

Bogusław Włodawiec

Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa

1 WPROWADZENIE

Wyniki najnowszych badań nad efektywnością psychoterapii wskazują zazwyczaj na skuteczność psychoterapii w zakresie leczenia różnego typu zaburzeń psychicznych bądź psychosomatycznych. Aktualny stan badań pozwala więc uznać kwestię ogólnej efektywności psychoterapii za rozstrzygniętą. Ważnym problemem badawczym pozostaje ustalenie czynników leczących specyficznych i wspólnych dla różnych szkół terapeutycznych, a także eksperymentalne sprawdzenie, czy ściśle określone interwencje terapeutów rzeczywiście przynoszą przypisywane im określone efekty. Zagadnieniem interesującym lokalną lub centralną administrację służby zdrowia przy podejmowaniu decyzji o rozdziale środków finansowych może też być ocena stopnia efektywności takich a nie innych programów terapeutycznych, oferowanych w określonych placówkach przez taki a nie inny zespół terapeutów dla pacjentów z określoną diagnozą, czy ze specyficznymi problemami.

Program Rozwoju Osobistego, organizowany przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, jest zaawansowanym programem zajęć psychoterapeutycznych - psychoedukacyjnych przeznaczonym dla osób z problemami alkoholowymi. Celem PRO jest wewnętrzna integracja osób zaawansowanych w trzeźwieniu, uporządkowanie ich relacji z ludźmi oraz przygotowanie do tworzenia środowisk trzeźwościowych i aktywnego działania w nich. Do udziału w Programie przyjmowane są osoby uzależnione, które mają już za sobą podstawową terapię odwykową i zachowują abstynencję od co najmniej dwóch lat lub osoby

współzależnione po terapii współzależnienia. Po pierwszej sesji wyłącza się z dalszego udziału osoby, dla których ta forma pracy byłaby nieskuteczna lub szkodliwa, pacjentów psychotycznych, bądź nie zmotywowanych do pracy psychologicznej nad sobą.

Program Rozwoju Osobistego obejmuje 220 godzin pracy psychologicznej (zgrupowanych w czterech comiesięcznych sesjach po 5-7 dni). Zajęcia prowadzone są w małych grupach po 10-15 osób. W trakcie jednego turnusu pracuje jednocześnie 5-6 grup. Na pierwszym spotkaniu prowadzony jest trening interpersonalny, na następnych zaś intrapsychiczny. Tematyka zajęć dyktowana jest przez proces grupowy. Praca psychologiczna dotyczy zazwyczaj postrzegania i rozumienia innych ludzi i samego siebie, dobrego komunikowania się; rozpoznawania i konstruktywnego radzenia sobie z emocjami, takimi jak poczucie krzywdy, lęk, złość, wstyd, umiejętności nawiązywania bliskich związków z ludźmi i wyrażania pozytywnych uczuć takich jak miłość, sympatia; rozwiązywania problemów w relacjach z rodzicami, autorytetami, partnerem i dziećmi; tożsamości płciowej (męskość - kobiecość), stosunku do siebie, do cierpienia, do życia i do śmierci, odbudowywania, określania i realizacji wartości osobistych. Na ostatnim spotkaniu poruszane są też zagadnienia związane z pomaganiem innym ludziom. Poza zajęciami w małych grupach uczestnicy PRO wysłuchują ponadto trzech wykładów: Jerzego Mellibrudy „Pułapka nie przebaczonej krzywdy”, Wiesława Sokoluka „Alkohol i życie seksualne” oraz Leszka Kaplera „Po co są mi potrzebni inni ludzie?”. Tematyka wykładów nawiązuje do problemów uczestników, przepra-

cowywanym w ramach ich psychoterapii bądź stanowi dla nich inspirację do poruszenia osobistych

2 CEL BADAŃ

Celem badań było ustalenie, na ile psychoterapia i psychoedukacja prowadzona w ramach Programu Rozwoju Osobistego w Instytucie Psychologii Zdrowia jest pomocna w dalszym trzeźwieniu osób uzależnionych, przydatna w rozwoju osobistym uczestników oraz w kształceniu nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.

Postawiono hipotezy, iż udział w PRO prowadzi do korzystnych z punktu widzenia celów Programu zmian w osobowości i emocjach uczestników, a mianowicie: zmian umiejscowienia poczucia kontroli (w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego poczucia kontroli), podwyższenia poziomu empatii, obniżenia poziomu lęku oraz zmniejszenia nasilenia objawów psychopatologicznych. Uzasadnieniem tak sformułowanych hipotez był fakt, iż zarówno w uzależnieniu jak i współuzależnieniu niejednokrotnie mają miejsce zaburzenia poczucia kontroli (nadmierna kontrola bądź poczucie bezradności). Sesje poświęcone tym zagadnieniom winny doprowadzić do ukształtowania poczucia kontroli adekwatnego do realnych możliwości. Z kolei przepracowanie osobistych problemów uczestników w trakcie ich psychoterapii winno owocować zmniejszeniem nasilenia objawów psychopatologicznych. Praca na emocjach: systematyczne nazywanie i ujawnianie uczuć, odreagowywanie tłumionych emocji związanych z dziecięcymi urazami, towarzyszenie innym uczestnikom w trakcie ich pracy oraz nawiązywanie bliskich relacji z innymi uczestnikami w ramach treningu interpersonalnego winno także doprowadzić do podwyższenia poziomu empatii, zarówno w jej emocjonalnym, jak i poznawczym aspekcie oraz do obniżenia poziomu lęku w sytuacjach interpersonalnych.

3 METODY

Narzędzia zastosowane do badań to: Kwestionariusz Delta Drwala [5], do badania umiejscowienia poczucia kontroli, zawierający również skalę kłamstwa, Kwestionariusz Rozumienia

Empatycznego (KRE) Węglińskiego [17,18], skala X-2 kwestionariusza STAI Spielberga, badająca lęk jako cechę [16], kwestionariusz SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego, badający nasilenie objawów psychopatologicznych (somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalną, depresję, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne i psychotyczność) [3]. Uczestnicy PRO wypełniali kwestionariusze mierzące badane zmienne na początku Programu, na zakończenie Programu oraz pół roku po zakończeniu Programu. W chwili kończenia PRO wypełniali anonimową ankietę, w której oceniali treść i organizację zajęć, sposób ich prowadzenia oraz odniesione korzyści osobiste i zawodowe. Ponadto, pół roku później odpowiadali na pytanie otwarte *Czy udział w PRO spowodował jakieś zmiany w Twoim życiu?*

3.1 Charakterystyka badanej grupy

Poniższa charakterystyka dotyczy grupy 73 osób, które wzięły udział we wszystkich trzech etapach badań. Dziewięć osób, które nie wzięły udziału w drugim lub trzecim etapie badań, wyłączone z poniższych analiz.

Badana grupa składała się z osób w wieku od 25 do 53 lat. Średnia wieku wyniosła 39 lat. W badanej grupie znalazło się 36 kobiet i 37 mężczyzn. Zwracał uwagę wysoki odsetek osób rozwiedzionych wśród uczestników PRO - aż 22%. Odsetek ten był znacznie wyższy niż wśród ogółu polskiej populacji w wieku powyżej 14 lat, który wynosi 2,2% wśród mężczyzn i 3,4% wśród kobiet [14]. Tak wysoki odsetek rozwiedzionych jest charakterystyczny dla osób z rodzin alkoholowych. Podobnie wysokie odsetki osób rozwiedzionych znajdujemy także wśród rozpoczynających terapię uzależnionych pacjentów i pacjentek placówek odwykowych - odpowiednio: 17% i 23% [20], wśród współuzależnionych kobiet będących w trakcie terapii współuzależnienia - 20% [8], czy wśród zgłaszających się na terapię DDA dorosłych dzieci alkoholików - ok. 33% [7].

Dwie trzecie uczestników (49 osób) przyznało, że są uzależnieni od substancji psychoaktywnych; 36 osób (49%) przyznało, że są współuzależnione, podobnie 36 osób (49%) stwierdziło, że ktoś z ich rodziców był uzależniony.

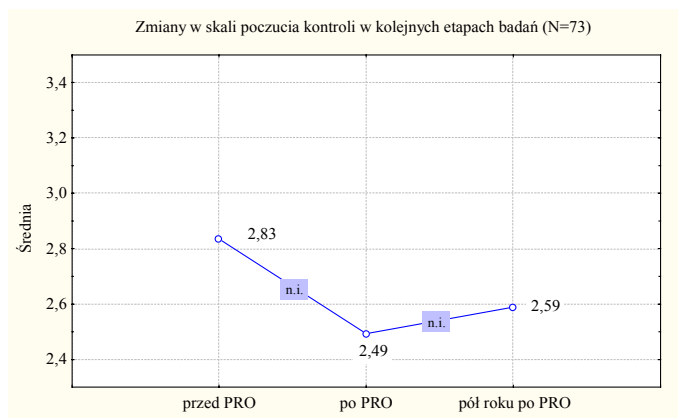
Porównano wyniki badanej grupy w poszczególnych kwestionariuszach w kolejnych etapach badań, pomijając nieliczne osoby, które błędnie wypełniły określony kwestionariusz na którymkolwiek z etapów. Dzięki temu porównywano wyniki dokładnie tej samej grupy w różnym czasie. Do oszacowania istotności statystycznej różnic pomiędzy wynikami na kolejnych etapach badań zastosowano test Wilcozona. Tylko tam, gdzie było to uzasadnione normalnością rozkładu porównywanych wyników na każdym z etapów badań, zastosowano test t-Studenta. Do oceny normalności rozkładu stosowano test Kołmogorowa–Smirnowa i test Chi-kwadrat. Rozkład uznawano za normalny, jeśli różnica między danym rozkładem a rozkładem normalnym była statystycznie nieistotna ($p > 0,05$) w obu testach. W rezultacie test t-Studenta zastosowano tylko w przypadku dwóch zmiennych - porównując wyniki w zakresie empatii oraz lęku jako cechy.

Szacując różnice między wynikami kobiet i mężczyzn stosowano test U-Manna-Whitneya [1].

4 WYNIKI

4.1 Poczucie kontroli

Poniższy wykres ilustruje zmiany w zakresie poczucia kontroli w trakcie trzech etapów badań: w chwili rozpoczynania PRO, w chwili kończenia PRO i sześć miesięcy po zakończeniu PRO:



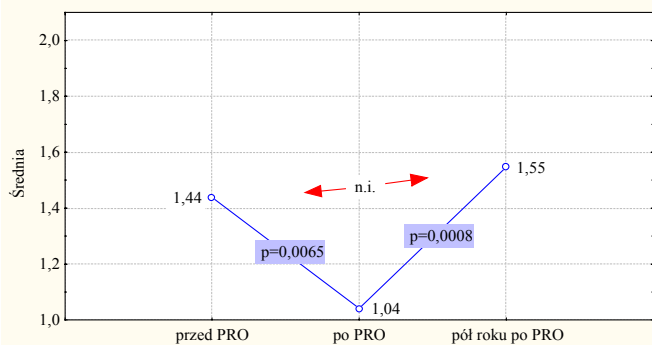
Zmiany w zakresie poczucia kontroli w kolejnych etapach badań, zilustrowane na powyższym wykresie, okazały się statystycznie

nieistotne. Oznacza to, że udział w PRO nie prowadzi do istotnych zmian w zakresie poczucia kontroli uczestników, które na każdym etapie badań pozostaje na najniższym poziomie (tj. wskazującym na wewnętrzne poczucie kontroli) w porównaniu do innych grup badanych przez Drwała kwestionariuszem Delta [5]. Oznaczałoby to, że mają bardzo dobrze rozwinięte wewnętrzne poczucie kontroli już przed rozpoczęciem Programu, jak i w dalszych etapach badań. Wyniki badanej grupy można interpretować jako efekt wcześniejszego udziału badanych osób w terapii odwykowej lub terapii współuzależnienia, w trakcie której pracowano, jak należy sądzić, nad zaburzeniami poczucia kontroli (uznaniem bezsilności wobec alkoholu bądź wobec alkoholizmu męża oraz odróżnianiem problemów, na które można mieć wpływ od spraw, na które nie ma się wpływu) [10,11].

4.2 Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle

Uczestnicy PRO uzyskiwali bardzo niskie wyniki w skali kłamstwa kwestionariusza Delta na każdym z etapów badań. Dotyczy to zwłaszcza mężczyzn, którzy już w chwili rozpoczynania Programu uzyskują najniższe wyniki w skali kłamstwa w porównaniu do innych grup badanych przez Drwała. Natomiast uczestniczki PRO (kobiety) uzyskują również stosunkowo niskie wyniki, lecz istotnie wyższe od mężczyzn, co wskazywałoby na nieco większą u kobiet tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle, stwierdzoną również w badaniach Drwała [5].

Tak niskie wyniki podgrupy mężczyzn w skali kłamstwa można wytłumaczyć faktem, że większość z nich ma za sobą uwieńczoną powodzeniem terapię odwykową, w trakcie której efektywnie pracowali, jak należałoby sądzić, nad mechanizmem iluzji i zaprzeczania, charakterystycznym dla uzależnień (Mellibruda 1997, s. 299).



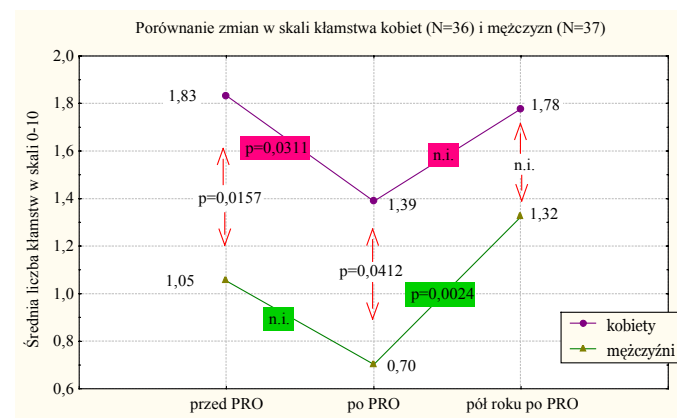
Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, niska już na początku Programu, zmniejsza się istotnie do jeszcze niższego poziomu ($p=0,0065$) po ukończeniu PRO. Jednak pół roku po PRO istotnie wzrasta ($p=0,0008$), powracając do poprzedniego poziomu, tak że różnica pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem jest statystycznie nieistotna.

Oznaczałoby to, że udział w PRO doprowadził do istotnego zmniejszenia tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, jednak zmiana ta była nietrwała i nie utrzymywała się po pół roku od zakończenia PRO. Po tym czasie tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle powróciła do poziomu z chwili rozpoczynania PRO.

Można przypuszczać, że dzięki intensywnym procesom grupowym uczestnicy poczuli się bezpieczniej w grupie, nabrali zaufania do siebie i do prowadzących, co pozwoliło im na większą otwartość. Być może doświadczyli wówczas akceptacji swojej osoby razem z jej słabymi stronami, przez co łatwiej było im samym zaakceptować własne słabości. W rezultacie łatwiej przyjmowali do wiadomości niekorzystne informacje na swój temat i łatwiej przychodziło im przyznać się do swych myśli, emocji i zachowań, które mogłyby postawić ich w niekorzystnym świetle. Zmniejszenie się tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle w drugim etapie badań należy uznać za wyraz wzrostu poczucia bezpieczeństwa i otwartości wobec innych spowodowanego udziałem w PRO. Efekt ten wydaje się interesujący tym bardziej, że mężczyźni z badanej grupy już przed rozpoczęciem PRO uzyskiwali najniższe rezultaty spośród wszystkich dotychczas badanych grup. Zmiana ta okazała się jednak nietrwała.

Fakt, że wyniki w skali kłamstwa uzyskiwane przez uczestników PRO na każdym z etapów badań należą do najniższych, w porównaniu do innych grup badanych kwestionariuszem Delta, należy uznać za zjawisko korzystne, choćby dlatego, że pozwala uznać za miarodajne wyniki w pozostałych kwestionariuszach. Trudno jednak stwierdzić, który z trzech wyników w skali kłamstwa należałoby uznać za optymalny w codziennym życiu zdrowej psychicznie jednostki. Seligman wykazuje, że optymistyczna ocena swojej osoby, swoich możliwości i swojego położenia ułatwia funkcjonowanie w określonych sytuacjach [15]. Fakt ten utrudnia interpretację zmian wyników w skali kłamstwa u badanych osób w kolejnych etapach badań. Należy bowiem wziąć także pod uwagę warunki badania – zapewne inny poziom szczerości jest optymalny w grupie terapeutycznej, a inny poza nią, w realnym życiu. Trudność w interpretacji wyników potęguje fakt, iż znaczna część badanych to osoby uzależnione, podatne na działanie mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Dla tych osób niska tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle może być czynnikiem chroniącym przed nawrotem choroby, wobec czego dla nich optymalny wynik w skali kłamstwa może być inny, niż dla pozostałych.

Zmiany w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle przebiegały podobnie u kobiet i mężczyzn, co ilustruje poniższy wykres:



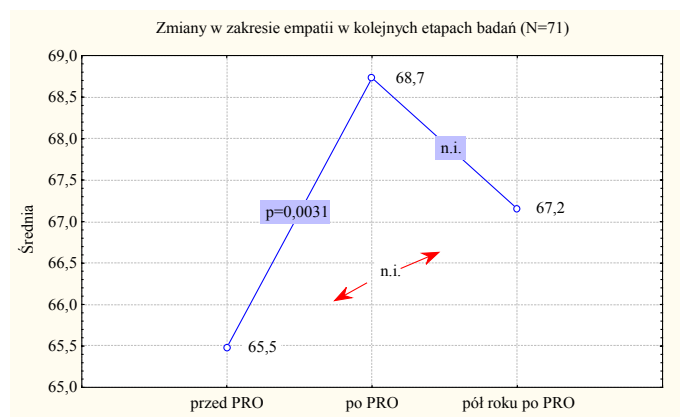
W obu grupach obserwujemy najpierw niewielki spadek, a następnie wzrost w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, z tym że istotny statystycznie u kobiet jest tylko spadek ($p=0,0311$), a u mężczyzn wzrost tej tendencji ($p=0,0024$). W rezultacie, w obu grupach różnica pomiędzy

pierwszym pomiarem (w chwili rozpoczynania PRO) a trzecim (pół roku po zakończeniu PRO) jest statystycznie nieistotna.

Stopniowo zaciera się także różnica między kobietami i mężczyznami w kolejnych pomiarach. O ile w chwili rozpoczynania PRO różnica między kobietami a mężczyznami, szacowana za pomocą testu U-Manna-Whitneya jest statystycznie istotna na poziomie $p=0,0157$, zaś w chwili kończenia PRO już tylko na poziomie $p=0,0412$, to pół roku później różnica ta jest już statystycznie nieistotna. Oznaczałoby to, że udział w PRO prowadzi pół roku po jego zakończeniu do zatarcia różnic między kobietami i mężczyznami w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle.

4.3 Empatia

Porównując wyniki uczestników PRO do wyników innych grup badanych dotychczas Kwestionariuszem Węglińskiego wydaje się, że uczestnicy PRO, zarówno kobiety jak i mężczyźni, przed udziałem w PRO wykazują przeciętny poziom empatii [4,17,19,]. W literaturze przedmiotu stwierdza się wyższy poziom empatii niemowląt płci żeńskiej w porównaniu do niemowląt płci męskiej, dziewcząt w porównaniu do chłopców i kobiet w porównaniu do mężczyzn [13]. Wbrew oczekiwaniom, nie było jednak istotnych różnic między kobietami i mężczyznami w tym zakresie wśród uczestników PRO.

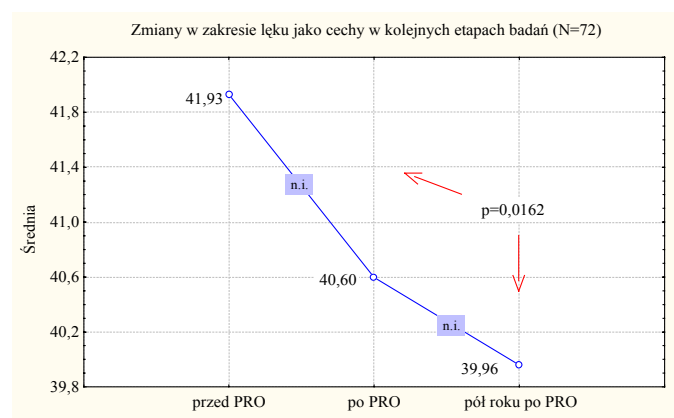


Po ukończeniu PRO empatia uczestników wzrasta w sposób statystycznie istotny w porównaniu do pomiaru w chwili rozpoczynania PRO. Różnica między pierwszym a drugim pomiarem, szacowana za pomocą testu t-Studenta jest statystycznie istotna na poziomie $p=0,0031$. Jednak pół roku po PRO empatia

zmniejsza się do takiego poziomu, że różnica pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem staje się statystycznie nieistotna. Oznacza to, że udział w PRO prowadzi do znaczącego zwiększenia empatii uczestników, jednak zmiana ta nie jest trwała i nie utrzymuje się pół roku po zakończeniu PRO. Zarówno w chwili rozpoczynania PRO, jak i pół roku po zakończeniu PRO ujawniają raczej przeciętny poziom empatii w porównaniu do innych grup badanych kwestionariuszem KRE.

4.4 Lęk jako cecha osobowości

Uczestnicy PRO przejawiali stosunkowo niski poziom lęku już w chwili rozpoczynania PRO, w porównaniu do innych grup badanych kwestionariuszem Spielberga [21].

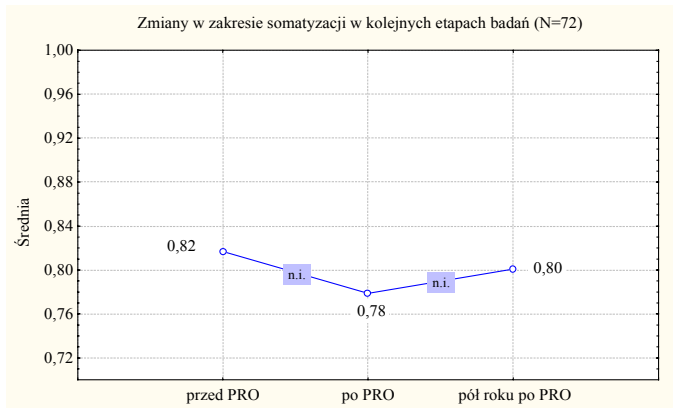


Po ukończeniu PRO uczestnicy wykazują nieznacznie niższy poziom lęku jako cechy w porównaniu do stanu z chwili rozpoczynania PRO, lecz zmiana ta nie jest statystycznie istotna. Pół roku później zmiana ta pogłębia się i różnica między pierwszym a trzecim pomiarem, szacowana przy pomocy testu t-Studenta, staje się statystycznie istotna ($p=0,0162$). Oznaczałoby to, że udział w PRO prowadzi u jego uczestników do obniżenia poziomu lęku, lecz zmiana ta w pełni ujawnia się dopiero pół roku po zakończeniu PRO.

4.5 Objawy psychopatologiczne

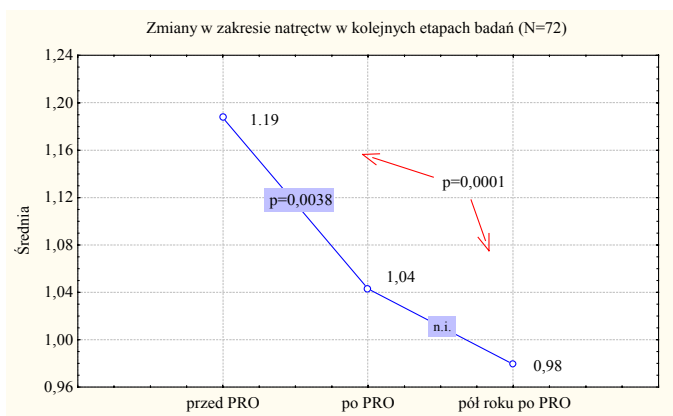
Uczestnicy PRO wykazują stosunkowo niskie nasilenie objawów psychopatologicznych w porównaniu do innych grup badanych kwestionariuszem SCL-90 już przed rozpoczęciem PRO [2, 6, 12,]. Mimo to po zakończeniu Programu nasilenie niektórych objawów psychopatologicznych istotnie się u nich zmniejsza.

4.5.1 Somatyzacje



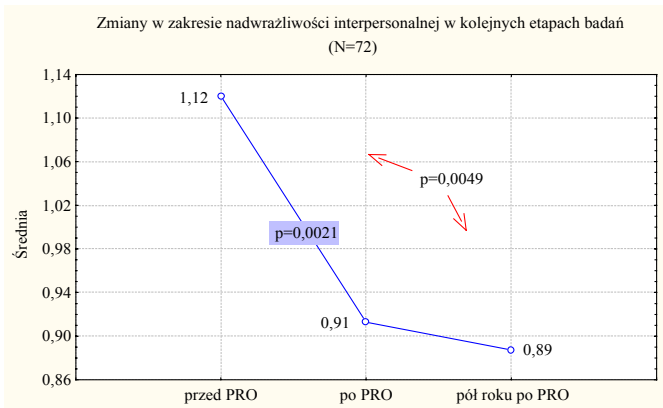
Jak widać na powyższym wykresie, nie wystąpiły żadne znaczące zmiany w zakresie somatyzacji, mierzonej kwestionariuszem SCL-90. Różnice pomiędzy kolejnymi pomiarami somatyzacji okazały się statystycznie nieistotne. Oznaczałoby to, że udział w PRO nie prowadzi do żadnych istotnych zmian w zakresie nasilenia poziomu somatyzacji uczestników.

4.5.2 Natręctwa



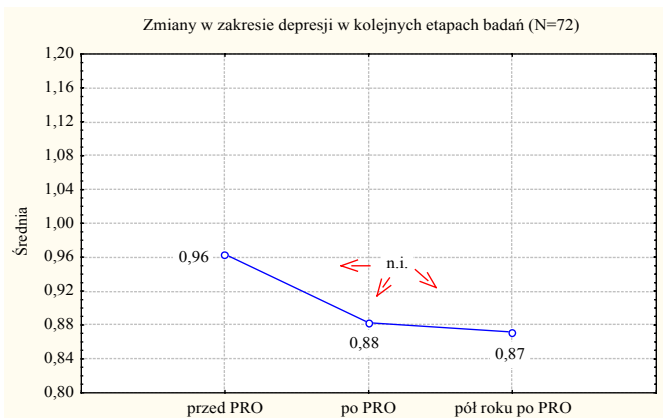
Po ukończeniu PRO uczestnicy przejawiają istotnie niższe nasilenie natręctw w stosunku do stanu sprzed PRO ($p=0,0038$), zaś pół roku później zmiana ta utrzymuje się na niskim poziomie, a nawet przejawia pewną tendencję do pogłębiania się. Różnica pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem jest statystycznie istotna na poziomie istotności $p=0,0001$. Oznacza to, że udział w PRO prowadzi do istotnego, trwałego zmniejszenia natręctw u uczestników (utrzymującego się pół roku po PRO).

4.5.3 Nadwrażliwość interpersonalna

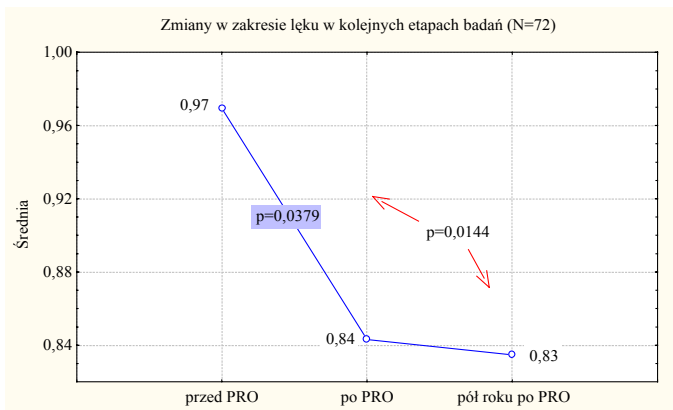


Po ukończeniu PRO istotnie zmniejsza się nasilenie nadwrażliwości interpersonalnej uczestników ($p=0,0021$) i zmiana ta jest trwała – utrzymuje się pół roku po zakończeniu PRO (poziom istotności różnicy między pierwszym a trzecim pomiarem nadwrażliwości interpersonalnej wynosi $p=0,0049$). Oznacza to, że udział w PRO prowadzi do istotnego i trwałego zmniejszenia nadwrażliwości interpersonalnej.

4.5.4 Depresja

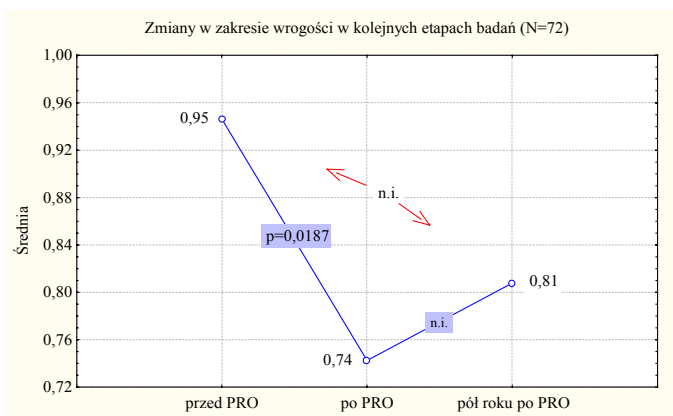


Zmiany wyników w skali depresji SCL-90 okazały się statystycznie nieistotne, choć kierunek zmian był zgodny z oczekiwaniami. Brak zatem podstaw do stwierdzenia, że udział w PRO prowadzi do obniżenia objawów depresji.



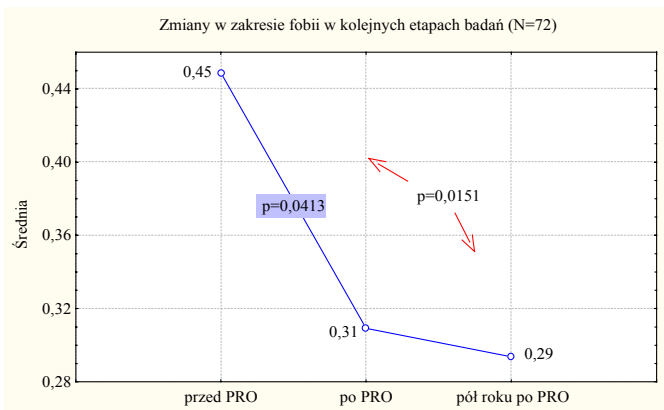
Różnica między pierwszym a drugim pomiarem lęku jest statystycznie istotna na poziomie istotności $p=0,0379$, zaś między pierwszym a trzecim pomiarem na poziomie istotności $p=0,0144$. Oznacza to, że udział w PRO prowadzi do istotnego obniżenia poziomu lęku u uczestników i zmiana ta ma charakter trwały (utrzymuje się pół roku po zakończeniu PRO).

4.5.6 Wrogość



Po ukończeniu PRO istotnie zmniejsza się nasilenie wrogości uczestników ($p=0,0187$). W chwili kończenia PRO uczestnicy wykazują najniższe nasilenie wrogości spośród grup badanych przez IPZ kwestionariuszem SCL-90. Jednak zmiana ta nie jest trwała, pół roku później nasilenie wrogości uczestników nieznacznie wzrasta, na tyle jednak, że różnica między pierwszym a trzecim pomiarem wrogości staje się statystycznie nieistotna.

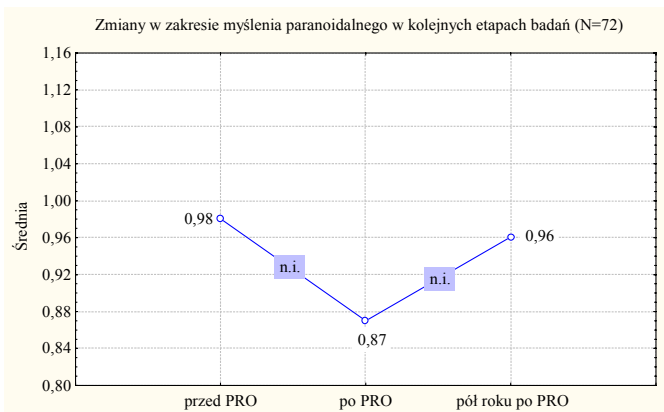
Oznacza to, że udział w PRO prowadzi do krótkotrwałego obniżenia wrogości uczestników, jednakże zmiana ta nie jest trwała i nie utrzymuje się pół roku później.



Po ukończeniu PRO nasilenie fobii uczestników istotnie się zmniejsza ($p=0,0413$) w porównaniu do stanu z chwili rozpoczynania PRO. Pół roku po zakończeniu PRO nasilenie fobii uczestników pozostaje na podobnie niskim poziomie, tak, że różnica pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem jest statystycznie istotna na poziomie $p=0,0151$.

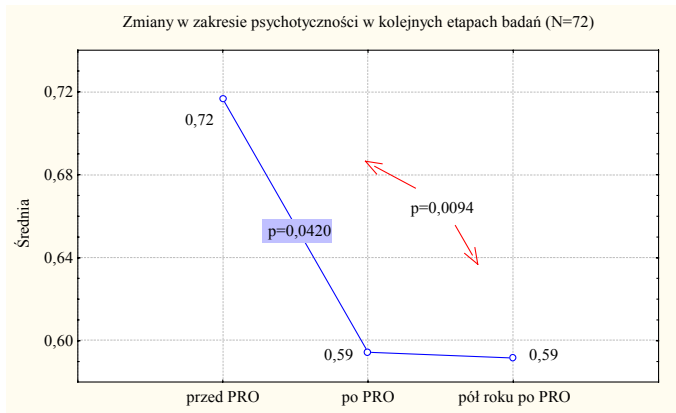
Oznacza to, że udział w PRO prowadzi do istotnego zmniejszenia fobii uczestników i zmiana ta ma charakter trwały (utrzymuje się jeszcze pół roku później).

4.5.8 Myślenie paranoidalne



Zmiany w zakresie myślenia paranoidalnego okazały się statystycznie nieistotne. Brak zatem podstaw do stwierdzenia, że udział w PRO ma wpływ na nasilenie myślenia paranoidalnego u uczestników.

4.5.9 Psychotyczność



Nasilenie psychotyczności uczestników zmniejsza się w sposób statystycznie istotny po ukończeniu PRO ($p=0,0420$). Pół roku później psychotyczność uczestników nadal pozostaje na istotnie niższym poziomie w porównaniu do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO ($p=0,0094$). Oznacza to, że udział w PRO prowadzi do zmniejszenia psychotyczności uczestników i zmiana ta ma charakter trwały (utrzymuje się pół roku po zakończeniu PRO).

4.5.10 Anonimowa ocena zajęć

W chwili kończenia PRO uczestnicy bardzo wysoko ocenili treść i organizację zajęć, sposób ich prowadzenia oraz odniesione korzyści osobiste i zawodowe.

4.6 Efekty udziału w PRO w opinii uczestników pół roku później

Pół roku po zakończeniu PRO uczestnicy odpowiadali na pytanie otwarte: Czy udział w PRO spowodował jakieś zmiany w Twoim życiu? Jeśli tak, wpisz co zmieniło się u Ciebie w ciągu ostatnich miesięcy od zakończenia PRO:

- w relacjach z bliskimi Ci osobami:
- w relacjach z innymi ludźmi:
- w Twoich poglądach, sposobie myślenia:
- w Twoich emocjach, sposobie odczuwania:
- inne:

Analiza opinii uczestników PRO na temat zmian, jakie zaszły w ich życiu po ukończeniu PRO wykazała, że w opinii 64 uczestników (88%) udział w PRO spowodował korzystne zmiany w ich życiu. Uczestnicy ci niejednokrotnie entuzjastycznie opisywali zmiany w swoim życiu po Programie - poprawę kontaktów z bliskimi osobami, większą otwartość wobec

nich, uwagę na ich potrzeby, tolerancję, asertywność, pewność siebie, łatwiejsze rozwiązywanie konfliktów.

Podobnie w relacjach z innymi ludźmi uczestnicy ci stali się bardziej asertywni, pewni siebie, tolerancyjni, otwarci, mieli dla nich więcej zrozumienia i uwagi. Kilku uczestników stwierdziło ogólnie, iż poprawili kontakty z innymi ludźmi, inni zaś przeprowadzili „weryfikację przyjaciół”, rezygnując z utrzymywania niektórych znajomości. Pojedyncze osoby podały, iż stały się bardziej serdeczne lub rzeczowe w kontaktach z innymi ludźmi.

Podobne zmiany nastąpiły w poglądach i sposobie myślenia uczestników. Po PRO stali się bardziej tolerancyjni, pewni siebie, rozważni, dojrzały i odpowiedzialni. Kilka osób wskazywało na zmianę obrazu Boga i postawy wobec religii, większe zrozumienie dla innych, poszerzenie horyzontów. Pojedyncze osoby wskazywały na zmianę poglądów na temat małżeństwa, roli kobiet, znaczenia pieniędzy, zmniejszenie nasilenia obsesyjnych myśli, czy obaw przed śmiercią i uporządkowanie światopoglądu.

Jeśli chodzi o zmiany w emocjach i sposobie odczuwania, najwięcej uczestników osiągnęło równowagę emocjonalną bądź lepszy kontakt z emocjami. Kilka osób stało się bardziej otwartych w wyrażaniu uczuć lub uzyskało dodatni bilans emocjonalny.

Szereg osób podawało także inne zmiany w swoim życiu (np. zawarcie małżeństwa, podjęcie pracy, czy poprawa sytuacji mieszkaniowej). Kilkanaście osób tą drogą złożyło podziękowania prowadzącym i organizatorom, bądź przesłało pozdrowienia.

W przypadku sześciu osób (8% uczestników) trudno było ocenić jednoznacznie zmiany w ich życiu jako korzystne czy niekorzystne. Osoby te obok różnorodnych korzystnych zmian wymieniały także niekorzystne, jak np. pogorszenie relacji z małżonkiem. Zjawisko to trudno ocenić, bowiem w zależności od okoliczności może to być zarówno oznaką zdrowienia bądź pogorszenia stanu psychicznego po PRO.

Nie było natomiast w ogóle takich osób, które wymieniałyby wyłącznie niekorzystne zmiany w swoim życiu po PRO, ani takich, które nie stwierdziłyby żadnych zmian..

Trzy osoby (4% uczestników), które odesłały wypełnione kwestionariusze, pozostawiły pytanie o zmiany po PRO bez odpowiedzi.

Uczestnicy PRO uzyskali dobre rezultaty w zakresie badanych zmiennych już w chwili rozpoczęcia PRO. Szczególnie zwracają uwagę bardzo niskie wyniki badanej grupy w skali kłamstwa mierzącej tendencję do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle oraz w skali poczucia kontroli (wskazujące na wewnętrzne poczucie kontroli). Ponadto uczestnicy mieli stosunkowo niskie nasilenie objawów psychopatologicznych, stosunkowo niski poziom lęku jako cechy oraz przeciętny poziom empatii w porównaniu do innych grup badanych tymi samymi narzędziami.

Udział w PRO spowodował u uczestników trwale obniżenie (utrzymujące się pół roku po PRO) lęku jako cechy osobowości oraz objawów psychopatologicznych takich jak natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, lęk, fobie i psychotyczność.

Interpretując uzyskane rezultaty zgodnie z koncepcjami badanych zmiennych, jakie legły u podstaw konstrukcji kwestionariuszy, należy stwierdzić, że trwale obniżyła się, uwarunkowana doświadczeniami z okresu wczesnego dzieciństwa (m.in. stosunkiem do rodziców i sytuacjami karania) podatność uczestników PRO na reagowanie stanem lęku w sytuacjach zagrożenia, a zwłaszcza podatność na reagowanie lękiem w sytuacjach zagrożenia ego (w sytuacjach interpersonalnych). Trwale zmniejszyła się także ich tendencja do spostrzegania świata jako bardziej zagrażającego niż jest w rzeczywistości [16]. Do trwałych zmian po PRO należy zaliczyć również rzadsze występowanie wśród uczestników zachowań charakterystycznych dla klinicznego zespołu natręctw: myśli, impulsów i działań, doświadczanych jako nie do powstrzymania i nieodpartych, choć niechcianych i nie swoich, czy też zachowań identyfikowanych jako ogólniejsze zaburzenia poznawcze (np. pustka w głowie, ciągłe powracanie do wspomnień problemów, kłopotów). Trwale zmniejszyło się ich poczucie nieadekwatności interpersonalnej i niższości przy porównywaniu się z innymi osobami. Zwiększyło się ich poczucie własnej wartości, zmniejszyła zaś tendencja do samodeprecjacji. W mniejszym stopniu przeżywają znaczący dyskomfort i niepokój w relacjach interpersonalnych. Wykazują niższe niż w chwili rozpo-

czyniania PRO poczucie samoświadomości i zmniejszają się ich negatywne oczekiwania wobec kontaktów z ludźmi. W istotnie mniejszym stopniu przeżywają niepokój, nerwowość i napięcie (podobne jak objawy somatycznego uzależnienia np. "drzączka") uogólniony lęk, ataki paniki, uczucia dysocjacji, a także epizody agorafobii, lęki związane z podróżowaniem, otwartymi przestrzeniami, tłumem, kontaktami z ludźmi, czy miejscami publicznymi i pojazdami. W istotnie mniejszym stopniu przejawiają tendencję do zachowań psychotycznych, jak i charakterystycznych dla rzekomego procesu psychotycznego [3]. Zmiany w tym ostatnim zakresie mogą u osób uzależnionych być wyrazem osłabienia mechanizmu rozpraszania i rozdławiania „Ja”, charakterystycznego dla uzależnień [9].

Do zmian nietrwałych (nie utrzymujących się pół roku po zakończeniu PRO) należy zaliczyć zmiany w zakresie empatii, tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogości. Empatia najpierw istotnie wzrosła po ukończeniu PRO, a następnie (pół roku później) nieco obniżyła się, natomiast tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogość po PRO istotnie spadły, lecz pół roku później wzrosły do poziomu z chwili rozpoczęcia PRO.

Interpretując zmiany w zakresie empatii zgodnie z koncepcją Węglińskiego, należy sądzić, że po ukończeniu PRO jego uczestnicy posiadają większą zdolność do szukania bliskości z innymi ludźmi poprzez współdzwięczenie emocjonalne, sympatyzowanie z innymi w zakresie przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwość na innych ludzi, wczuwanie się w ich stany i przeżycia, gotowość do poświęcenia się dla innych. Są bardziej skłonni do zachowań prospołecznych, odpowiedzialności za innych, altruizmu, życzliwości, serdeczności, tolerancji, opieki, zaś mniej skłonni do zachowań o charakterze agresywnym i egoistycznym [17,18]. Jednakże korzystne zmiany w tym zakresie były stosunkowo nietrwałe i pół roku po zakończeniu PRO nasilenie opisywanych cech wykazywało tendencję do zmniejszania się. Podobne zjawisko występuje w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle uczestników. Tendencja ta, bardzo niska w chwili rozpoczęcia PRO w porównaniu do innych grup, zmniejsza się jeszcze bardziej w chwili kończenia PRO. Jednak zmiana ta nie

utrzymuje się pół roku później. Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle powraca wówczas do poziomu z chwili rozpoczynania PRO. Także wrogość uczestników (skłonność do przeżywania uczuć rozdrażnienia, irytacji, impulsywnego niszczenia przedmiotów, oraz częstych i niekontrolowanych wybuchów złości), stosunkowo niska na początku PRO, po PRO zmniejsza się jeszcze bardziej, lecz w sposób nietrwały [3]. Pół roku po PRO nasilenie wrogości uczestników powraca do poprzedniego poziomu.

Udział w PRO nie doprowadził do jakichkolwiek istotnych zmian w zakresie poczucia kontroli, somatyzacji, depresji i myślenia paranoidalnego. Uczestnicy wykazywali już na początku silne przekonanie o wewnętrznej kontroli wzmocnień w porównaniu do innych badanych grup, tj. przekonanie o posiadaniu wpływu na swoje życie oraz przekonanie o możliwości kontrolowania własnego losu w codziennych sytuacjach [5]. Udział w PRO pozostał bez istotnego wpływu na ich silne wewnętrzne poczucie kontroli. Podobnie nie zmienił się w kolejnych pomiarach stosunkowo niski już na początku poziom dyskomfortu wynikającego z doznawanych objawów somatycznych związanych z mięśniem sercowym, żołądkiem, układem oddechowym oraz innymi narządami autonomicznymi, ani nie zmieniło się niskie nasilenie bólów głowy, pleców, mięśni i somatycznych objawów lęku. Ponadto uczestnicy PRO stosunkowo rzadko uskarżali się na początku Programu na objawy dysforii, obniżonego nastroju, rzadko stwierdzali u siebie znaczące wycofanie zainteresowania jakąkolwiek aktywnością, brak motywacji, brak energii życiowej, uczucie beznadziejności i bezradności, czy też myśli samobójcze. Także w tym zakresie nie wystąpiły znaczące zmiany. Podobnie uczestnicy PRO raczej nie przejawiali tendencji do myślenia paranoidalnego, myślenia projekcyjnego, podejrzliwości, egocentryzmu, iluzji, braku autonomii i urojeń wielkościowych i nie zmienili się znacząco pod tym względem po ukończeniu PRO [3].

Po zakończeniu Programu uczestnicy wysoko ocenili treść zajęć, sposób prowadzenia oraz odniesione korzyści osobiste i zawodowe. Pół roku później entuzjastycznie opisywali szereg korzystnych zmian w ich życiu - w kontaktach z bliskimi i z innymi ludźmi, w sposobie myśle-

nia i odczuwania - spowodowanych, ich zdaniem, udziałem w PRO.

Na podstawie powyższego należy uznać, że uczestnicy PRO uczynili poprzez udział w Programie znaczący postęp w dalszym zdrowieniu z uzależnienia lub współuzależnienia, w rozwoju osobistym oraz zwiększyli umiejętności nawiązywania zdrowych kontaktów z ludźmi. Ponieważ w dziedzinie pomocy psychologicznej podstawowym narzędziem pracy jest osobowość pomagającego, należy zatem sądzić, iż stali się także poprzez udział w Programie bardziej wiarygodni i bardziej kompetentni jako osoby nieprofesjonalnie zajmujące się pomocą innym uzależnionym i współuzależnionym, a przez to lepiej przygotowani do pełnienia roli nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.

6 WNIOSKI

1. Uczestnicy PRO uzyskali dobre rezultaty w zakresie badanych zmiennych już w chwili rozpoczynania PRO. Szczególnie zwracają uwagę bardzo niskie wyniki badanej grupy w skali kłamstwa mierzącej tendencję do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle oraz w skali poczucia kontroli (wskazujące na wewnętrzne poczucie kontroli). Podgrupa mężczyzn uzyskała w obu tych skalach najniższe wyniki ze wszystkich badanych dotychczas grup. Ponadto uczestnicy mieli stosunkowo niskie nasilenie objawów psychopatologicznych, stosunkowo niski poziom lęku jako cechy oraz przeciętny poziom empatii w porównaniu do innych grup badanych tymi samymi narzędziami.
2. Wystąpiły istotne różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle w chwili rozpoczynania PRO i w chwili jego zakończenia. Kobiety uzyskiwały wówczas istotnie wyższe wyniki w skali kłamstwa. Różnice między kobietami i mężczyznami zatarły się pół roku później.
3. Wbrew oczekiwaniom, nie wystąpiły istotne różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie empatii na żadnym z etapów badań.
4. Uczestnicy bardzo wysoko ocenili treść i organizację zajęć, sposób ich prowadzenia

oraz odniesione korzyści osobiste i zawodowe.

5. Udział w PRO spowodował u uczestników trwałe obniżenie (utrzymujące się pół roku po PRO) lęku jako cechy osobowości oraz objawów psychopatologicznych takich jak natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, lęk, fobie i psychotyczność.
6. Oczekiwane, lecz nietrwałe zmiany (nie utrzymujące się pół roku po PRO) wystąpiły u uczestników PRO w zakresie empatii, tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogości. Empatia najpierw istotnie wzrosła po ukończeniu PRO, a następnie (pół roku później) nieco obniżyła się, natomiast tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogość po PRO istotnie spadły, lecz pół roku później wzrosły do poziomu z chwili rozpoczynania PRO.
7. Udział w PRO nie doprowadził do jakichkolwiek istotnych zmian w zakresie poczucia kontroli, somatyzacji, depresji i myślenia paranoidalnego.
8. Udział w PRO spowodował, w opinii uczestników, wiele korzystnych zmian w ich życiu. Pół roku po PRO uczestnicy entuzjastycznie opisywali szereg zmian w ich relacjach z bliskimi i innymi osobami, w emocjach, poglądach, sposobie myślenia a także wiele innych zmian, jakie zaszły w ich życiu wskutek udziału w PRO.
9. Uzyskane rezultaty uprawniają do stwierdzenia, że zajęcia prowadzone przez Instytut Psychologii Zdrowia w ramach Programu Rozwoju Osobistego są w wysokim stopniu skuteczną i efektywną formą psychoterapii i psychoedukacji osób, dla których są pomyślane i przeznaczone. Program Rozwoju Osobistego spełnia swoje zadanie zarówno jako pomoc w dalszym zdrowieniu dla osób uzależnionych i współuzależnionych, jako psychoterapia i psychoedukacja dla osób zainteresowanych rozwojem osobistym i poprawą kontaktów z ludźmi oraz jako pomoc w kształceniu dla nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.

7 STRESZCZENIE

Celem badań była ocena efektywności zajęć terapeutyczno – psychoedukacyjnych prowadzo-

nych w ramach Programu Rozwoju Osobistego przez Instytut Psychologii Zdrowia PTP dla za-wansowanych w zdrowieniu osób uzależnionych i współuzależnionych, działających w środowiskach trzeźwościowych. Trzykrotnie (na początku, na końcu i pół roku po zakończeniu PRO) badano poczucie kontroli uczestników, tendencję do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, lęk jako cechę osobowości, empatię i nasilenie objawów psychopatologicznych (somatyzacji, natręctw, fobii, nadwrażliwości interpersonalnej, depresji, lęku, wrogości, myślenia paranoidalnego i psychotyczności). Ponadto, pół roku po zakończeniu PRO uczestnicy odpowiadali na pytanie otwarte o ewentualne zmiany w ich życiu wskutek udziału w PRO.

Badania objęły 73 osoby (37 mężczyzn i 36 kobiet).

Uczestnicy PRO uzyskali dobre lub przeciętne rezultaty w zakresie badanych zmiennych już w chwili rozpoczynania PRO.

Ocenę efektywności PRO sformułowano na podstawie porównania trzech kolejnych wyników badań kwestionariuszowych oraz na podstawie opinii i ocen uczestników.

Porównanie wyników badań kwestionariuszowych wykazało, że udział w PRO spowodował u uczestników istotne statystycznie, trwałe obniżenie (utrzymujące się pół roku po PRO) lęku jako cechy osobowości oraz objawów psychopatologicznych takich jak natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, lęk, fobie i psychotyczność. Oczekiwane, lecz nietrwałe zmiany (nie utrzymujące się pół roku po PRO) wystąpiły w zakresie empatii, tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogości. Udział w PRO nie doprowadził natomiast do jakichkolwiek istotnych zmian w zakresie poczucia kontroli, somatyzacji, depresji i myślenia paranoidalnego.

W chwili kończenia PRO uczestnicy bardzo wysoko ocenili treść i organizację zajęć, sposób ich prowadzenia oraz odniesione korzyści osobiste i zawodowe

Pół roku po PRO uczestnicy entuzjastycznie opisywali szereg korzystnych zmian w ich relacjach z bliskimi i innymi osobami, w emocjach, poglądach, sposobie myślenia a także wiele innych zmian, jakie zaszły w ich życiu wskutek udziału w PRO.

Na podstawie powyższego stwierdzono, że zajęcia prowadzone przez Instytut Psychologii

Zdrowia w ramach Programu Rozwoju Osobistego są w wysokim stopniu skuteczną i efektywną formą psychoterapii i psychoedukacji osób, dla których są pomyślane i przeznaczone. Program Rozwoju Osobistego spełnia swoje zadanie zarówno jako pomoc w dalszym zdrowieniu dla osób uzależnionych i współuzależnionych jako psychoedukacja i psychoterapia dla osób zainteresowanych rozwojem osobistym i poprawą kontaktów z ludźmi oraz jako pomoc w kształceniu dla nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.

- 18) Węgliński A., *Trafność Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE)* [w:] R. Drwał (red.), *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej*. Wybrane zagadnienia., Lublin 1987. UMCS.
- 19) Włodawiec B., *Poziom lęku, agresji i empatii polskich wyznawców buddyzmu*. Warszawa 1992. ATK. Niepublikowana praca magisterska.
- 20) Włodawiec B., *Portret pacjenta*. Świat Problemów 1997. Nr 6(53) ss. 23-27.
- 21) Wrześniewski K., Sosnowski T., 1987: *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL)*. Laboratorium Technik Diagnostycznych, Warszawa .

LITERATURA CYTOWANA:

- 1) Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa 1996. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- 2) *Charakterystyka kobiet współuzależnionych. Raport z badań.*, Warszawa 1997. IPZ.
- 3) Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L., *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report*, Psychopharmacology Bulletin 1973, vol. 9, Nr 1, ss. 13-28.
- 4) Dobrogowska M., *Poziom rozumienia empatycznego i układ potrzeb u studentów pedagogiki specjalnej*. Warszawa 1992. ATK. Niepublikowana praca magisterska.
- 5) Drwał R.Ł. *Opracowanie kwestionariusza Delta do pomiaru poczucia kontroli*, Studia Psychologiczne t. XVIII/I, ss. 67-83.
- 6) Golińska L., *Uczestnicy SPP w trakcie Studium oraz w rok później*. IPZiT. Maszynopis (bez daty wydania).
- 7) Kucińska M., *Podwójny obraz*, Świat Problemów 1997, Nr 10(57), ss. 17-20.
- 8) Kucińska M., Mellibruda J., Włodawiec B., *Wyniki badań pilotażowych programu APETOW – charakterystyka pacjentek współuzależnionych*, Alkoholizm i Narkomania 1997, Nr 3 (28) ss. 441-454.
- 9) Mellibruda J., *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, Alkoholizm i Narkomania 1997, Nr 3 (28) ss. 277-306.
- 10) Mellibruda J., *Strategiczno – strukturalna psychoterapia uzależnienia*, Alkoholizm i Narkomania 1997, Nr 3 (28) ss. 307-324.
- 11) Mellibruda J., Sobolewska Z. *Koncepcja i terapia współuzależnienia*, Alkoholizm i Narkomania 1997, Nr 3 (28) ss. 421-430.
- 12) *Monitorowanie przebiegu i efektów terapii w sieci wiodących placówek leczenia odwykowego w Polsce. Portret pacjentów uzależnionych. Raport z badań.*, Warszawa 1996. IPZ.
- 13) Rembowski J., *Empatia. Studium psychologiczne*. Warszawa 1989. PWN.
- 14) *Rocznik statystyczny demografii*, GUS, Warszawa 1995.
- 15) Seligman M.E., *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań 1993. Media Rodzina of Poznań.
- 16) Sosnowski T., *Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu Charleśa P. Spielbergera*. Przegląd Psychologiczny 1977, t. XX, 2, 349-359.
- 17) Węgliński A., *Poziom empatii a zachowanie na koloniach resocjalizacyjnych dzieci z rodzin zagrożonych demoralizacją*. Kwartalnik Pedagogiczny 1984. Nr 1/111. ss. 111-120.