

## Proaktywna orientacja temporalna osób uzależnionych kontynuujących i przerywających leczenie w trzech wybranych społecznościach terapeutycznych

Temporal proactive orientation of drug addicts, dropping out from therapeutic community treatment and a treatment control group

**Marcin Szulc**

Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Sądowej i Psychologii Osobowości, Uniwersytet Gdański

**Abstract – Introduction.** The study raises the question if young drug-dependents who discontinued treatment in a therapeutic community, differ in their temporal proactive orientation, that is an emanation of life plans, from individuals who stayed in treatment.

**Method.** B.R. Little's Personal project Analysis (PPA) was administered among 28 drop-outs from a therapeutic community and 32 patients who continued therapy in drug addiction treatment centers.

**Results.** The two groups differed in terms of the total number of plans presented and significant group differences within various categories of plans could be shown. Young drug-dependents who discontinued treatment achieved better results as to the number of family-related, economic and development plans than the patients who did not drop out from therapy. However, the qualitative analysis points to less coherent and less realistic plans among the former than among the latter group.

**Key words:** therapeutic community, life plans, drug addicted persons

**Streszczenie – Wprowadzenie.** Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, czy młode osoby uzależnione, przerywające terapię metodą społeczności terapeutycznej, różnią się pod względem proaktywnej orientacji temporalnej, której emanacją są plany życiowe od osób kontynuujących terapię w ośrodkach MONAR.

**Metoda.** Za pomocą Kwestionariusza Planów Osobistych (PPA) B.R. Little'a zbadano 28 pacjentów, którzy rozpoczęli terapię i z niej zrezygnowali oraz 32 pacjentów, którzy kontynuowali terapię. Badania zostały przeprowadzone w trzech ośrodkach MONAR pracujących metodą społeczności terapeutycznej.

**Wyniki.** Obydwie grupy różnią się istotnie pod względem ogólnej liczby tworzonych planów. Istotne różnice pojawiły się w zakresie liczby planów w poszczególnych kategoriach. Uzyskane wyniki zdają się mieć charakter paradoksalny. Pacjenci rezygnujący z terapii uzyskują wyższe wyniki w liczbie planów rodzinnych, rozwojowych i ekonomicznych. Analiza jakościowa wykazała, że osoby przerywające terapię generują mniej spójne i mniej realistyczne plany, niż osoby pozostające w terapii.

**Słowa kluczowe:** społeczność terapeutyczna, plany życiowe, osoby uzależnione

---

Źródło finansowania pracy: środki własne

## WPROWADZENIE

Spółeczność terapeutyczna jest jedną z wielu oferowanych form terapii uzależnień (*therapeutic community*) (1). Jest metodą samopomocową, stwarzającą pacjentowi możliwość skonfrontowania w interakcjach z innymi, swoich uczuć, poglądów i spostrzeżeń (4). Współcześnie wywodzi się z ruchu Anonimowych Alkoholików, zaś samo pojęcie wprowadził angielski psychiatra Thomas Main (1, 2, 5).

Jak uważa De Leone „...społeczność terapeutyczna wymyka się definicji i opisowi i bardzo trudno jest uchwycić jej istotę” (3: 47) i dalej stwierdza, że: „...nie da się w jednym opisie zawrzeć całej wiedzy o tym czym jest ST i jak ona działa” (3: 50). Wielu badaczy w zależności od przyjętej perspektywy prezentuje odrębne stanowiska (np. Holland, Kooyman, Erikson, Frankel, Ramirez) (3). Milanese definiuje społeczność terapeutyczną jako: „...miejsce stałego pobytu, w których żyje, realizując wspólnie główny cel, pewna grupa ludzi. Grupa taka stanowi zwykle rodzaj mikrospołeczności, w której odtwarzane są role i funkcje podobne do występujących w całym społeczeństwie” (2: 12). Istotą społeczności terapeutycznych jest zatem proces grupowy w nich zachodzący. Podstawową wartością omawianego modelu leczenia jest grupa społeczna osób, stanowiąca kontekst dla procesu zmiany, a także metodę za pomocą której do zmiany tej dochodzi. Przekaz elementów wiążących, terapeutyzujących, edukujących osoby w grupie odbywa się za pomocą wspólnych elementów kultury. To właśnie stanowi charakterystyczną tożsamość grupową (3).

Celem współczesnych społeczności terapeutycznych jest nacisk na samopomoc, której wyrazem jest praca nad samokontrolą, i nastawienie na reintegrację społeczną. Jak uważa De Leone, społeczność terapeutyczna jest odrębnym podejściem samopomocowym, o charakterze społeczno-psychologicznym, do leczenia uzależnień od środków chemicznych i problemów pokrewnych (3). „...Teoria identyfikuje podstawowe (...) elementy podejścia ST<sup>1</sup> rozumianego jako zbiór pojęć, przekonań, założeń, praktyk klinicznych i edukacyjnych” (...) zawiera „...trzy składowe: perspektywę, model i metodę (...) i wiąże je z procesem zmiany (3: 53)

Leczenie młodzieży uzależnionej odbywa się w społeczności etapowo. To znaczy każdy członek społeczności przechodzi przez tak zwane etapy kariery terapeutycznej. Ośrodki przyjmują swoisty dla siebie tryb terapii. Etapowość procesu leczenia związana jest z przywilejami (wyższy etap – większe przywileje) a przede wszystkim wpisuje się w potrzeby okresu dorastania (bliski, realny, osiągalny własną pracą cel, ku któremu można dążyć). Teoretyczne podstawy społeczności wykorzystują pojęcia modeli ról i reguł uczenia się w sytuacjach społecznych i opierają się o koncepcję społecznego uczenia Bandury i Ackersa (6, 7, 8). Co istotne, powrót do zdrowia jest procesem rozwojowym polegającym na przechodzeniu kolejnych stadiów uczenia się (3, 9). Kluczowym mechanizmem w terapii grupowej jest interpersonalne uczenie się (10) Zatem społeczność terapeutyczna poprzez wspomniany proces spełnia cel jakim jest: uzdrawianie, nauczanie, wsparcie oraz przewodnictwo (3).

<sup>1</sup> ST – społeczność terapeutyczna (przyp. aut.)

Dla procesu zdrowienia konieczne jest koncentrowanie się wokół trzech wątków: zdrowienie emocjonalne, relacje z innymi ludźmi, własna skuteczność (3). Własna skuteczność wpływa na ocenę prawdopodobieństwa sukcesu (7) i stanowi jeden z pięciu wymiarów w metodzie Little'a (11), którą zastosowano w badaniach.

Narkomania jak i alkoholizm traktowane są w podejściu medycznym jako choroby przewlekłe. Z obserwacji wynika, że stosowane wówczas metody leczenia są raczej objawowe i nie przynoszą długotrwałych, pożądaných efektów abstynencji. Podejście prezentowane w niniejszym artykule opiera się na przesłankach pozamedycznych uzależnienia, zatem zależność nie jest chorobą, lecz jej objawem. Podejście medyczne zwalnia osoby uzależnione z odpowiedzialności za swój stan, w doprowadzeniu do którego miały istotny wolicjonalny wkład.

Wielu badaczy–praktyków zwraca uwagę na fakt, że nie istnieje wzorzec osobowościowy narkomana. C.E. Terry i M. Pellens uważali, że poszukiwanie go jest nieuzasadnione i stanowi drogę do nikąd (6). Niektórzy badacze uważają, że nie należy jednak lekceważyć istnienia „osobowości uzależnieniowej” (3). Jak sądzi De Leone: „...z faktu istnienia fizycznych i psychologicznych predyspozycji do sięgania po substancje chemiczne (...) wynika, że ludzie o podwyższonym ryzyku alkoholizmu, czy narkomanii charakteryzują się pewnymi podstawowymi specyficznymi cechami” (3: 86). Istnieją także pewne cechy, które korelują z zażywaniem substancji psychoaktywnych np. neurotyzm.

Mieszkańców społeczności terapeutycznej cechuje negatywny obraz siebie wynikający z nieprawidłowego postrzegania własnej osoby. De Leone wymienia charakterystyczne cechy: poznawcze, behawioralne, emocjonalne, społeczne i interpersonalne osoby uzależnionej. Typowymi cechami są: niska samoocena, tożsamość negatywna, brak tolerancji dyskomfortu, poczucie winy, wrogość i złość, dysforia, postawa roszczeniowa, brak odpowiedzialności i konsekwencji, kłamstwo i manipulacje itp. (3).

Skoro poszukiwanie związków z osobowością jest nieuzasadnione warto zwrócić się w kierunku emanacji osobowości jaką stanowi proaktywna orientacja temporalna w postaci planów życiowych (12), które pozwalają ujrzeć człowieka jako aktywnego twórcę i w pewnym stopniu autora własnej przyszłości. Proces planowania jest przejawem funkcjonowania jednostki na poziomie świadomym – najwyższym, gdyż integrującym i podporządkowującym sobie poziom dyspozycji wrodzonych i nawyków (12). W *therapeutic community* istotną część terapii poświęca się antycypacji przyszłości. Koncepcja A. Bandury uwypukla realizację celów jako czynnik reprezentatywny dla walorów osobowościowych człowieka. Zachowania człowieka z reguły są celowe (13). Plany w odróżnieniu od celów zawierają procedury i algorytmy realizacji celu (12). Planowość ludzkich działań (a zatem procedury realizacji celu) są dziś istotnym predykatorem zdrowia człowieka a zarazem służą eksplanacji jego zachowania. Niektórzy badacze skłonni są nawet twierdzić, że nieobecność celów, trudność ich osiągnięcia lub konflikt między nimi można ujmować w kategoriach zaburzeń psychicznych (13). Zdaniem T. Mądrzyckiego (12) właściwości planowania i realizowania planów stanowią cenne źródło wiedzy na temat mechanizmów funkcjonowania osobowości. Można je traktować jako wymiary osobowości. Podobnie

uważają G.A. Miller, E. Galanter, R.B. Little oraz K.H. Pribram (14, 15). Badanie planów stanowi podejście holistyczne – z pojęciem planów wiążą się takie pojęcia jak: osobowość, poczucie własnej wartości itd. Tego rodzaju podejście jest również związane z faktem odejścia od koncepcji J. Locke’a na korzyść idei G.W. Leibniza, w której człowiek jest aktywnym twórczym podmiotem – autorem swojego życia. Nancy Cantor uważa, że należy badać przede wszystkim plany w okresach przełomowych (np. zmian osobistych i zawodowych) (13). Podjęcie decyzji o leczeniu z nałogu do takich momentów należy. Osoba uzależniona od narkotyków funkcjonuje na poziomie nawykowych a zatem doraźnych impulsów, które musi zaspokoić. W trakcie terapii uczy się odraczać gratyfikacje i odbudowywać cały system funkcjonowania psychospołecznego począwszy od wymiaru: członkostwo w społeczności, socjalizacja, rozwój a skończywszy na psychice (3).

## METODA

W celu określenia mapy planów życiowych zastosowano Kwestionariusz Planów Osobistych B.R. Little’a. Little tworząc swoją koncepcję odwołał się do teorii konstruktywistów poznawczych Kelly’ego. Projekty osobiste są jednostkami analizy dla psychologa osobowości (14). Pomyślna ich realizacja dostarcza jednostce zadowolenia z życia (15). Little definiuje pojęcie projektu osobistego jako serii działań zmierzających do osiągnięcia celu i charakteryzuje plan osobisty za pomocą następujących cech:

1. plan akcentuje, że osobiste cele i pobudki zostały stworzone przez jednostkę;
2. plan integruje dziedzinę poznawczą, afektywną i behawioralną;
3. plan organizuje codzienną aktywność i porządkuje spojrzenie na przyszłość;
4. plan rozpięty jest w określonym czasie (15,12).

Projekty jako intencjonalne akty obejmują szereg działań od przyziemnych do poważnych życiowych wyzwań, mogą być przyjemne i przykre, przynosić radość, ale i być źródłem cierpienia (13).

Little swoją koncepcję nazywa perspektywą społeczno-ekologiczną. Ludzki organizm poddawany jest działaniu systemów biologicznych, kulturowych, społecznych, środowiskowych i osobistych (intencjonalnych). Tworząc plany osobiste podmiot próbuje pogodzić i zintegrować te różnorodne wpływy oraz zaadaptować się do środowiska, w którym przyszło mu żyć (14).

Little uważa, że projekty osobiste spełniają jeszcze inne podstawowe funkcje oprócz wyrażania „ja”:

1. dostarczają satysfakcji z życia (co wiąże się ze skutecznością działania);
2. mają znaczenie dla funkcjonowania jednostki, jako autonomicznej osoby kierującej się wewnętrznymi standardami (co wiąże się z integralnością projektów).

Badania związków pomiędzy dobrostanem psychicznym a skutecznością realizacji projektów oraz pomiędzy spójnością systemu projektów a poczuciem sensu życia wykazały, że miary dobrostanu psychicznego jak poczucie szczęścia i poczucie sensu życia pojawiają się w rezultacie doświadczania skuteczności działania i spój-

ności systemu celów z naczelnymi wartościami. Osoby efektywne czują się bardziej zadowolone, co potwierdza związek pomiędzy celami a samoregulacją. Wykryto również związek pomiędzy wytrwałością a realizacją celów. Gollwitzer potwierdza, że uruchomienie wykonawczego nastawienia umysłowego prowadzi do wyższej skuteczności i odporności na dystraktory (16). Dążenie do bycia skutecznym podczas podejmowania aktywności może spełniać funkcję mechanizmu obronnego będąc ucieczką przed odczuwaniem bezsensowności własnej egzystencji (17). Biorąc pod uwagę wyniki dotychczasowych badań można zauważyć, że istnieją związki pomiędzy skutecznością a satysfakcją z życia, pozytywnymi emocjami, brakiem emocji negatywnych oraz poczuciem sensu życia, celowością i rozwojem osobowości (18). Ludzie mają lepsze samopoczucie, jeśli ich działania przynoszą zamierzone rezultaty. Pozwala im to również przewidywać, że w przyszłości odniosą podobny efekt.

Projekty osobiste są traktowane jako system a nie jak wyizolowane jednostki (13). Niektóre projekty mogą stanowić ukrytą informację na temat systemu wartości jednostki (być lepszym człowiekiem) zaś inne stanowią tylko element organizacyjny życia (zmywanie naczyń).

Little interesuje się wszystkim, nawet projektami mało znaczącymi takimi jak: pozmywanie naczyń po obiedzie, i traktuje je podobnie jak plany długofalowe, dlatego takie podejście bardzo dobrze nadaje się do badania planów osób uzależnionych, u których każda konstruktywna aktywność może być symptomem pozytywnej zmiany a zatem zdrowienia.

Kwestionariusz Planów Osobistych B.R. Little'a (KPO) jest metodą, która wyrosła z założeń klinicznych (13). Osoby badane proszą się zwykle o sformułowanie około 15 planów (ze względu na szybkie zniechęcanie się i zmęczenie, badane osoby proszono o sformułowanie do 10 planów). Następnym zadaniem pacjentów była ocena w skali od 0 (słabe natężenie) do 10 (silne natężenie), każdego ze stworzonych planów na siedemnastu wymiarach (14, 19).

Badanie przeprowadzono w 3 ośrodkach NZOZ MONAR, wybranych na podstawie podobnych kryteriów przyjmowania pacjentów oraz zbliżonego przebiegu procesu terapeutycznego. Istotną rolę w doborze ośrodka stanowiło kryterium wiekowe (15–20 lat), tryb leczenia oraz sposób leczenia (leczenie metodą społeczności terapeutycznej). 43,3% badanej grupy stanowili pensjonariusze pierwszego ośrodka w Gdańsku-Matarni, po 28,3% pochodziło z drugiego (Łódź) i trzeciego ośrodka (Kamień Rymański). W prezentowanych badaniach porównano dwie grupy – grupę osób, która rozpoczęła terapię i z niej zrezygnowała oraz grupę osób pozostających w terapii. W skład pierwszej grupy weszło 28 osób, w drugiej 32 osoby. Rekrutacja do grupy osób rezygnujących z terapii była niejako naturalna. Po 9 miesiącach od pierwszego pomiaru na początkowym okresie kariery terapeutycznej ponowiono badanie, aby uzyskać obraz dynamiki planów. Okazało się, że część osób zrezygnowała z terapii. Pozostał jednak ich pierwszy pomiar. Powody opuszczania terapii bywają różne: ucieczka, dobrowolna rezygnacja, decyzja rodziców o przerwaniu terapii, usunięcie pacjenta przez społeczność w związku z rażącym naruszeniem zasad pobytu, decyzja organu prawnego co do sytuacji pacjenta. Zdecydowana większość

opuściła ośrodek pod osłoną nocy, skrupulatnie wcześniej przygotowując akcję, oszukując SOM (służbę ochrony Monaru składającą się z pacjentów na wyższych etapach kariery terapeutycznej, których zadaniem jest wykrywanie zagrożeń i przeciwdziałanie im np. kontrabandzie, czy innym zachowaniom niezgodnym z zasadami panującymi w ośrodku itp.), bądź dobrowolnie zrezygnowała z terapii. Do grupy osób rezygnujących z terapii zakwalifikowano tylko tych, którzy przerwali terapię z własnej woli.

Obydwie badane grupy były podobne do siebie pod względem średniej wieku, struktury płci, wieku rodziców, posiadanego rodzeństwa, wykształcenia ojca, pracy rodziców (w ponad 40% badanych z obu grup oboje rodziców pracowało), struktury rodziny itp. Prawie 70% zadeklarowało w obydwu grupach dobry lub przeciętny kontakt z rodzicami. Wiek badanej grupy wahał się w granicach 15–18 lat, przy czym średni wiek wyniósł 17 lat. W obydwu grupach około 70% stanowili mężczyźni, zaś 30% kobiety. Badania odbywały się w ośrodkach. W grupie pozostającej w terapii 4% osób przyjmowało środki psychoaktywne około roku, 31% od 1 do 3 lat, zaś 60% używało ponad 3 lata. W grupie przerywającej terapię 3,1% osób przyjmowało substancje psychoaktywne około roku, 43,75% od 1 do 3 lat, zaś 46% ponad 3 lata. Średnia liczba przyjmowanych środków odurzających do momentu rozpoczęcia terapii przed badaniem w obydwu grupach to 4 środki na osobę. Średnia wieku rodziców badanych pacjentów wynosiła w przypadku osób pozostających w terapii (matka 44 lata, ojciec 46 lat) w przypadku osób opuszczających terapię (matka 41 lat, ojciec 44 lata). Obydwie grupy były też podobne pod względem podejmowanych prób leczenia z nałogu. Pierwszy raz leczyło się w grupie pozostających w terapii 32% pacjentów, zaś kolejne próby wyjścia z nałogu w tej grupie podejmowało 68%. U osób rezygnujących z terapii po raz pierwszy leczyło się 34% a kolejne próby podejmowało już 65% pacjentów. Parametry różniące obydwie grupy dotyczyły wykształcenia matek i statusu materialnego. Matki osób pozostających w terapii prezentowały wyższe wykształcenie (38%), niż matki osób rezygnujących z terapii (16,7%). Wśród osób pozostających w terapii dobrą lub umiarkowaną sytuację materialną zadeklarowało 30% badanych, zaś złą lub bardzo złą aż 70%, podczas gdy w grupie osób rezygnujących z terapii dobrą sytuację zadeklarowało 60%, zaś złą lub bardzo złą 40%.

Autor przyjął założenie, iż osoby rezygnujące z terapii różnią się istotnie w zakresie liczby oraz charakterystyki treściowej i formalnej tworzonych planów w porównaniu z tymi, którzy w terapii pozostają – generują ich znacznie mniej, plany te są mniej realistyczne i bardziej ubogie treściowo. W celu weryfikacji hipotez skorzystano z programu SPSS i zastosowano nieparametryczny test dla obu prób niezależnych U Manna-Whitneya oraz test istotności M-L Chi-square (20).

## WYNIKI I DYSKUSJA

W pierwszej kolejności dokonano analizy porównawczej liczby stworzonych planów w badanych grupach (tab. 1. rys. 1).

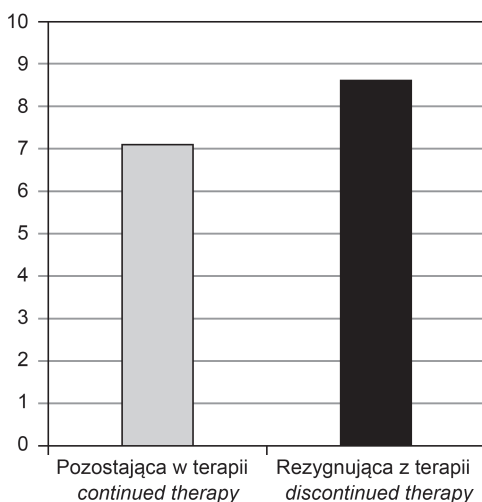


Tabela 1.

Ogólna liczba tworzonych planów przez pacjentów kontynuujących i przerywających terapię w społeczności terapeutycznej

*The total number of plans by study group*

	Grupa Group				Liczba planów Number of plans		
	Średnia	SD	Min	Max	U	Z	p
Pozostająca w terapii – PWT <i>Continued therapy</i>	7,0968	2,52131	1,00	10,00	280,000	-2,627	<b>0,009</b>
Rezygnująca z terapii – RZT <i>Discontinued therapy</i>	8,6207	2,28994	1,00	10,00			



Rysunek 1.

Ogólna liczba tworzonych planów przez pacjentów kontynuujących i przerywających terapię w społeczności terapeutycznej

*The total number of plans by study group*

Analiza statystyczna pokazała, iż obydwie grupy różnią się liczbą tworzonych planów. Osoby, które przerwały terapię generują ich więcej, niż osoby poddające się leczeniu, na poziomie istotnym statystycznie. Zgodnie z poczynionymi założeniami spodziewano się raczej większej liczby planów u osób kontynuujących terapię. Większa liczba planów mogłaby sugerować większe ich zróżnicowanie a zatem bogactwo treści życia, o którym mowa była podczas analizy formalnej charakterystyki planowania. Tak jednak się nie dzieje. W tym przypadku analiza jakościowa planów w grupie przerywających terapię wykazała, że plany generowane przez pacjentów przerywających terapię są mniej realistyczne, także dominują pod względem merkantylnym (np. mieć fajny samochód) i wykazują cechy świadczące o niskiej spójności i refleksyjności. Nie chodzi tu o nieliczenie się z brakiem realizmu planów życzeniowych.

Nie tylko bowiem plany życzeniowe z definicji mogą być nierealistyczne. Pacjentów rezygnujących z terapii charakteryzuje pewien typ narracji w odróżnieniu od pacjentów pozostających w terapii, dotyczący ogólnie tworzonych planów np.: „mieć samochód” a „zapracować na samochód”, „mieć dziewczynę” a „poznać porządną kobietę”, „skończyć terapię” a „wyzdrowieć”. Łatwo zauważyć, że „mieć dziewczynę” jest jakby per analogia aktem kreatywnym, zaś „poznać porządną kobietę” wydaje się mieć charakter ewolucyjny, związanym z jakimś typem refleksji.

Przykładem niskiej spójności planów jest stworzenie przez tego samego pacjenta sprzecznych planów: „skończyć terapię” i „ostro się zabawić na imprezie”. Osoby rezygnujące z terapii nie koncentrują się na własnych deficytach wynikających z zażywania narkotyków. Badana grupa to osoby w okresie adolescencji a zatem trudno jest jednoznacznie określić czy nieadekwatność planów wynika z zaburzeń, czy jest kwestią normy rozwojowej w tym wieku. Należy również wspomnieć, że na początku terapii motywacja pacjenta jest zewnętrzna i z czasem terapii się uwewnętrznia, zatem „uciekinierzy” z terapii oceniają bilans zysków i strat spowodowanych braniem narkotyków jeszcze pozytywnie (2). Trudność wychodzenia z nałogu z jaką się spotykają w ośrodku bierze się głównie z drastycznego sposobu zmiany stylu życia, którego wymaga społeczność a także ze sposobu rozumienia samej narkomanii.

Jak wspomniano wcześniej osoba uzależniona nie jest traktowana tutaj jako chora. Nikt celowo nie chce być chorym (poza przypadkami np. automutylacji w warunkach izolacji więziennej) a zatem „bycie chorym” niejako zwalnia z odpowiedzialności za stan, w którym osoba znalazła się z własnej woli. Taka sytuacja powoduje, że osobie uzależnionej na początku terapii brak motywacji do leczenia, gdyż uważa się za ofiarę, którą trzeba się zająć i opiekować. Osoby uzależnione rozpoczynające terapię stosują mechanizmy obronne takie jak eksternalizacja, projekcja, somatyzacja, racjonalizacja (3). Odkrywanie tych mechanizmów przez grupę powoduje opór i bunt, którego konsekwencją mogą być ucieczki. Osoby dezertujące z terapii różniąc się liczbą planów od osób pozostających w terapii prezentują też odmienne wizje przyszłości.

Interesujące wydaje się pojawienie różnic w zakresie liczby planów w wyróżnionych kategoriach. Różnice dotyczą trzech z nich. Osoby, które przerwały terapię generują więcej planów rozwojowych i rodzinnych, podczas gdy pozostający tworzą więcej planów ekonomicznych. Pozorna sprzeczność pomiędzy obydwoma grupami w zakresie planów ekonomicznych znika podczas analizy jakościowej, różni je typ narracji. Pacjenci rezygnujący z terapii generują mniej realistyczne plany ekonomiczne np. wspomniany wcześniej plan „mieć samochód” i różni ich też typ narracji. Osoby pozostające w terapii mówią: „zarobić na samochód”. Wynika zatem z tego, że osoby kontynuujące terapię koncentrują swoje plany bardziej na własnym dobrobycie a mniej na samorozwoju i rodzinie niż ci, którzy rezygnują z leczenia. Jest to wynik zaskakujący zważywszy na to, że posiadanie dóbr materialnych, nastawienie się na ich gromadzenie, często staje w sprzeczności wobec rozwoju moralno-duchowego, który jest jednym z założeń społeczności terapeutycznej.

Tabela 2 obrazuje średnie wyniki uzyskane w zakresie planów poszczególnych kategorii.



Tabela 2.

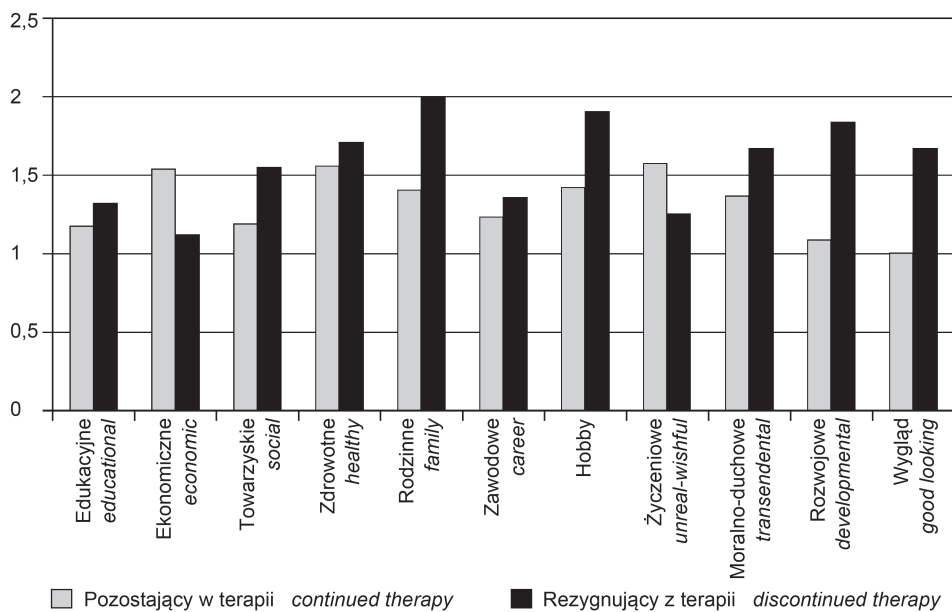
Liczba tworzonych planów w wyróżnionych kategoriach przez pacjentów kontynuujących i przerywających terapię

*The number of plans in specified categories by study group*

Rodzaj grupy Study group	Średnia	SD	Min	Max	U	Z	p
<i>Edukacyjne Educational</i>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,1739	0,38755	1,00	2,00	226,000	-0,849	0,369
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,3182	0,56790	1,000	3,00			
<b>Ekonomiczne Economic</b>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,5385	0,66023	1,00	3,00	71,500	-2,119	<b>0,034</b>
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,1175	0,33211	1,00	2,00			
<i>Towarzyskie Social</i>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,1875	0,40311	1,00	2,00	126,000	-1,778	0,075
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,5455	0,67098	1,00	3,00			
<i>Zdrowotne Healthy</i>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,5556	0,75107	1,00	4,00	328,500	-0,692	0,489
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,7037	0,82345	1,00	4,00			
<b>Rodzinne Family</b>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,4000	0,57735	1,00	3,00	164,000	-2,797	<b>0,005</b>
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	2,000	0,79772	1,00	4,00			
<i>Zawodowe Career</i>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,2308	0,43853	1,00	2,00	102,000	-0,462	0,644
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,3529	0,60634	1,00	3,00			
<b>Hobby</b>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,4167	0,51493	1,00	2,00	40,500	-1,453	0,146
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,9000	0,875650	1,00	4,00			
<i>Życzeniowe Unreal-wishful</i>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,5714	0,78680	1,00	3,00	22,000	-0,837	0,402
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,2500	0,46291	1,00	2,00			

Tabela 2. c.d. *continued*

Rodzaj grupy <i>Study group</i>	Średnia	SD	Min	Max	U	Z	p
<i>Moralno duchowe Transcendental</i>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,3636	0,67420	1,00	3,00	49,000	-0,050	0,960
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,6667	1,32288	1,00	4,00			
<i>Rozwojowe Developmental</i>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,0833	0,28868	1,00	2,00	14,500	-2,570	<b>0,010</b>
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,8333	0,75277	1,00	3,00			
<i>Wygląd Good looking</i>							
Pozostająca w terapii <i>Continued therapy</i>	1,000	0	1,00	1,00	0,500	-1,000	0,317
Rezygnująca z terapii <i>Discontinued therapy</i>	1,6667	0,57735	1,00	2,00			



Rysunek 2.

Liczba tworzonych planów w wyróżnionych kategoriach przez pacjentów kontynuujących i przerywających terapię

*The number of plans in specified categories by study group*

Sytuacja związana z występowaniem powyżej wykazanych znaczących różnic jest być może powodowana faktem, że osoby tworzące więcej planów ekonomicznych (pozostające w terapii) miałyby gorszą perspektywę materialną po zerwaniu terapii. Nie mają bowiem gdzie wracać (np. wyrzekła się ich rodzina) i pozostaje im jedynie

życie na ulicy lub co gorsza izolacja w ośrodku poprawczym albo więzieniu (niektóre osoby otrzymały wyrok w zawieszeniu pod warunkiem podjęcia terapii). Potwierdzenia tej tezy dostarcza ocena statusu materialnego badanych. Tylko 30% pozostających w terapii deklaruje dobrą i przeciętną sytuację materialną, zaś 70% złą lub bardzo złą, podczas gdy dobrą sytuację materialną deklaruje 60% pacjentów rezygnujących z terapii a tylko 40% z nich mówi o złej sytuacji. Sytuacja rodzinna większości osób uzależnionych jest nie do pozazdroszczenia. Informuje o tym zdecydowana większość badaczy tego problemu, wskazując szczególnie w ujęciu systemowym na problemy natury relacyjnej w domu rodzinnym jako jeden z głównych powodów sięgania po narkotyki (1, 21). Być może ci, którzy decydują się na przerwanie terapii z jednej strony nie akceptują sytuacji konfliktowej z drugiej zaś liczą, że niekonsekwencja rodzicielska pozwoli im na dotychczasowe życie. Innym wyjaśnieniem jest to, które proponuje D.H Stanton w koncepcji procesu cyklicznego. Niestabilna diada rodzinna (konflikt małżeński) jest stabilizowana przez dziecko sprawiające kłopoty (narkotyki). Kłótnie rodzinne milkną, gdyż całą energię trzeba skierować na pomoc osobie uzależnionej. Gdy nastolatek ponownie rozpoczyna terapię – rodzice wracają do konfliktów. Ponieważ poziom konfliktów znów jest wysoki, dziecko stara się utworzyć stabilną, patologiczną triadę np. uciekając z ośrodka. W ten sposób zmusza rodziców do ponownego odejścia od konfliktów i skupienia się na dziecku, co potwierdza analiza dokumentacji z wywiadów. Proces ten nieprzerwanie się powtarza jest zatem słusznie nazwany cyklicznym (6).

Bardzo ciekawym wydaje się tworzenie istotnie większej liczby planów rozwojowych przez osoby przerywające terapię. Taka sytuacja może być związana z nieadekwatną oceną własnych możliwości. Należy wspomnieć, że Little i Mc Gregor ustalili związki pomiędzy skutecznością realizacji planów a satysfakcją z życia, pozytywnymi emocjami, brakiem emocji negatywnych oraz poczuciem sensu życia, celowością i rozwojem osobowości (22).

Osoby leczące się z nałogu poddaje się ocenie postępu terapii i kontroli (odpowiedzialna troska), a oczekiwane zmiany są sprecyzowane w postaci wymiarów, co fizycznie odzwierciedlenie ma w osobistych indeksach, w których zapisuje się przebieg kariery terapeutycznej (np. w gdańskim ośrodku MONAR). Zgodnie z założeniem leczenia metodą społeczności terapeutycznej, zmiana człowieka jest procesem powolnym i odbywa się stopniowo, choć całościowo. Obiektywnej koncepcji zmiany w badanych społecznościach odpowiadają cztery podstawowe wymiary: *członkostwo w społeczności*, *socjalizacja* (dotyczą rozwoju społecznego jednostki w ST)<sup>2</sup>, *wymiar rozwojowy* i *wymiar psychologiczny* (dotyczą ewolucji rozwoju osobistego i funkcjonowania psychologicznego) (3). Ucieczka może być wynikiem konfliktu i presji społeczności co do rzeczywistego progresu terapii pacjenta a jego subiektywnej ocenie własnego stanu. Bywa jednak, że bardziej inteligentni pacjenci na potrzeby oczekiwań społeczności potrafią symulować poprawę.

Istotnym problemem z jakim zmagają się pacjenci ośrodków jest naturalna reakcja odstawienna jaką jest dysforia i anhedonia oraz fizyczne pragnienie zażycia środka

<sup>2</sup> ST – Społeczność Terapeutyczna

(3). Ta naturalna reakcja jest stanem wpisanym w terapię. A więc nie chodzi o to, czy owa reakcja się pojawi, ile o to w jaki sposób pacjent z odczuwanymi stanami umie sobie poradzić. W rozmowie z terapeutami autor ustalił, że pacjenci, którzy przegrali terapię odczuwali szczególnie silnie objawy negatywne.

## UWAGI KOŃCOWE

Dzięki analizie porównawczej uzyskanych rezultatów odrzucono postawione założenie o tworzeniu mniejszej liczby planów przez osoby przerywające proces leczenia w porównaniu z osobami pozostającymi w terapii. Wyniki badań wskazują, że jest dokładnie odwrotnie. Analiza jakościowa wykazała, że uciekinierzy generują jednak mniej spójne i mniej realistyczne plany, niż osoby pozostające w terapii. Ostatnia postawiona hipoteza niekierunkowa, gdyż trudne do przewidzenia były wyniki – osoby rezygnujące z terapii różnią się pod względem liczby planów w poszczególnych kategoriach od osób pozostających w terapii – częściowo potwierdziła się.

Reasumując powyższe wyniki, można powiedzieć, że proces planowania ujawnia różnice występujące pomiędzy pacjentami pozostającymi a rezygnującymi z leczenia. Szereg terapeutów sugeruje jednak, że plany osób uzależnionych na początku terapii są często nieadekwatne do ich możliwości realizacyjnych. Ponadto, powodu opuszczania terapii można także poszukiwać w czasie zażywania i rodzaju używanych środków, choć jest to praktycznie niemożliwe do zbadania, gdyż większość osób rozpoczynających proces terapeutyczny uzyskuje diagnozę (F 19) według ICD-10, a zatem uzależnienie od wielu środków bez uwzględnienia substancji dominującej. Problem czasu używania substancji jest również kłopotliwym do wyjaśnienia, choć istotnym kryterium opuszczania terapii. Koresponduje on z rodzajem używanych środków. Jak twierdzą terapeuci, zupełnie inną drogę czasową do degeneracji przechodzą narkomani opiatowi a zupełnie inną kannabinolowi. Pierwszy przebywa ten dystans znacznie szybciej. Niektórzy terapeuci zwracają uwagę na wymiar gotowość – niegotowość do podjęcia terapii. Wydaje się, że ryzyko zerwania z terapią wiąże się nie tylko z wymienionymi czynnikami, ale również z niedopasowaniem terapii do potrzeb pacjenta. Obecnie, nie tylko wśród praktyków, podejmowane jest zagadnienie *tailoringu* w terapii, a więc „skrojenia” terapii na potrzeby konkretnego pacjenta. Pod koniec terapii pytano badanych w jakim zakresie zrealizowali plany stworzone przez siebie podczas pierwszego pomiaru. W ich subiektywnej ocenie w największym stopniu zrealizowali plany zdrowotne (62%) i plany moralno-duchowe (58%). Pytanie, czy to dużo czy mało pozostaje otwarte. Problem ucieczek z terapii jest sprawą wpisaną w leczenie uzależnień, zatem jest to niezwykle ciekawy i ważny, właśnie z punktu widzenia skuteczności terapii, obszar badań, który warto kontynuować.

## PIŚMIENNICTWO

1. Rogala-Obłękowska J (2002) *Narkoman w rodzinie*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski. Drukarnia Wydawnictw Normalizacyjnych Alfa-Wero.

2. Kooyman M (2002) *Spoleczność terapeutyczna dla uzależnionych*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
3. De Leon G (2003) *Spoleczność terapeutyczna*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
4. Koczurowska J (2005) *Model stacjonarnej pomocy psychologicznej osobom uzależnionym*, Publikacja elektroniczna: [http://www.monar.org/czytelnia/czyt\\_koczurowska.pdf](http://www.monar.org/czytelnia/czyt_koczurowska.pdf).
5. Kratochvil S (1988) *Spoleczność terapeutyczna i psychoterapia grupowa w leczeniu nerwic*. Wysockińska-Gąsior T (tł.). Warszawa: PWN.
6. Rogala-Oblękowska J (1999) *Przyczyny narkomanii*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski. Instytut Stosowanych Nauk Społecznych.
7. Bandura A (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
8. Ackers RL (1977) *Deviant behavior: A social learning approach*. Elmont: Wadsworth.
9. Czabała C (1997) *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
10. Tryjarska B (1994) Psychoterapia grupowa. W: Grzesiuk L (red.) *Psychoterapia*. Warszawa: PWN, 211–241.
11. Little BR (1993) Personal projects and distributed self: aspects of a conative psychology. W: Suls J (red.) *Psychological perspective on the self. The self in social perspective*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 157–186.
12. Mądrzycki T (1996) *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
13. Pervin LA (2002) *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
14. Palys TS, Little BR (1983) Perceived life satisfaction and organization of personal project systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1983, 1253–1265.
15. Miller GA, Galanter E, Pribram KH (1980) *Plany i struktura zachowania*. Warszawa: PWN.
16. Little BR (1989) Personal projects analysis: Trivial pursuits, magnificent obsessions, and search for coherence. W: Buss DM, Cantor N (red.) *Personality psychology: Recent trends and emerging directions*. New York: Springer-Verlag, 15–31.
17. Little BR, Leci L, Watkinson B (1992) Personality and personal project: Linking Big Five and PAC units of analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 501–526.
18. Gollwitzer PM (1996) The volitional benefits of planning. W: Gollwitzer PM, Bargh JA (red.) *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. New York: Guilford, 287–312.
19. Łukaszewska B (2003) Osobowościowe uwarunkowania realizacji planów. Rozprawa doktorska, Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego.
20. Brzeziński J (1997) *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.
21. Rogala-Oblękowska J (2000) *Młodzież i narkotyki. Rodzinne czynniki ryzyka nałogu*. Warszawa: Biblioteka Ossolineum.
22. Little BR, McGregor I (1998) Personal projects, happiness, and meaning: On doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 2, 494–512.

Adres do korespondencji:

Zakład Psychologii Sądowej i Psychologii Osobowości

Instytut Psychologii

Uniwersytet Gdański

ul. Bażyńskiego 4

80-952 Gdańsk

tel. 604 91 45 40

e-mail: [psyms@univ.gda.pl](mailto:psyms@univ.gda.pl)

Otrzymano: 25.06.2012

Przyjęto do druku: 28.08.2012

