

SZYMON JUZA

szymonjuza@gmail.com

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

CHARAKTERYSTYKA OSOBOWOŚCIOWA WIĘŹNIÓW W KONTEKŚCIE ICH ZDROWIENIA Z UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

RECENZJA

Recenzent: dr Sławomir Ślaski

Przedstawiony artykuł dotyczy ważnego problemu społecznego dotyczącego efektywności psychoterapii więźniów uzależnionych od alkoholu. Część teoretyczna adekwatnie wprowadza w to zagadnienie na podstawie literatury głównie rodzimej i opisuje udział osobowości w zdrowieniu osób uzależnionych. Pytania badawcze są dobrze osadzone w kontekście teoretycznym, a metody badań i metody statystyczne poprawnie zastosowane. Dyskusja wyników adekwatnie odniesiona do części teoretycznej i sugerująca nowe kierunki badań. Poprawność formalna głównie dotycząca języka wskazana do uzupełnienia. Ocena artykułu do publikacji jest warunkowo pozytywna (po uzupełnieniach sugerowanych w recenzji).

Głównym celem artykułu jest opisanie procesu zdrowienia z uzależnienia od alkoholu, wśród osób osadzonych w zakładach karnych. Przeprowadzone badania koncentrują się przede wszystkim na osobowościowym aspekcie procesu. Za pomocą metody analizy ścieżek, wyróżniono wśród zbadanych więźniów osoby o różnym stopniu rozwoju osobowości w procesie trzeźwienia. Dojrzałość osobowości jest traktowana w niniejszej pracy jako kryterium zdrowienia z uzależnienia od alkoholu. W tym kontekście testowano inne zmienne związane z procesem psychoterapii i resocjalizacji osób badanych, takie jak: poczucie sensu życia, subiektywne poczucie zmiany w terapii, rodzaj zastosowanych oddziaływań terapeutycznych oraz długość utrzymywanej abstynencji.

Ostatecznym skutkiem przeprowadzonych badań, są wskazania i zalecenia do pracy psychoterapeutycznej z uzależnionymi więźniami oraz wytyczenie dalszych kierunków poszukiwań w tym obszarze.

Słowa kluczowe: uzależnienie, psychoterapia, rozwój osobowości, więziennictwo

Uzależnienie od alkoholu jest to zjawisko bardzo rozpowszechnione w środowisku przestępczym. Osoby powiązane z tym światem na ogół mają problem z alkoholem, pod jego wpływem popełniają wiele przestępstw, a brak atrakcyjnych perspektyw życiowych sprawia, że alkohol staje się dla nich często wybieraną alternatywą. Powodzenie procesu resocjalizacji tych osób jest więc nierzadko zależne od tego, w jakim stopniu potrafią one sobie poradzić ze swoim uzależnieniem. Obecnie w więzieniach działają oddziały terapeutyczne dla osób uzależnionych, w których realizowane są programy terapeutyczne „Atlantis”. Od wielu lat funkcjonują tam także wspólnoty Anonimowych Alkoholików, często wspomagane przez członków grup wolnościowych. Jednak leczenie uzależnienia od alkoholu w warunkach więziennych to dalej bardzo trudny proces, oparty przede wszystkim o działania przymusowe, siłą rzeczy niedający skazanym możliwości wyjścia poza patogenne środowisko, w jakim się znajdują. W związku z tymi i innymi specyficznymi uwarunkowaniami tego procesu pojawia się wiele pytań związanych z koniecznością opisaną i poznania dynamiki zmian, jakich doświadczają zamknięte osoby uzależnione w procesie trzeźwienia.

W związku z zachowywaniem przez skazanych wymuszonej abstynencji, warto zbadać, w jakim stopniu jej długość może być wyznacznikiem powrotu do zdrowia. Przez zdrowienie (trzeźwienie) rozumie się całościowy, dynamiczny proces wyzwiania się z patologicznych mechanizmów uzależnienia, rozwój osobowości w dojrzałym kierunku i zmianę, jaka następuje w życiu osobistym. Być może lepiej byłoby, jako kryterium trzeźwienia założyć pewien poziom przystosowania i dojrzałości osobowościowej, dodatkowo weryfikowany za pomocą innych kryteriów. W związku z tym warto zbadać, jak więźniowie funkcjonują osobowościowo, a także jak się mają poszczególne grupy podobnych do siebie osobowościowo osób pod względem innych istotnych zmiennych w trzeźwieniu, takich jak poczucie zmiany w terapii lub poczucie sensu życia. Odpowiedź na te pytania pozwoli pośrednio wnioskować o zasadności skupiania się w leczeniu uzależnień na zachowywaniu przez pacjentów abstynencji, a także skuteczności przymusowych oddziaływań terapeutycznych. Pozwoli także sformułować pewne zalecenia do terapii dla zakładów karnych. W niniejszym artykule postaram się przynajmniej częściowo odpowiedzieć na te pytania i przyrzeć się procesowi trzeźwienia osób badanych w zakładach karnych, w województwie lubelskim.

Na początek warto przybliżyć czytelnikowi kilka podstawowych pojęć związanych z rozumieniem zjawiska uzależnienia na gruncie psychologii humanistyczno-egzystencjalnej. W tym kontekście opisane zostaną istotne w procesie rozwoju i zmiany osób uzależnionych kategorie – dojrzewanie osobowości, poczucie sensu życia, doświadczanie zmiany. Przybliżony zostanie także wiodący model leczenia alkoholików w Polsce, oraz podstawowe założenia programu „Atlantis”, prowa-

dzionego w polskich więzieniach, wraz ze specyfiką oddziaływań terapeutycznych w więziennictwie i badaniami przeprowadzonymi na ten temat.

Teorie humanistyczno-egzystencjalne postrzegają kwestię zależności od substancji psychoaktywnej, jako wtórny efekt frustracji rozwojowych możliwości jednostki. Te, które skłaniają się ku psychologii humanistycznej, kładą większy nacisk na upośledzone możliwości samoaktualizacji (Rogers, 2002). Istotą procesu zdrowienia jest zatem zaspokojenie pewnych podstawowych potrzeb, odpowiedni poziom samoakceptacji osiąganego przez pacjenta, a także możliwości rozwojowych, jakie wpływają z rozdzwieńku pomiędzy jego ja aktualnym oraz ja powinnościowym. W psychologicznym modelu powrotu do zdrowia bardzo często podkreśla się rolę rozwoju osobowości w kierunku dojrzałości, jako kryterium zdrowienia. „Osobowość to dynamiczna organizacja wewnątrz jednostki, obejmująca te układy psychofizyczne, które decydują o specyficznych dla niej sposobach przystosowania do środowiska” (Allport, za: Strelau, 2004, s. 48). Osobę spełniającą warunki takiego przystosowania, nazywa Allport osobowością dojrzałą. Charakteryzuje się ona: szerokim zasięgiem ja, przejawiającym się w różnorodności działań i celów; serdecznym odnoszeniem do innych, w stosunkach intymnych i nieintymnych; bezpieczeństwem emocjonalnym, polegającym także na nieuleganiu wewnętrznym konfliktom emocjonalnym; akceptacją siebie – adekwatnym i pozytywnym stosunkiem do samego siebie; realistycznym nastawieniem do siebie i rzeczywistości; poczuciem humoru – umiejętnością wykazania zdrowego dystansu do siebie i innych; wglądem – zrozumieniem siebie (autoobiektywizacja), posiadaniem jednoczącej filozofii życiowej – nadającej celowość i znaczenie życiu (Hall, Lindzey, 2006).

Warunki wyróżnione przez Allporta zestawiać można z powszechnie stosowaną w leczeniu alkoholików koncepcją psychologicznych mechanizmów uzależnienia (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006), albowiem również reprezentują one sferę poznawczą, emocjonalną oraz odnoszącą się do ja, a także egzystencjalną (Szczykiewicz, 2002). W części badawczej posłużono się kryterium dojrzałości, przystosowania osobowościowego, jako miarą postępów zdrowienia z uzależnienia od alkoholu.

Proces trzeźwienia można omawiać, odnosząc się do pewnych jego właściwości, a nawet etapów. Różni autorzy przyjmują odmienną nomenklaturę tego procesu. L. Kapler (1994) pisze np. o tych fazach po kolei, jako o fazie: kryzysu, wymuszonej abstynencji, dominacji abstynencji i fazie rozwoju osobistego. Z kolei Brown (1992) opisuje go w kategoriach fazy przejściowej, która prowadzi do fazy wczesnego, a następnie późnego powrotu do zdrowia. Nie opisano w tym miejscu tych faz bardziej szczegółowo, ponieważ objętość tego artykułu nie stwarza takiej możliwości, ponadto modele te odnoszą się do czasowego kryterium zdrowienia, tj. długości zachowanej abstynencji oraz do kryterium opierającego się o pewne zadania rozwojowe spełniane

w poszczególnych fazach, czego nie uchwycono w całej subtelności na podstawie badań. Istotę opisu trzeźwienia w oparciu o rozwojowe modele powrotu do zdrowia, podsumowują słowa Gorskiego i Millera (1991): „Zdrowienie przypomina wchodzenie po ruchomych schodach, jadących w dół. Zatrzymanie się w miejscu jest niemożliwe” (s. 114). Dlatego też (obok wstępnego kryterium – stopnia dojrzałości osobowości), jako miarę zdrowienia, przyjęto w części badawczej także subiektywne poczucie zmiany badanych osób uzależnionych i ich skłonności do rozwoju.

W zakresie psychoterapii uzależnień podkreśla się konieczność podejścia integrującego różne koncepcje psychoterapii tak, aby uzyskać szerokie spektrum zmian pożądaných dla zdrowego funkcjonowania jednostki. Listę takich zmian w ramach podejścia strategiczno-strukturalnego do terapii uzależnień, podaje J. Mellibruda i Z. Sobolewska-Mellibruda (2006). Obejmują one następujące obszary: zmiana zachowań i postaw, uzdrawianie procesów emocjonalnych, uzdrawianie pracy umysłu, zdrowienie i rozwój ja, zmiana wybranych zjawisk ważnych dla zdrowia psychicznego oraz zdrowienie poprzez rozwój duchowy osoby uzależnionej. Warto dodać, iż obszar duchowości nie jest na tym etapie bezpośrednio przedmiotem psychoterapii, zwraca się natomiast uwagę, iż warto wspierać i zachęcać pacjentów do rozwoju w tej sferze (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Teorie egzystencjalistyczne ujmują cierpienie osoby uzależnionej w kategoriach pustki egzystencjalnej, frustracji woli sensu. Na pierwszy plan w terapii, wysuwają się zatem kategorie wolności i odpowiedzialności wewnętrznej. Wydaje się paradoksem odnoszenie tych kategorii do osób fizycznie pozbawionych wolności i ubezwłasnowolnionych prawnie. Gdy jednak uświadomimy sobie, że chodzi tu o wewnętrzne poczucie wolności i odpowiedzialności, sprzeczność ta okaże się pozorna. Wolność i odpowiedzialność rozumiane w znaczeniu franklowskim można realizować, przede wszystkim nadając sens swojemu cierpieniu, wobec którego można zająć odpowiednią postawę. Cierpienie, jako prawdziwe i sensowne¹, jest pewnym wyrzeczeniem, które staje się dokonaniem – tylko przez nie dopełnia się czyn etyczny. Jest też dojrzywaniem człowieka – w takim rozumieniu cierpienia urzeczywistnia się jego egzystencjalna natura i powołanie – niezależnie od wewnątrz od zewnętrznych okoliczności (Frankl, 1984a). Zatem poczucie sensu życia, jako istotny składnik powracania do zdrowia, został uznany za kolejny wskaźnik powrotu do zdrowia osoby uzależnionej.

Główną metodą oddziaływań terapeutycznych stosowanych w polskich więzieniach jest program „Atlantis”, powstały na początku lat 90. w Stanach Zjednoczonych, a opracowany przez W. Burgina. W ramach programu podkreśla się współdziałanie

¹ Frankl zwraca uwagę, że jako takie cierpienie jest nie tylko przeciwieństwem eskapizmu, ale także masochizmu, który jest cierpieniem pozbawionym sensu i które powinno się skracać.

terapii poznawczo-behawioralnej z ruchem AA (Wasyłkowska, 2002). Jest on skonstruowany w oparciu o model psychologiczny uzależnienia i Anonimowych Alkoholików, na bazie racjonalno-emotywniej teorii A. Ellisa. Zgodnie z tymi teoriami program przyjmuje założenia (Ślaski, 2001):

- ▶ Uzależnienie od alkoholu jest chorobą przewlekłą, prowadzącą do śmierci lub zatrzymania choroby;
 - ▶ Warunkiem zatrzymania choroby jest abstynencja chemiczna;
 - ▶ Program terapeutyczny obejmuje wszystkie sfery funkcjonowania osoby;
 - ▶ Metodą najbardziej efektywną w leczeniu uzależnień jest program Dwunastu Kroków, wspomagany metodami psychologicznymi.
- Cele, jakie postawił sobie W. Burgin, są następujące (za: Ślaski, 2001):
- ▶ Uznanie własnej niezdolności do kontrolowanego używania środków chemicznych;
 - ▶ Poznanie własnych mechanizmów obronnych podtrzymujących niekontrolowane używanie środków chemicznych;
 - ▶ Nabycie niezbędnych do utrzymania trwałej trzeźwości umiejętności psychologicznych.

Warto nieco przybliżyć specyfikę terapii uzależnień w zakładach karnych. Badania pokazują, że w 2006 roku, leczeniem od alkoholu obejmowano ponad 3400 skazanych (Informacja statystyczna [...], 2011). Majcherczyk (2007) wyróżnia kilka specyficznych dla terapii więziennej czynników. Podkreśla odmienny typ relacji terapeutycznej, szerszy zakres stosowania przymusu w oddziaływaniach terapeutycznych, skutki działania mechanizmu negatywnej selekcji, większe potrzeby terapeutyczne skazanych oraz różnice tkwiące w środowisku terapeutycznym i specyficzne rozwiązania organizacyjne. Z punktu widzenia samego trzeźwienia, nie tylko na oddziale terapeutycznym, szczególnie istotne wydaje się fizyczne pozbawienie wolności, objawiające się we wszechobecnym przymusie, co jest istotą funkcjonowania placówek penitencjarnych. Istotną rolę odgrywają też trudności adaptacyjne i brak perspektyw dla osoby skazanej, przebywającej w zakładzie karnym (Fudała, Głowik, Witek, 2002). Bardzo ważne jest także pozostawanie skazanego w specyficznym środowisku kryminalnym, które kreuje i wyznacza normy zachowania przestępczego, niesprzyjające utrzymywaniu trzeźwości (Morawski, 1968). Stąd też konieczność dwutorowego prowadzenia terapii, której rolą powinna być także przemiana schematów myślenia i zachowania związanego z przestępczym życiem, jakie skazani prowadzili.

Wspomaganie oddziaływań terapeutycznych uczestnictwem w ruch AA pozwala wzbogacić terapię skazanych o kilka istotnych elementów. Jednym z nich jest korzystanie z nadziei i doświadczeń osób trzeźwiejących na wolności, często odwieczających grupy znajdujące się w zakładach karnych. Ma to dla skazanych duże znaczenie społeczne (Różański, 1998). Inna ważna kwestia dotyczy tego, że ruch jest

samopomocowy, co na pewno uwiarygodnia jego działanie między współwięźniami, którzy nie zawsze pozytywnie postrzegają i odnoszą się do personelu więziennego. Najważniejszym jednak elementem jest jego oddziaływanie egzystencjalne, wartościowe z punktu widzenia zdrowienia sfery duchowej, bardzo ważnej w procesie trzeźwienia. Przez wielu badaczy zjawiska grupy AA nazywane są wręcz samoistnymi grupami logoterapeutycznymi (Holmes, 1970).

Przeprowadzono bardzo wiele badań nad osobowością osób uzależnionych. W tym zestawieniu niezbyt wiele jest badań koncentrujących się na samym trzeźwieniu, wychodzeniu z uzależnienia (m.in. Kaczmarczyk, 2008; Kettelhack, 1998; Kuźminych, 2003). Dotyczą one przede wszystkim pacjentów wolnościowych. Problemy badania zjawiska trzeźwienia związane są z trudnością gromadzenia podłużnych danych nad pacjentami kończącymi leczenie, trzeźwiejącymi przez lata. W obszarze leczenia uzależnień w warunkach więziennych takich badań spotykamy jeszcze mniej. Bardzo rzetelne opracowania dostarczają badania podłużne ewaluacyjne w stosunku do programu „Atlantis”, przeprowadzone przez S. Ślaskiego (2001). Według niego, po odbyciu terapii więźniowie odczuwają w wyższym stopniu potrzeby związane z osiągnięciami i realizacją celów, a także lepiej czują się w relacjach interpersonalnych. W efekcie terapii także usztywnienie mechanizmów obronnych więźniów, który to fakt można interpretować różnie, ponieważ może świadczyć o nieporzuceniu patologicznych mechanizmów uzależnienia lub wykształceniu się nowych, bardziej dojrzałych. Ślaski wyróżnia także pięć czynników psychologicznych, istotnych w procesie leczenia uzależnionych więźniów: przystosowanie w różnych sytuacjach społecznych, dominację i manipulowanie innymi, neurotyczność, depresyjność i impulsywność (Ślaski, 2001). Badania przeprowadzane były w odstępie trzech miesięcy, dotyczą zatem bezpośrednio skuteczności programów terapeutycznych. Brakuje natomiast badań ujmujących dłuższą perspektywę abstynencji skazanych oraz obejmujących szerzej specyfikę pobytu w zakładzie karnym, także poza oddziałem terapeutycznym.

METODA

Przedmiotem badań własnych uczyniono funkcjonowanie osób zdrowiejących z zespołu uzależnienia od alkoholu, zamkniętych w zakładach karnych na terenie Lubelszczyzny. Badanie dotyczyło bezpośrednio ich osobowości, a także pewnych wskaźników zdrowienia z choroby alkoholowej, takich jak: poczucie zmiany w terapii, skłonności rozwojowe (rozdźwięk pomiędzy ja realnym i idealnym), poczucie sensu życia. Ze względu na niską przydatność długości abstynencji jako kryterium zdrowienia, przyjęto jako jego wstępną miarę poziom przystosowania osobowo-

ściowego badanych więźniów, określony za pomocą analizy skupień. Zasadność takiego podziału weryfikowano następnie, stosując inne zmienne, które uznano za kryteria zdrowienia. W badaniu ujęto także inne czynniki, które mogą mieć wpływ na powodzenie lub porażkę procesu zdrowienia więźniów – takie jak dobrowolność motywacji do leczenia, rodzaj oddziaływań terapeutycznych, którym poddano osobę, doświadczanie przez nią problemów psychicznych itd.

Badanie miało na celu opis funkcjonowania więźniów poddanych terapii, ocenę poziomu ich zdrowienia oraz wyłonienie zmiennych sprzyjających i niesprzyjających postępom trzeźwienia w warunkach zamkniętych. Praktycznym celem badań jest dokonanie oceny skuteczności penitencjarnych oddziaływań terapeutycznych, a także wytyczenia zalecanych kierunków ich rozwoju.

Problemy badawcze

Aby pokazać specyfikę zdrowienia w warunkach izolacji więziennej, zbadaną grupę podzielono ze względu na średnie profile osobowości więźniów. Podział taki miał służyć określeniu, którzy więźniowie są lepiej przystosowani, a więc dążą do dojrzałości osobowościowej i zdrowienia z choroby alkoholowej, a którzy od takiego przystosowania są dalecy. Aby dokonać podziału, posłużono się analizą skupień metodą k-średnich. Uzyskano dwa skupienia. W pierwszym skupieniu znalazły się osoby względnie dobrze przystosowane, o osobowości spełniającej pewne warunki dojrzałości², wymienione przez Allporta (takie jak bardziej realistyczne spostrzeganie siebie, samoakceptacja, szerszy zasięg działań i celów). W drugim skupieniu znalazły się osoby mniej przystosowane, czyli takie, których profil osobowości wskazuje na podleganie nałogowym mechanizmom obronnym i brak postępów w trzeźwieniu. Postawiono w stosunku do obu grup następujące problemy badawcze:

- ▶ Jaką osobowością charakteryzują się osoby przebywające w ZK, bardziej i mniej przystosowane osobowościowo?
- ▶ Czy osoby lepiej przystosowane osobowościowo spełniają inne kryteria zdrowienia z alkoholizmu, takie jak: adekwatne skłonności rozwojowe, wyższe poczucie zmiany w terapii, wyższe poczucie sensu życia i zachowanie dłuższego stażu abstynencji?
- ▶ Czy poziom przystosowania osobowościowego różnicuje grupę więźniów ze względu na zmienne istotne z punktu widzenia terapii, takie jak: doświadczania

² Trudno powiedzieć, aby były to osoby dojrzałe osobowościowo, tym bardziej, iż skupienie jest uśrednieniem wyników większej grupy osób, mowa tu raczej o względnych różnicach w stosunku do współwięźniów, umożliwiających zapewne skuteczny powrót do zdrowia.

nie problemów psychicznych, wychowywanie przez opiekunów z problemem alkoholowym, dobrowolność motywacji do leczenia, rodzaj otrzymywanej podczas zdrowienia pomocy?

- ▷ Czy grupa osób bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo różni się od siebie pod względem zmiennych ubocznych wyszczególnionych w badaniu?

Procedura badawcza i opis grupy

Badaniami objęto w sumie 97 osób osadzonych w wybranych zakładach karnych na terenie województwa lubelskiego. W skład badanej grupy weszło 88 mężczyzn oraz dziewięć kobiet. Proporcja ta odzwierciedla w przybliżeniu rozkład płciowy osób odbywających kary pozbawienia wolności w naszym kraju (informacja statystyczna, 2011).

W badanej grupie dominują osoby z wykształceniem podstawowym oraz średnim, przeważnie zawodowym. Znalazła się tam tylko jedna osoba z wykształceniem wyższym, jeden badany nie przyznał się do poziomu swojego wykształcenia (tabela 1).

Tabela 1

Wykształcenie osób badanych

	n	%
Podstawowe	48	49,5
Średnie	47	48,5
Wyższe	1	1
Ogółem	97	100

Większość badanych pochodzi ze średnich lub dużych miast (36,1%), nieco mniej wychowało się na wsi (29,9%). Co piąty badany pochodzi z dużego miasta (19,6%). Część badanych nie wypełniła informacji dotyczącej miejsca ich pochodzenia społecznego (tabela 2).

Tabela 2

Miejsce zamieszkania osób badanych

	n	%
Duże miasto	19	19,6
Średnie lub małe miasto	35	36,1
Wieś	29	29,9
Braki danych	14	14,4

Osoby badane zachowywały abstynencję średnio przez 21 miesięcy. Zróżnicowanie grupy pod tym względem jest dość duże, odchylenie standardowe wynosi około 20 miesięcy. Najkrócej trzeźwa osoba miała za sobą jeden miesiąc abstynencji, alkoholik zdrowiejący najdłużej, nie pije od 10 lat. Średnia wieku w próbie to 36 lat, najmłodszy z badanych skazanych miał 21, najstarszy 64 lata.

Zdecydowana większość badanych leczyła się w oddziałach terapeutycznych znajdujących się w zakładach karnych – 79,4%. Podobna liczba skazanych korzysta z pomocy wspólnoty AA (76,3%). Co trzeci badany leczył się wcześniej na wolności w ośrodku odwykowym (33,3%), natomiast co dziesiąty korzystał z pomocy ambulatoryjnej, uczęszczając na różne formy terapii we wszelkiego rodzaju poradniach (11,3%). Wielu badanych korzystało zatem z pomocy psychologicznej jeszcze przed pobytem w więzieniu.

Badanie przeprowadzono w Zakładach Karnych w Białej Podlaskiej – na oddziale terapeutycznym oraz oddziale półotwartym, Zamościu – oddział terapeutyczny półotwarty oraz zamknięty, a także w Areszcie Śledczym w Lublinie. Wśród badanych osób dominują osoby osadzone obecnie w Zamościu i Białej Podlaskiej (po 38,1%), nieco mniej skazanych zbadano w lubelskim Areszcie Śledczym (23,7%), tam też zbadano wszystkie kobiety. 65% osadzonych odbywało w chwili badania terapię na oddziałach terapeutycznych swoich zakładów. Pozostali rekrutowani byli na podstawie informacji uzyskanych od wychowawców – są to uczestnicy grup AA lub absolwenci programów terapeutycznych. Rozkład badanych ze względu na placówkę, w której miało miejsce badanie, zawiera tabela 3.

Tabela 3

Miejsce odbywania kary przez osoby badane

	n	%
Areszt Śledczy w Lublinie	23	23,7
Oddział Terapeutyczny Biała Podlaska	26	26,8
Zakład Karny Biała Podlaska	11	11,3
Oddział Terapeutyczny półotwarty Zamość	26	26,8
Oddział Terapeutyczny zamknięty Zamość	11	11,3

Badania odbyły się w lipcu i sierpniu 2011 roku. Po uzyskaniu zgody władz więziennych, organizowano sytuację badawczą. O wyznaczonej godzinie skazanych zbierano w danej sali (na oddziale terapeutycznym lub oddziale, w którym obecnie znajdował się skazany – dotyczy AŚ Lublin i ZK oddziału półotwartego w Białej Podlaskiej), gdzie proszono ich o wypełnienie zestawu ankiet. Badanych poinformowano o celu badań oraz o ich anonimowości. Po wyrażeniu zgody, ba-

dani wypełniali testy, co zajmowało im przeciętnie około godziny. Badanie miało charakter grupowy. Napotkano pewne trudności związane z brakami danych. Materiał badawczy był dość obszerny, badani pomijali niektóre części kwestionariuszy lub poszczególne pytania. Być może niektóre z pytań i instrukcji były dla nich za trudne. Nie zawsze była możliwość bieżącego przejrzenia wszystkich ankiet i zwrócenia uwagi badanym na konieczność uzupełnienia braków danych. Spowodowało to sytuację, w której duża część badanych ma pominięte poszczególne elementy testowania. Zdecydowano się jednak nie usuwać całych zestawów danych. Do poszczególnych analiz włączano nieco różne liczebności osób. Wspomniane braki danych mogą mieć charakter diagnostyczny, ponieważ dotyczą przede wszystkim relacji retrospektywnych lub formułowania planów, głównie przez osoby o niższym przystosowaniu osobowościowym. Należy także pamiętać, że wszystkie stosowane narzędzia miały charakter testu papier-ołówek, co w przypadku badania więźniów obniża ich diagnostyczność i każe zachować ostrożność ze względu na to, że osoby badane mogły nie być szczere. Sytuacja taka zmusza jednak do przyjęcia dużej dozy ostrożności w interpretacji i generalizacji uzyskanych wyników.

Zmienne

W badaniu mierzono następujące zmienne:

- ▶ Zmienna różnicująca: osobowość więźniów, określona na podstawie analizy skupień (metoda k-średnich) wyników testu ACL-37 w wersji: *jaki jestem?* Zmienna przyjmuje postać profili osobowości dla dwóch grup: bardziej przystosowani osobowościowo vs mniej przystosowani osobowościowo.
- ▶ Zmienna różnicowana 1: kryteria zdrowienia z alkoholizmu, takie jak:
 - ➔ Skłonności rozwojowe więźniów, określone na podstawie rozdźwięku między aktualnym a idealnym obrazem własnej osobowości więźniów, uzyskanym na podstawie wyników testu ACL-37 w wersji: *jaki chciałbym być?* Wynik 37 czynników przyjmuje postać profilu osobowości, który daje się interpretować jakościowo.
 - ➔ Poczucie poprawy w życiu fizycznym, psychicznym, rodzinnym i duchowym, deklarowana przez badanych na quasi-interwałowej skali w ankiecie zmiany.
 - ➔ Poczucie sensu życia, którego wskaźnikiem jest wynik testu PIL – pomiar na skali ilościowej.
 - ➔ Długość abstynencji, określona na podstawie deklaracji więźniów z ankiety – liczona w miesiącach.
- ▶ Zmienne różnicowane 2: zmiennymi istotnymi z punktu widzenia terapii, nazwano grupę zmiennych, takich jak:

- Rodzaj odbywanego wcześniej leczenia i otrzymywanego wsparcia;
- Dobrowolność motywacji do leczenia;
- Doświadczenie problemów psychicznych przez skazanego;
- Wychowywanie w rodzinie z problemem alkoholowej.

Zmienne wyróżniono na podstawie ankiety, przyjmują one postać dychotomiczną – występuje lub nie występuje (poza rodzajem odbywanego leczenia i otrzymywanego wsparcia, gdzie wyszczególniono cztery kategorie – poradnia na wolności; zamknięty oddział odwykowy; terapia więzienna; udział w AA).

Zmienne uboczne kontrolowane: wykształcenie osób badanych; miejsce zamieszkania (pochodzenia); wiek; rodzaj placówki/oddziału, w której osoba odbywa karę. Wskaźnikami tych zmiennych były odpowiedzi osób badanych udzielone w ankiecie zmiany.

Zastosowana metoda

W trakcie badań wykorzystano trzy narzędzia badawcze. Pierwsze z nich to ACL – test przymiotnikowy, który jest testem używanym m.in. do samoopisowego badania osobowości. W badaniu wykorzystano go w celu dokonania opisu obrazu aktualnego oraz idealnego badanych osób. Manipulowano więc instrukcją testu, zastosowano dwie jego wersje z instrukcją: *jaki jesteś* – dla badania obrazu realnego oraz *jaki chciałbyś być* – dla idealnego obrazu osobowości. Test w każdej z wersji wygląda (poza instrukcją) tak samo, zawiera 300 przymiotników i składa się z 37 skal, które można podzielić na kilka grup:

- ▷ Skale początkowe: No. Ckd (liczba zaznaczonych przymiotników), Fav (liczba przymiotników pozytywnych), Unfav (liczba przymiotników negatywnych), Com (skala kontrolna, typowość);
- ▷ Skale potrzeb w ujęciu teorii Murraya: Ach (potrzeba osiągnięć), Dom (potrzeba dominacji), End (potrzeba wytrwałości), Ord (potrzeba porządku), Int (potrzeba rozumienia siebie i innych), Nur (potrzeba opieki nad innymi), Aff (potrzeba afiliacji), Het (potrzeba kontaktów heteroseksualnych), Exh (potrzeba zwracania na siebie uwagi), Aut (potrzeba autonomii), Agg (potrzeba agresji), Cha (potrzeba zmian), Suc (potrzeba wsparcia), Aba (potrzeba poniżenia się), Def (potrzeba podporządkowania);
- ▷ Skale tematyczne: Crs (gotowość poddania się poradnictwu), S-Cn (samokontrola), S-Cfd (zaufanie do siebie), P-Adj (przystosowanie osobiste), Iss (skala idealnego obrazu siebie), Cps (skala osobowości twórczej), Mls (przywództwo), Mas (męskość), Fem (kobiecość);

- ▷ Skale analizy transakcyjnej zgodnie z koncepcją Berne'a: CP (krytyczny rodzic), NP (opiekuńczy rodzic), A (dorosły), FC (swobodne dziecko), AC (przystosowane dziecko);
- ▷ Skale inteligencji oparte na koncepcji Welsha: A-1 (wysoka oryginalność i niska inteligencja), A-2 (wysoka oryginalność i wysoka inteligencja), A-3 (niska oryginalność i niska inteligencja), A-4 (niska oryginalność i wysoka inteligencja; Porzak, 1999).

Badany wypełnia test poprzez zaznaczenie odpowiednich przymiotników z listy. Test został przetłumaczony na język polski przez Z. Płużek. Brak jest dostępnej polskiej normalizacji testu, a jego wyniki interpretuje się jako odchylenia od przeciętnych w stosunku do skali i reszty profilu.

Kolejnym narzędziem to *Test Purpose of Life* (PIL), opracowany został przez J. C. Crumbaugh i L. T. Macholick. Na język polski przetłumaczyła go Płużek nazywając *Testem sensu życia*. Składa się on z trzech części: A, B i C. Analizie ilościowej podlega część A, część B to zdania niedokończone, natomiast część C to pytanie otwarte dotyczące celów, ambicji i dążeń osób badanych. Jako podstawę dla konstrukcji tego testu służy koncepcja frustracji egzystencjalnej V. Frankla. „Możemy racjonalnie zdefiniować wyrażenie *Purpose of Life* jako ontologiczne znaczenie życia z punktu widzenia doświadczającej jednostki” (Crumbaugh, Macholick, 1964, s. 201). W badaniach normalizacyjnych przeprowadzonych na populacji amerykańskiej stwierdzono, że test różnicuje osoby pod względem zdrowia psychicznego. Nie jest to zwykły test różnicujący normę od patologii (co autorzy uzasadniają stwierdzając niską korelację między PIL a skalą MMPI³). Natomiast wychwytuje zjawisko nerwicy noogennej. Jako wynik graniczny dla populacji amerykańskiej ustalono 111,5 dla kobiet, 107,5 dla mężczyzn⁴. Trafność skali autorzy potwierdzają, odnosząc wyniki ich testu do kwestionariusza Frankla ($r = 0,68$). Rzetelność testowano, ustalając korelację między pozycjami testu ($R = 0,81$), z korektą Spearmana-Browna 0,90 (Crumbaugh, Macholick, 1964). Niestety nie przeprowadzono badań normalizacyjnych na populacji polskiej.

Ankieta zmian w terapii została opracowana w 2005 roku przez dr. P. Szczukiewicza. Służy ona określeniu sytuacji osobistej i społeczno-demograficznej badanego. Ważne pytanie dotyczy tego, czy ktoś z rodziców lub opiekunów badanego nadużywał alkoholu. Pozostała część ankiety dotyczy historii oraz zaangażowania w leczenie – pytania dotyczące leczenia klasyfikowano potem na pomoc uzyskiwaną

³ Przy czym warto zaznaczyć wysoką korelację z niektórymi skalami, np. skalą depresji (Popielski, 1987).

⁴ Różnica nieistotna statystycznie.

na wolności (w poradni lub na oddziale odwykowym szpitala) lub terapię, na którą skazani uczęszczają na oddziałach terapeutycznych zakładów karnych. Inną formą uzyskiwanej pomocy był udział w grupach samopomocy – AA. Osoba badana deklaruje w ankiecie także stopień zmian, jakie dostrzega – czyni to na pięciostopniowej skali – w odniesieniu do swojego zdrowia fizycznego, psychicznego, życia rodzinnego i duchowego. Badani oceniali też, w jakim stopniu zmianę przypisują terapii psychologicznej, a w jakim udziałowi w ruchu AA. W pytaniu otwartym deklarują też, czy obecnie doświadczają jakichś problemów psychicznych.

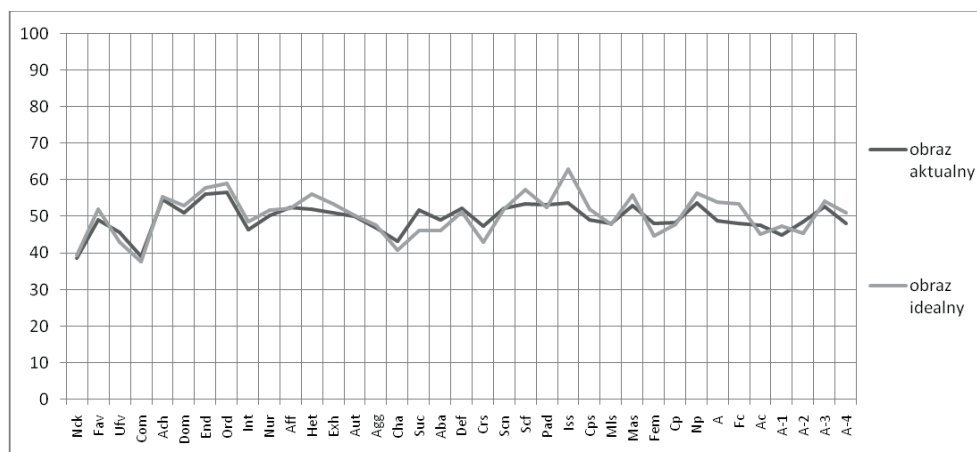
WYNIKI

Osobowość i skłonności rozwojowe badanych więźniów

Osoby osadzone znajdujące się w pierwszym skupieniu ($n = 56$) charakteryzują się dość stabilnym i zróżnicowanym obrazem własnej osobowości. Świadczy o tym wyrównany poziom przeciętnego profilu (rysunek 1.). Względna równowaga pomiędzy liczbą pozytywnych i negatywnych przymiotników opisujących siebie (z przewagą tych pierwszych), świadczy o realistycznej, ale raczej pozytywnej samoocenie. Więźniowie charakteryzują się dużą potrzebą osiągnięć, opartą przede wszystkim na wytrwałości i potrzebie porządku. Relacje interpersonalne są dla nich relatywnie mniej ważne, miałyby się one w chwili obecnej opierać bardziej na potrzebie przynależności czy brania odpowiedzialności za innych, mniej na agresji. Zwraca uwagę charakterystyczna w profilach alkoholików sztywność schematów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W wielu skalach wyniki oscylują wokół przeciętnej. Tak jest m.in. jeżeli chodzi o skale dotyczące przystosowania, a także poszczególne sposoby wchodzenia w transakcje społeczne, gdzie wyróżnia się podwyższona skłonność do stawiania w roli opiekuńczego rodzica. Generalnie skale analizy transakcyjnej wskazują na przeciętne przystosowanie osób w tej grupie. Skale oryginalności – inteligencji wskazują na istniejącą potrzebę zachowywania się w sposób typowy, rozsądny, bardziej przystosowany i z większym dystansem do świata.

Obraz idealny osobowości tych skazanych ($n = 55$) jest dość zbliżony do obrazu realnego. Świadczy to o dużej dozie samoakceptacji i umiarkowanych dążeniach rozwojowych. Może być także miarą niskich ambicji i braku perspektyw rozwojowych tych więźniów. Więźniowie dążą do bardziej efektywnego działania zadaniowego, także w oparciu o wytrwałość i porządek. W relacjach interpersonalnych chcieliby silniej eksponować swoją osobę, być w centrum uwagi i zainteresowania. Z sytuacjami trudnymi woleliby z kolei radzić sobie przy mniejszym wsparciu otoczenia, nie podporządkowując się silniejszym od siebie w sposób ponizający dla nich. Chcieliby być

osobami, które nie wymagają profesjonalnej pomocy i poradnictwa i mają większe zaufanie do siebie. Zdecydowanie osoby znajdujące się w tym skupieniu, chciałyby także mieć łatwość w osiągnięciu celów i realizacji planów, koncentrujących się na sobie. Na podstawie wyników skal analizy transakcyjnej możemy także wnioskować, że dążą oni do bardziej przystosowanych, ale także swobodnych transakcji z otoczeniem społecznym, przede wszystkim opierających się na udzielaniu wsparcia i brania odpowiedzialności za innych.

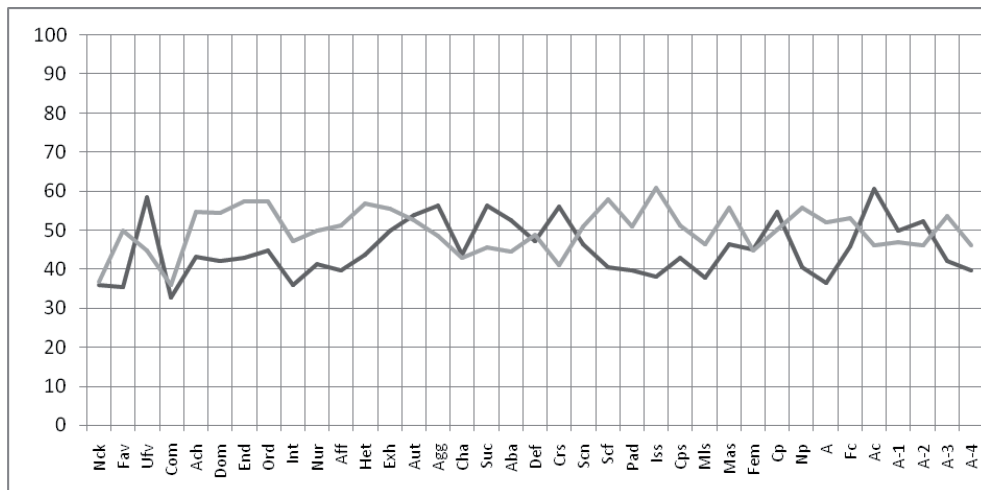


Rysunek 1. Skupienie osób bardziej przystosowanych osobowościowo – obraz aktualny oraz idealny.

Osoby, których wyniki testu osobowości znalazły się w drugim skupieniu ($N = 41$), są bardziej wyraziste osobowościowo, niestety w stronę niższego przystosowania. Charakteryzują się one niską samoocena i mało realistycznym spostrzeganiem siebie. Są zupełnie nietypowi w stosunku do populacji. Mają dość niskie potrzeby osiągnięć, podobnie jak potrzeby związane z relacjami interpersonalnymi. Uwagę zwraca niski poziom rozumienia siebie i innych ludzi, co wskazuje, że są to osoby prozaiczne, o nieskomplikowanym wnętrzu. Ich relacje opierają się raczej na agresywnych komunikatach, podkreślaniu swojej autonomii, pokazywaniu się przed innymi, często w manipulacyjny sposób. W sytuacjach trudnych, osoby uzależnione z tej grupy wykazują potrzebę otrzymywania wsparcia. Nie wykazują jednak tendencji do bezpiecznego podporządkowywania się wtedy innym ani poniżania się przed nimi. Natomiast chętnie poddaliby się poradnictwu ze strony profesjonalisty. Ich mechanizmy obronne wydają się być na ten moment rozbrojone. Skazani z tej grupy charakteryzują się niskim przystosowaniem osobistym, nie potrafią dążyć i realizować swoich celów ani współdziałać w grupie, co odbija się także na jakości terapii, w której uczestniczą. W transakcjach społecznych funkcjonują w sposób wy-

soce nieprzystosowany. Przyjmują oni w nich często role przystosowanego dziecka, pokazując swą zależność i niepewność w zmaganiu się z życiem. Często zachowują się w stosunku do otoczenia jak krytyczny rodzic, co objawia się tym, że są niezadowoleni, oporujący, krytykanccy. Spostrzegają się jako osoby oryginalne, nietypowe, co sprawia też, że czują się samotne i nieszczęśliwe.

Diametralnie różny od obrazu realnego jest idealny obraz siebie alkoholików z tej grupy ($N = 35$). Średnie rozbieżności w poszczególnych skalach różnią się nawet o 10–20pkt, co świadczy o tym, że pragnienia te są życzeniowe i bardzo trudne do spełnienia. Więźniowie chcieliby lepiej o sobie myśleć, mieć pozytywną i bardziej realistyczną samoocenę. Dążą oni do postawy nastawionej na realizację celów i zadań, opartej w podobnej mierze na wytrwałości i porządku, co na dominacji i potrzebie osiągnięć. W relacjach interpersonalnych chcieliby lepiej rozumieć siebie, być bardziej opiekuńczy i atrakcyjni erotycznie. W ich idealnej wizji, to właśnie na tej atrakcyjności, a nie na podkreślaniu własnej autonomii i agresji, miałyby opierać się te relacje. W sytuacjach trudnych zdecydowanie chcieliby polegać na sobie, być osobami asertywnymi, niezależnymi i pewnymi siebie. Tendencja do samowystarczalności dotyczy także poddawania się pomocy ze strony profesjonalistów. Duże rozdziewięki pomiędzy obrazem realnym i idealnym spostrzec można w sferze przystosowania i osiągnięcia celów. Osoby badane w tej grupie chciałyby mieć łatwość osiągnięcia zarówno swoich celów, jak i współpracy grupowej. Cele własne, zaufanie do siebie i poczucie własnej niezależności wybijają się tu jednak na pierwszy plan.

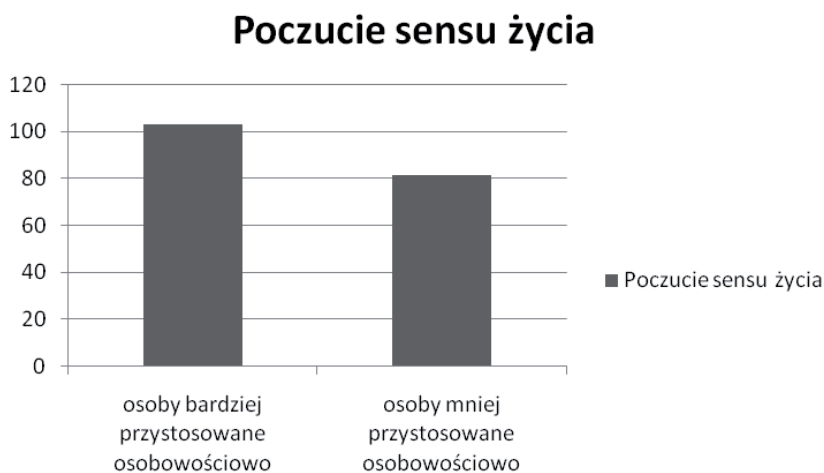


Rysunek 2. Skupienie osób mniej przystosowanych osobowościowo – obraz aktualny oraz idealny.

W odniesieniu do otoczenia społecznego, osoby badane chciałyby zachowywać się bardziej dojrzałe i w sposób bardziej przystosowany. Idealny układ skal wskazuje na zbliżoną wizję idealną, jak w przypadku osób z grupy pierwszej. Ze względu jednak na diametralnie inny stan obecny, osoby te będą wkładały w zmianę w tym kierunku o wiele więcej wysiłku. Skazani chcieliby widzieć siebie, jako osoby bardziej typowe, mniej wybijające się, a przez to lepiej przystosowane.

Poczucie sensu życia

Porównano średnie wyniki sensu życia osób wychodzących z uzależnienia w więzieniu. W porównaniu z osobami o słabszym przystosowaniu ($M = 81,42$, $SD = 18,39$) osoby lepiej przystosowane osobowościowo charakteryzują się wyższym poczuciem sensu istnienia ($M = 103,43$, $SD = 17,38$), $t(93) = 5,94$, $p < 0,001$, $d = 3,702$. Jakkolwiek wyniki osób w tej grupie są bardzo zróżnicowane, tak średni wynik jest niższy od uzyskanego podczas badań amerykańskich granicznego wyniku ($M = 107,5$ lub $M = 111,5$; Crombaugh, Macholick, 1974). Wynik osób lepiej przystosowanych zbliżony jest natomiast z wynikami uzyskanymi w analogicznych badaniach wśród osób uzależnionych na wolności – $M = 104,1$ (Juza, 2011). Średni wynik osób, które znalazły się w drugim skupieniu, jest jednak obniżony i wskazuje na występującą frustrację egzystencjalną w tej grupie.



Rysunek 3. Poczucie sensu życia osób bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo.

Poczucie zmiany w terapii

Osoby znajdujące się w różnych skupieniach pod względem osobowościowym różnią się między sobą w zakresie odczucia poprawy pod wpływem terapii. Oczywiście osoby lepiej przystosowane osobowościowo mają wyższe poczucie poprawy i to zarówno w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i życia rodzinnego. Sferą, w której obie grupy nie różnią się istotnie statystycznie w zakresie poczucia poprawy, jest obszar życia duchowego. Nie jest też tak, jakoby któraś z grup przypisywała swoją poprawę bardziej terapii psychologicznej lub bardziej ruchowi AA. Porównania dokonano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Wyniki przedstawia tabela 4.

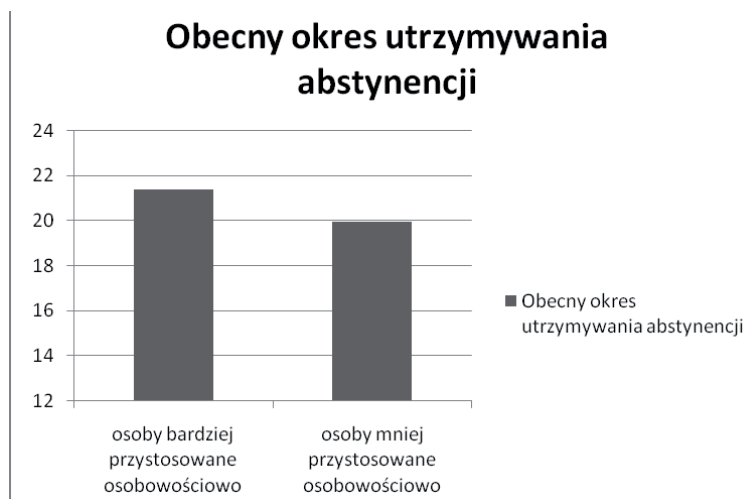
Tabela 4

Poczucie poprawy w poszczególnych sferach życia u alkoholików mniej i bardziej przystosowanych osobowościowo

Poszczególne wymiary poczucia zmiany	Osoby bardziej przystosowane osobowościowo $n = 56$		Osoby mniej przystosowane osobowościowo $n = 41$		Wynik testu	
	M	SD	M	SD	U	p
zdrowie fizyczne	2,80	1,227	2,32	1,128	839,00	0,019
samopoczucie psychiczne	2,73	1,053	2,07	1,367	828,50	0,016
życie duchowe	2,44	1,239	2,15	1,370	966,00	0,271
życie rodzinne	2,96	1,414	2,29	1,601	858,50	0,026
poprawa przypisywana terapii psychologicznej	2,67	1,387	2,33	1,493	924,50	0,301
poprawa wynikająca z uczestnictwa w AA	2,44	1,488	2,13	1,510	897,00	0,293

Okres utrzymywanej abstynencji

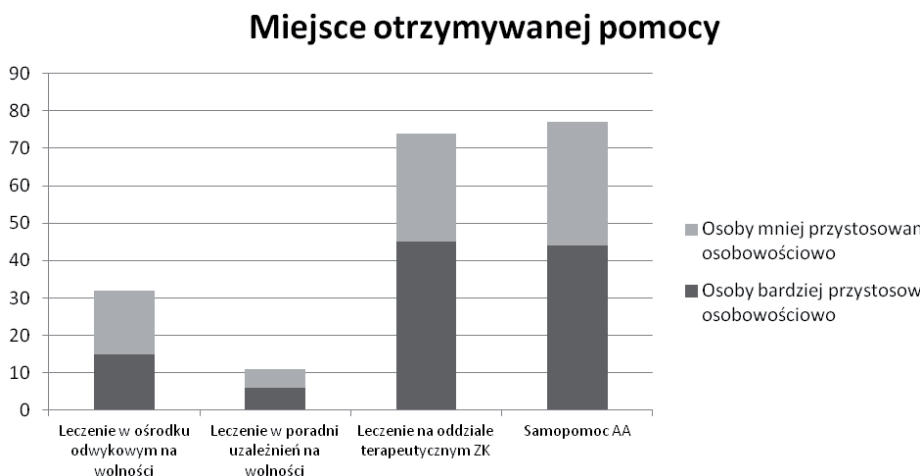
Porównania średnich okresów abstynencji w obu grupach, ze względu na niezgodność rozkładu tej cechy z rozkładem teoretycznym, dokonano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. Porównanie to wykazało, że różnica pomiędzy przeciętnym okresem abstynencji w grupie osób lepiej przystosowanych osobowościowo ($M = 21,39$, $SD = 18,87$), w porównaniu z osobami słabiej przystosowanymi ($M = 19,95$, $SD = 23,14$), jest niewielka i nieistotna statystycznie $U = 892,50$.



Rysunek 4. Obecny okres utrzymywania abstynencji osób bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo.

Zmienne istotne z punktu widzenia terapii

Testowano zróżnicowanie międzygrupowe pod względem zmiennych dotyczących leczenia. Okazało się, że niezależnie od tego, gdzie dana osoba otrzymywała pomoc – czy była to terapia w więzieniu, grupa AA, czy formy oddziaływań psychologicznych na wolności – żadna z form leczenia nie predysponuje bardziej do określonego przystosowania osobowościowego, wyróżnionego w skupieniach (rysunek 5).



Rysunek 5. Miejsce otrzymywanej pomocy a poziom przystosowania osobowościowego badanych więźniów.

Inną grupą zmiennych branych pod uwagę w kontroli zmiennych ubocznych są zmienne dotyczące postrzegania u siebie problemów psychicznych, dobrowolność motywacji do leczenia⁵ oraz mechanizm transmisji międzypokoleniowej. Z zestawienia tabel krzyżowych wynika, że w grupie osób mniej przystosowanych jest istotnie więcej osób, których rodzice lub opiekunowie nadużywali alkoholu ($\chi^2(1) = 6,44; n = 94, p = 0,011$) – tabela 5. Istnieje także tendencja statystyczna, do częstszego stosowania środków przymusu i rzadszej motywacji wewnętrznej wśród tych osób ($\chi^2(1) = 3,64; n = 82, p = 0,056$) – tabela 6. Podobnie, jeśli chodzi o doświadczanie problemów psychicznych. Osoby mniej przystosowane uskarżają się na różnego rodzaju lęki, depresje, niepokoje itp. częściej niż ich koledzy i koleżanki, którzy znaleźli się w drugim skupieniu ($\chi^2(1) = 4,21; n = 97, p = 0,040$) – tabela 7.

Tabela 5

Nadużywanie w przeszłości alkoholu przez opiekunów więźniów bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo

	Osoby bardziej przystosowane osobowościowo	Osoby mniej przystosowane osobowościowo
Osoby, których opiekunowie nie nadużywali alkoholu	$n = 28$	$n = 25$
Osoby, których opiekunowie nadużywali alkoholu	$n = 11$	$n = 30$

Tabela 6

Deklaracje dotyczące motywacji więźniów bardziej i mniej przystosowanych osobowościowo

	Osoby bardziej przystosowane osobowościowo	Osoby mniej przystosowane osobowościowo
Osoby deklaruujące dobrowolną motywację do leczenia	$n = 30$	$n = 18$
Osoby deklaruujące niedobrowolną motywację do leczenia	$n = 14$	$n = 20$

Tabela 7

Doświadczanie problemów psychicznych przez osoby bardziej i mniej przystosowane osobowościowo

	Osoby bardziej przystosowane osobowościowo	Osoby mniej przystosowane osobowościowo
Osoby niedoświadczające problemów psychicznych	$n = 21$	$n = 24$
Osoby doświadczające problemów psychicznych	$n = 35$	$n = 17$

⁵ Za wskaźnik tej zmiennej uznano pojawienie się w wypowiedzi badanego sformułowań wskazujących na wewnętrzne przyczyny leczenia, np. „sam się zgłosiłem”, „obawa o zdrowie” itp. w przeciwieństwie do wypowiedzi wskazujących na nakaz sądowy lub przymus stosowany w ZK.

Zmienne uboczne, kontrolowane w badaniu

W badaniu uwzględniono szereg innych zmiennych kontrolowanych. Poddano więc analizie, w jakim stopniu wyróżnione grupy osób uzależnionych od alkoholu charakteryzują się poszczególnymi właściwościami. Wśród zmiennych społeczno-demograficznych testowano, w jakim stopniu przynależność do poszczególnych klastrów jest związana z poziomem wykształcenia⁶. Okazało się, że nie istnieje związek pomiędzy tymi zmiennymi. Nie wykazano także istotnych zależności pomiędzy przynależnością do wymienionych grup a miejscem zamieszkania ani placówką, w której podczas badania znajdowała się osoba osadzona. Osoby w badanych grupach nie różnią się także średnią wieku.

DYSKUSJA

Uzyskane rezultaty badań, pozwalają na postawienie wniosków dotyczących zdrowienia z alkoholizmu w więzieniu. Zdecydowanie długość utrzymywania abstynencji przez więźniów nie jest dobrym kryterium postępów w procesie wyzwalania się z uzależnienia. Lepszą miarą postępów w dążeniu do zdrowia, jest lepsze przystosowanie osobowości osoby uzależnionej, zmierzające ku osobowości dojrzałej (Szcukiewicz, 2002). Osoby lepiej przystosowane spełniały także inne kryteria zdrowienia, takie jak posiadanie wyższego poczucia zmiany, poczucia sensu życia czy bardziej realistycznych i zmierzających ku zdrowiu skłonności rozwojowych. Zmiany w zakresie poczucia sensu życia pokazują, że także w więzieniu proces zdrowienia obejmuje wymiar noetyczny osoby. Zdrowienie obejmuje zatem wszystkie sfery życia osoby uzależnionej (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Okazuje się, że jest wśród więźniów duża liczba osób, które dobrze się rozwijają lub mają ku temu potencjał. Ich rozwój zmierza w stronę zadaniowej realizacji siebie, mniej ich interesują relacje interpersonalne. Inaczej trzeźwieją alkoholicy na wolności, oni dążą bardziej do rozwijania siebie w relacjach z innymi ludźmi, a ich zdrowie budowane jest wraz z upływem czasu abstynencji (Juza, 2012). Ukierunkowanie osadzonych raczej ku zadaniom niż ku relacjom interpersonalnym, może wynikać ze specyficznego środowiska, w którym się znajdują, a którego nie są w stanie opuścić. Z tego też powodu uwalnianie się z tzw. uzależnienia społecznego wydaje się trudniejsze i stąd to ukierunkowanie na osiągnięcia, bardziej niż na podtrzymywanie relacji może się okazać w ich przypadku konstruktywne (Fudała

⁶ Dla zmiennych nominalnych zastosowano testy.

i in., 2002). W tej grupie być może warto wykorzystać konstruktywnie skłonność do opiekowania się innymi.

Istnieje spora grupa alkoholików mocno nieprzystosowanych osobowościowo. Objawia się to przede wszystkim ich upośledzeniem w relacjach społecznych, niskim poziomem ambicji zadaniowych, niskim przystosowaniem osobistym, także z punktu widzenia mechanizmów obronnych. Nadzieją napawa ich gotowość poddania się poradnictwu i potrzeba wsparcia przy rozbrojeniu pewnych (być może patologicznych) mechanizmów obronnych. Może warto byłoby przy tej okazji uczyć ich także szukania wsparcia i bezpieczeństwa w swoim otoczeniu – o ile jest to oczywiście możliwe.

W kontekście opisywanych między grupami różnic niepokojący może się wydać fakt, że nie ma między osobami o wyższych i niższych wskaźnikach zdrowienia różnicy w zakresie poprawy życia duchowego. Może to świadczyć o braku możliwości duchowego rozwoju w warunkach izolacji, niskiej gotowości więźniów na takie działania, a w efekcie o powierzchownym charakterze doświadczanej przemiany. Sfera oddziaływań duchowych, skierowanych ku wartościom generalnie jest zaniebdywana w więzieniach i ignorowana przez osadzonych, aczkolwiek niewykluczone, że szukanie sensu w tym kierunku będzie szansą dla osób nieposiadających osobowościowego potencjału rozwojowego. Hipoteza taka sprawdza się w odniesieniu do badań pacjentów wolnościowych, którzy nie mając zasobów do rozwijania się w oparciu o zasoby osobowościowe, budują trzeźwość dzięki poczuciu sensu w niej upatrywanemu (Juza, 2011).

Co ciekawe, na dynamikę trzeźwienia przejawiającą się w różnicy pomiędzy osobami o różnych stopniach przystosowania osobowości nie ma wpływu dobór środków stosowanych w stosunku do skazanych czy też takich, jakim podlegali na wolności. Nie jest istotny zatem rodzaj podejmowanej terapii oraz w jakich warunkach ona się dzieje, kluczowe wydają się być inne czynniki tkwiące w specyfice samego pomagania. Oddziaływania terapeutyczne, nawet jeżeli mają charakter przymusowy, zapewne mogą być skuteczne, co jest zgodne z przytaczanymi przez Majcherczyka (2007) badaniami amerykańskimi, świadczącymi o możliwości podobnej skuteczności terapii przymusowej i dobrowolnej. W grupie osób lepiej przystosowanych istnieje tendencja do częstszego deklarowania własnej motywacji przez bardziej zdrowiejących więźniów – poczucie takie bardzo pomaga w terapii, gdzie istotne jest branie odpowiedzialności za swoje zachowanie. Pamiętajmy jednak, że retrospektywne deklaracje skazanych, mogą też wynikać z potrzeby wyjaśnienia sobie przed sobą samym zasadności podjęcia zmiany w terapii i szukania jej źródła w sobie, co może być wynikiem zniekształcenia poznawczego.

Osoby mniej przystosowane osobowościowo częściej doświadczają różnego rodzaju niepokojów, lęków, także związanych z ich przystosowaniem do trudnej

sytuacji zamknięcia (Fudała i in., 2002). Ponadto często te osoby były wychowywane przez osoby nadużywające alkoholu, można więc przypuszczać, że rozwinęły się u nich trudności typowe dla syndromu dorosłych dzieci alkoholików – jest to ciekawa hipoteza do dalszych badań. Wszystko to wskazuje, że są to właśnie osoby o szczególnych potrzebach. Być może wymagają one interwencji psychologicznej, która pomogłaby im się przystosować do trudnych warunków więziennych lub stworzyłaby warunki do poradzenia sobie z problemami psychicznymi, których doświadczają. Warto zastanowić się także nad skupieniem się w ich terapii na źródłach rodzinnych, z jakich wywodzą się ich problemy. Być może dla osób o niskich możliwościach rozwojowych adekwatne byłyby metody pomagające odnaleźć jakiś sens cierpienia, jakiego doświadczają. Poszukiwania te można próbować ukierunkować w stronę rozwoju duchowości.

Z całą pewnością badania powyższe nie wyczerpują tematu trzeźwienia osób uzależnionych, przebywających w zakładach karnych. Wręcz wyznaczają szerokie obszary do badań, szczególnie podłużnych (wieloletnich), które pozwoliłyby bardziej trafnie ocenić dynamikę trzeźwienia opartą o zmiany osobowości w kierunku jej dojrzewiania. Warto będzie w takich badaniach przyjrzeć się łańcuchowi transmisji międzypokoleniowej, zagadnieniu doświadczania problemów psychicznych przez więźniów, a także bardziej szczegółowym korelatom rozwoju duchowości i odnajdywania sensu życia w warunkach izolacji więziennej.

BIBLIOGRAFIA

- Brown, S. (1992). *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Crumbaugh, J. C., Macholick, J. T. (1964). An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20 (2), 200–207.
- Dodziuk, A. (2006). *Trzeźwienie jako droga życiowa*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Frankl, V. E. (1984a). *Człowiek wolny. Wykłady metakliniczne*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Frankl, V. E. (1984b). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Frankl, V. E. (2009) Podstawy logoterapii [w:] Frankl V.E. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Fudała, J., Głowik, T., Witek, S. (2000). Więźniowie się leczą. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 5.
- Głowik, T. (2002). System terapeutyczny w jednostkach penitencjarnych. *Świat problemów*, 5, 8–11.

- Gorski, T., Miller, M. (1991). *Jak wytrwać w trzeźwości. Poradnik zapobiegania nawrotom choroby*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Hall, C., Lindzey, G., Campbell, J. (2006). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Holmes, R. M. (1970). Alcoholics anonymous as group logotherapy. *Pastoral psychology*, 21 (202), 30–36.
- Informacja statystyczna o ewidencji spraw i orzecznictwie w sądach powszechnych i o więziennictwie. Część VIII Więziennictwo w 2011 r. Pobrane z: <http://bip.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/statystyki/statystyki-2011/download,1721,7.html>.
- Juza, Sz. (2011). *Percepcja zmiany osobistej u osób uzależnionych, na różnych etapach terapii uzależnienia*. Niepublikowana praca magisterska, UMCS, Lublin.
- Juza, Sz. (2012). Kim jestem? Kim byłem? Dokąd zmierzam? *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2, 24–27.
- Kaczmarczyk, I. (2008). *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Kapler, L. (1994). Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia. *Świat Problemów*, 7/8, 7–8.
- Kettelhack, G. (1998). *Third-Year sobriety: finding out who you really are*. Hazelden: Hazelden Publishing.
- Kuźmnych, S. (2003). *Poczucie zmian w obrazie siebie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (studium porównawcze)*. Niepublikowana praca dyplomowa, Instytut Psychologii UKSW, Warszawa.
- Majcherczyk, A. (2007). Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych. *Alkoholizm i narkomania*, 3, 321–342.
- Maslow, A. (2006). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Morawski, J. (1968). Młodociani grypserzy. *Przegląd penitencjarny*, 4, 39–44.
- Nawój, J. (2002). Terapia odwykowa w więzieniu. *Problemy Alkoholizmu*, 1, 10–12.
- Okun, B. F. (2002). *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Pomianowski, R. (2000). Czy można mówić o specyfice więziennego odwyku? *Świat Problemów*, 9, 38–40.
- Popielski, K. (1987). Testy egzystencjalne: metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej. W: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte* (s. 237–262). Lublin: RW KUL.
- Porzak, R. (1999). Wykorzystanie testu przymiotnikowego ACL-37 do badania obrazu „szkoły” i „ucznia”. W: Z. B. Gaś (red.), *Szkoła i nauczyciel w percepcji uczniów* (s. 49–70). Warszawa: IBE.
- Rogers, C. R. (2002). *O stawianiu się osobą. Poglądy psychoterapeuty na psychoterapię*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Róžański, K. (1998). Więźniowie na odwyku. *Problemy Alkoholizmu*, 1, 12–14.
- Róžański, K. (2000). Terapia alkoholików w zakładach karnych (nowe regulacje prawne). *Problemy Alkoholizmu*, 1, 12–14.

- Strelau, J. (2004) Osobowość jako zespół cech. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2. Psychologia ogólna* (s. 523–560). Gdańsk: GWP.
- Szczukiewicz, P. (2002). Proces zdrowienia w chorobie alkoholowej a rozwój osobowości. W: M. Tatala, J. Karczewski (red.), *Rozwój osób uzależnionych w procesie zdrowienia* (s. 103–114). Zakroczym: Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości.
- Szczukiewicz, P. (2007). Poczucie sensu życia u osób zaawansowanych w procesie zdrowienia z choroby alkoholowej. W: M. Tatala, J. Karczewski, (red.), *Drogi rozwoju od uzależnienia do wolności* (s. 117–128). Zakroczym: Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości.
- Ślaski, S. (2001) *Psychoterapia uzależnień na przykładzie programu „Atlantis” dla więźniów uzależnionych od alkoholu*. Płock: Novum.
- Wasyłkowska, K. (2002) „Atlantis” i AA – szansa na resocjalizację. *Świat problemów*, 5, 19–21.
- Woronowicz, B. (2009) Alkohol. W: B. Woronowicz (red.), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia* (s. 1–393). Warszawa: PARPA Media Wydawnictwo Edukacyjne.
- Woźnica, B. (2005). W stronę terapii, czyli o orientacji oddziaływań penitencjarnych w nowych warunkach. W: J. Świtka, M. Kuć, I. Niewiadomska (red.), *Osobowość przestępcy a proces resocjalizacyjny*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.