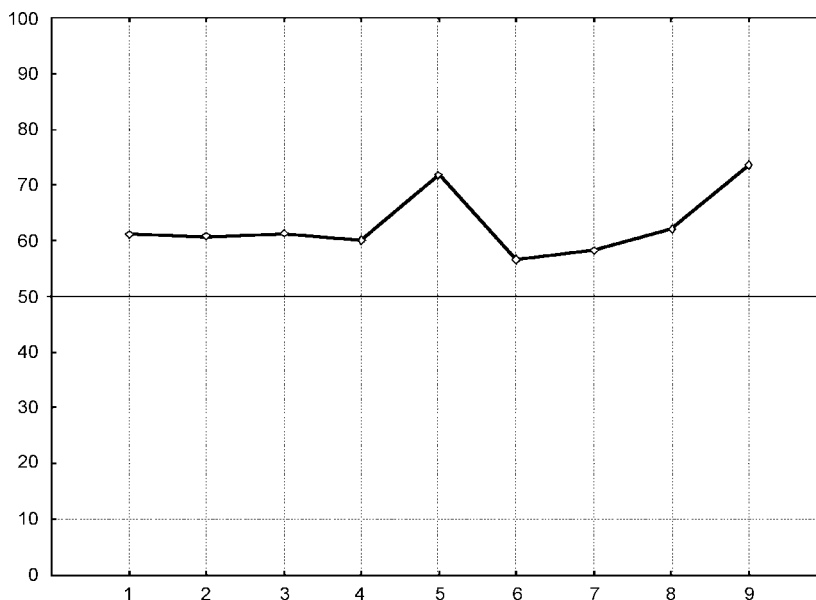
W tabeli 1 i na rys. 1 przedstawione są wyniki uzyskane przez pacjentów ośrodków leczenia uzależnień w poszczególnych podskalach CS-DS, tj. w poszczególnych przejawach autodestruktywności pośredniej. W celu umożliwienia porównań profilowych na wykresach, wyniki surowe uzyskane przez osoby badane przekształcone zostały w wyniki standaryzowane.

Ze względu na fakt, iż do zachowań powszechnie występujących, lecz nie zawsze traktowanych jako potencjalnie autodestruktywne, należy stosowanie używek,

Tabela 1.

Wyniki osób leczonych z powodu narkomanii w podskalach CS-DS  
*Addicted persons scores in the CS-DS*

Zmienna Variable	M	SD
Autodestruktywność Pośrednia <i>Indirect Self-Destructiveness</i>	158,744	25,012
A1 Transgresja, Ryzyko <i>Transgression, Risk</i>	54,651	11,079
Alkohol <i>Alcohol</i>	8,093	3,286
Substancje Psychoaktywne <i>Psychoactive Substances</i>	6,000	2,481
Nikotyna <i>Nicotine</i>	10,759	3,997
A2 Zaniedbania Zdrowotne <i>Poor Health Maintenance</i>	31,116	7,716
A3 Zaniedbania Osobiste i Społeczne <i>Carelessness</i>	34,930	6,947
A4 Nieuważność, Nieostrożność <i>Lack of Planfulness</i>	26,860	5,784
A5 Bezradność, Bierność <i>Helplessness, Passiveness</i>	8,512	2,44



- 1 – Autodestryktywność *Self-destructiveness*
- 2 – A1 Transgresja *Transgression*
- 3 – Alkohol *Alcohol*
- 4 – Substancje psychoaktywne *Psychoactive substances*
- 5 – Nikotyna *Nicotine*
- 6 – A2 Zaniedbania zdrowotne *Poor Health Maintenance*
- 7 – A3 Zaniedbania osobiste i społeczne *Carelessness*
- 8 – A4 Nieuważność *Lack of Planfulness*
- 9 – A5 Bezradność *Helplessness*

Rys. 1.

Wyniki osób leczonych z powodu narkomanii w podskalach CS-DS  
*Addicted persons scores in the CS-DS*

wyodrębniono z CS-DS pozycje, które obejmują zażywanie substancji psychoaktywnych (legalnych i nielegalnych). Kategorie te są szczególnie ważne dla badanej przez nas grupy, ponieważ są to osoby, które uzależniły się od narkotyków, a uzależnienie, a przynajmniej nadużywanie, często bywa „krzyżowe” – polega na równoczesnym zażywaniu wielu substancji psychoaktywnych.

Jak wskazują te dane „profil” czy „psychogram” osób badanych CS-DS jest wysoki, a autodestryktywność jako uogólniona tendencja behawioralna mieści się w górnej granicy wyników średnich. Wyniki są wysokie, mimo że osoby badane były otoczone opieką specjalistyczną (psychoterapia, farmakoterapia i inne formy pomocy psychospołecznej). To samo dotyczy poszczególnych kategorii zachowań pośrednio autodestryktywnych, których natężenie również kształtuje się powyżej wyników średnich.

Wyniki uzyskane przez osoby badane w podskalach CS-DS wyglądają następująco (kolejność według nasilenia danej kategorii): Bezradność i Bierność wobec

trudności (A5), Nikotyna, Nieuważność, Nieostrożność i brak planowania (A4), Alkohol, Transgresja i Ryzyko (A1), Substancje Psychoaktywne, Zaniedbania Osobiste i Społeczne (A3) oraz Zaniedbania Zdrowotne (A2).

Najwyższy wynik, i to ze sporą różnicą w odniesieniu do pozostałych podskal, badane osoby uzyskały w podskali Bezradności i Bierność w obliczu trudności (A5). Może to oznaczać, że zażywanie narkotyków jest związane z brakiem umiejętności radzenia sobie z problemami, jak również z niepodjęciem działań wobec trudności życiowych, pomimo świadomości szkód przez to powodowanych. Wynik ten może być też wyrazem sytuacji życiowej, w której znalazły się osoby badane: poczucie braku wpływu na wydarzenia i braku wyjścia czy rozwiązania sytuacji, w której się znalazły. W istocie siła uzależnienia jest przecież ogromna, co pozbawia człowieka możliwości wpływania na swoje życie (lub radykalnie je ogranicza).

Nieuważność, nieostrożności i brak planowania (A4) mogą być związane z wydarzeniami negatywnymi, z pozoru niezwiązanymi z postępowaniem podmiotu. Planowanie to typ działania w dużym stopniu zależnego od procesów poznawczych i motywacyjnych, w zakresie których (według wielu autorów) występują dysfunkcje u osób uzależnionych (np. zespół amotywacyjny) (12). Z drugiej strony, pragnienie zażywania i poszukiwanie narkotyku pochłania prawie całą energię psychiczną tych osób, których zasoby mogą być już niewystarczające do planowanego i zorganizowanego działania.

Kolejną kategorią, w której badani uzyskali wysokie wyniki (choć niewiele niższe niż w poprzedniej) są zachowania transgresyjne i ryzykowne (A1), czyli naruszające normy społeczne oraz zachowania mogące skutkować realnym zagrożeniem. Zażywanie narkotyków to podręcznikowy przykład zachowań pośrednio autodestruktywnych, odzwierciedlający wszelkie aspekty tej kategorii: zachowania impulsywne, uleganie pokusom oraz nałogi i uzależnienia. Z jednej strony, są to zachowania przekraczające pewne normy społeczne (narkotyki), a z drugiej – zawierające pewną dozę ryzyka, co wynika z istoty zażywania takich substancji, ale również z zachowań pod wpływem tych substancji.

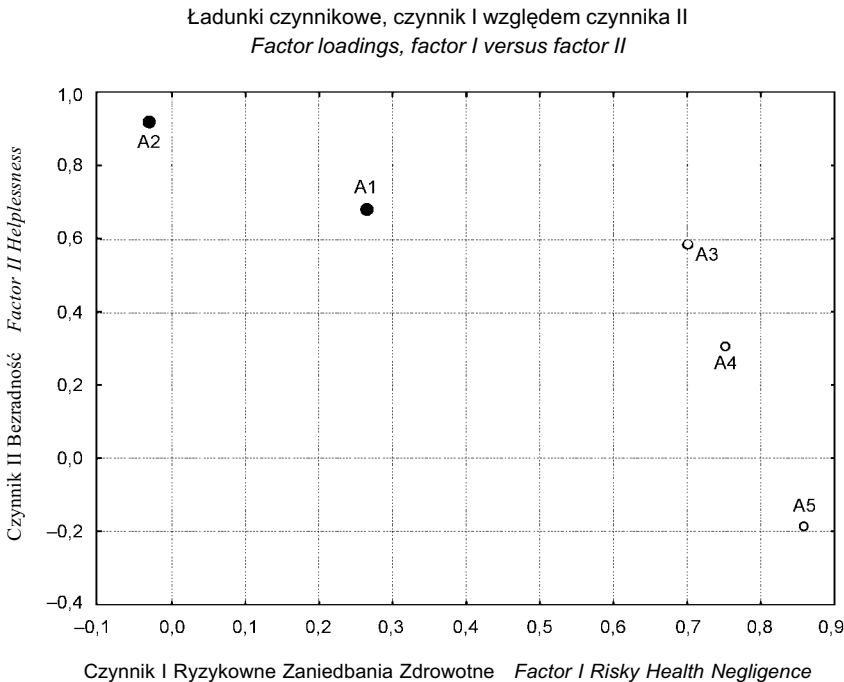
Najniższe wyniki uzyskano w kategorii Zaniedbania Zdrowotne (A2), co staje się jasne, zważywszy na sytuację badanych osób: pobyt w ośrodku leczenia uzależnień (w wielu przypadkach poprzedzony pobytem w oddziale detoksykacyjnym) to początek powrotu do zdrowia, zatem dbałość o nie to minimum, co mogą zrobić.

Jeżeli chodzi o substancje psychoaktywne (legalne i nielegalne), wyniki są zróżnicowane: wskaźniki Alkoholu i Substancji psychoaktywnych są niższe niż wskaźnik Nikotyny, który jest drugim co do wysokości wskaźnikiem, niewiele niższym od najwyższego – Bezradności (A5). Alkohol i narkotyki oraz leki (zażywane w celach niemedycznych; najniższy wskaźnik) to środki służące głównie odurzaniu się. Wyniki w tych skalach są stosunkowo niskie być może dlatego, że pobyt w ośrodku leczenia uzależnień wyklucza zażywanie takich substancji. Natomiast uderzająco wysoki wskaźnik kategorii Nikotyna może być związany, z jednej strony, z zapotrzebowaniem na doznania, których dotychczas dostarczały narkotyki, z drugiej zaś z tym, że nikotyna to legalna substancja psychoaktywna.

Można zatem założyć, że w tym przypadku nikotyna to legalna substancja psychoaktywna, pełniąca rolę substytutu (zastępująca narkotyki).

W celu zbadania struktury czynnikowej syndromu autodestruktywności pośredniej w tej grupie badanych, wyniki przez nich uzyskane w podskalach CS-DS poddano analizie czynnikowej metodą głównych składowych z rotacją typu varimax znormalizowaną (tabela 2, rys. 2).

W tabeli 2 i na rys. 2 widać, że w wyniku przeprowadzonej analizy wyodrębniono dwa czynniki. W skład czynnika I weszły zmienne (kolejność według wielkości ładunku czynnikowego): Zaniedbania zdrowotne (A2) i Transgresja (A1) i dlatego czynnikowi I nadano nazwę „Ryzykowne zaniedbania zdrowotne”; zresztą jedną z cech osób uzależnionych jest zapotrzebowanie na stymulację oraz poszukiwanie nowości i silnych wrażeń (13). W skład czynnika II weszły zmienne (kolejność według wielkości ładunku czynnikowego): Bezradność (A5), Nieuważność (A4) i Zaniedbania osobiste i społeczne (A3); czynnikowi temu nadano nazwę



Rys. 2.

Ładunki czynnikowe wyników w CS-DS dla osób leczonych w ośrodkach leczenia uzależnień  
*Factor analysis results of addicted persons scores in the CS-DS*

- A1 Transgresja *Transgression*
- A2 Zaniedbania zdrowotne *Poor Health Maintenance*
- A3 Zaniedbania osobiste i społeczne *Carelessness*
- A4 Nieuważność *Lack of Planfulness*
- A5 Bezradność *Helplessness*



Tabela 2.

Wyniki analizy czynnikowej CS-DS dla osób leczonych w ośrodkach leczenia uzależnień  
*Factor analysis results of addicted persons scores in the CS-DS*

Czynniki <i>Factors</i>	Zmienne <i>Variables</i>	Ładunki czynnikowe <i>Factor loadings</i>	Wyjaśniana wariancja <i>Explained variance</i>
I. Ryzykowne Zaniedbania Zdrowotne <i>Risky Health Negligence</i> (Wartość własna, <i>Eigenvalue</i> = 3,427)	A2 Zaniedbania Zdrowotne <i>Poor Health Maintenance</i>	0,918	57,12%
	A1 Transgresja, Ryzyko <i>Transgression, Risk</i>	0,694	
II. Bezradność <i>Helplessness</i> (Wartość własna, <i>Eigenvalue</i> = 1,196)	A5 Bezradność, Bierność <i>Helplessness, Passiveness</i>	0,865	19,94%
	A4 Nieuważność, Nieostrożność <i>Lack of Planfulness</i>	0,735	
	A3 Zaniedbania Osobiste i Społeczne <i>Carelessness</i>	0,668	

Uwaga: oba czynniki wyjaśniają w sumie 77,06% zmienności

*Note: two factors explain 77.06% of variance*

„Bezradność”. Takie same czynniki uzyskano w wyniku innego typu analizy czynnikowej, tj. analizy hierarchicznej czynników ukośnych czy confirmacyjnej analizy czynnikowej. Warto odnotować, że w przypadku osób zdrowych wyodrębniono tylko jeden czynnik (7, 4), co oznaczałoby, że specyfika autodestruktywności pośredniej u osób uzależnionych jest inna niż u zdrowych.

W odniesieniu do obu czynników należy zwrócić uwagę na fakt, że największe ładunki miały zmienne należące do pasywnej formy autodestruktywności pośredniej, na co wskazują również nazwy tych czynników.

Mamy nadzieję, że wyniki tych badań będą pomocne w działaniach profilaktycznych i terapeutycznych. Implikacje prognostyczne obejmują możliwość identyfikacji osób zagrożonych, zaś implikacje terapeutyczne obejmują takie obszary, jak poczucie bezradności i beznadziejności, wyuczona bezradność oraz umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

## Wnioski

1. Nasilenie syndromu autodestruktywności pośredniej u osób leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków mieści się w górnej granicy wyników średnich.
2. Największe nasilenie wykazują wskaźniki: Bezradność i Bierność wobec trudności (A5) i Nikotyna.
3. Najniższe nasilenie występuje w przypadku wskaźników Zaniedbania Osobiste i Społeczne (A3) oraz Zaniedbania Zdrowotne (A2); wykazano także niskie nasilenie wskaźnika Substancje Psychoaktywne.

## PIŚMIENNICTWO

1. Stepien E (2001) Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami w okresie od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnesticzne). *Alkoholizm i Narkomania*, 14, 3, 407–419.
2. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Kocóń K (2006) Przyjmowanie leków psychoaktywnych a używanie innych substancji odurzających przez młodzież. *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 1, 35–52.
3. Bobrowski K (2006) Zdrowie psychiczne i zachowania ryzykowne 15-latków – badania mokotowskie. *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 3, 225–242.
4. Suchańska A (1998) *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: UAM.
5. Tsirigotis K, Gruszczyński W (2008) Autodestruktywność w schizofrenii. *Lęk i Depresja*, 3–4, 190–197.
6. Suchańska A (2001) W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samoniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze. *Forum Oświatowe*, 2, 25, 61–73.
7. Kelley K, Byrne D, Przybyla DPJ, Eberly C, Eberly B, Greendlinger V, Wan CK, Gorsky J (1985) Chronic Self-Destructiveness: Conceptualization, Measurement, and Initial Validation of the Construct. *Motivation and Emotion*, 9, 2, 135–151.
8. Pandina RJ, Johnson VL (2002) Why people use, abuse, and become dependent on drugs: Progress toward a heuristic model. W: Glantz MD (red.) *Drug abuse. Origins & Intervention*. Washington: APA, 119–148.
9. Kelly DB, Rollings AL, Hormon JG (2005) Chronic self-destructiveness, hopelessness, and risk-taking in college students. *Psychology Reports*, 96 (1), 3, 620–624.
10. Fortenberry JD, Costa FM, Jessor R, Donovan JE (1997) Contraceptive behavior and adolescent lifestyles. *Journal of Research on Adolescence*, 7, 307–329.
11. Turbin MS, Jessor R, Costa FM (2000) Adolescent cigarette smoking. *Prevention Science*, 1, 115–124.
12. Rosenahn DL, Seligman MEP (1994) *Psychopatologia*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
13. Clonginer RC, Bohman M, Sigvardsson S (2000) Typ I i II alkoholizmu – uaktualnienie badań. W: Durda R (red.) *Alkohol a zdrowie. Typologia alkoholizmu*. Warszawa: PARPA, 50–64.

Adres do korespondencji  
Konstantinos Tsirigotis  
Zakład Psychologii  
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy  
Filia w Piotrkowie Trybunalskim  
ul. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski  
tel. (044) 732 74 00 w. 141  
e-mail: psyche1@onet.eu, ewkom@poczta.onet.pl  
Kostek@esculap.pl

otrzymano: 11.01.2009  
przyjęto do druku: 16.06. 2009