

Raport końcowy z badań w ramach projektu:

**Pomiar skuteczności czynników leczących
w społecznościach terapeutycznych
dla uzależnionych osób dorosłych**

Realizowanego w ramach zadania: 2.1.7. Badanie czynników leczących w społecznościach terapeutycznych w grupie pacjentów uczestniczących w terapii metodą społeczności terapeutycznej, na zlecenie **Krajowego Centrum do Spraw Przeciwdziałania Uzależnieniom, 02-776 Warszawa, ul. Dereniowa 52/54**

Realizator projektu: Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych
ul. Agrarna 2, 80-298 Gdańsk

Autorzy:

dr hab. Jacek Pyżalski, prof. Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – kierownik badania

dr Barbara Tokarska, Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień Monar w Łodzi

dr Wiesław Poleszak, prof. Lubelskiej Akademii WSEI

mgr Jolanta Łazuga-Koczurowska, Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży Monar w Gdańsku

mgr Piotr Adamiak, Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień Monar w Ozorkowie

mgr Marcin Sochocki, Fundacja Poza Schematami w Warszawie

Recenzja naukowa: prof. dr hab. Jan Czesław Czabała

Gdańsk 2023

Spis treści

Wprowadzenie	3
1. Teoretyczne aspekty pomiaru skuteczności czynników leczących w społecznościach terapeutycznych dla uzależnionych osób dorosłych.....	4
1.1. Przegląd problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych osób dorosłych w Polsce – wybrane parametry	4
1.2. System wsparcia dla dorosłych osób z problemem uzależnienia	10
1.3. Społeczność terapeutyczna dla dorosłych osób uzależnionych	21
1.4. Czynniki leczące w społecznościach terapeutycznych	31
1.5. Pomiar czynników leczących metodą terapii społeczności terapeutycznej.....	42
1.6. Funkcjonowanie psychologiczne i społeczne osób uzależnionych w kontekście skuteczności terapii	45
1.7. Pomiar i wskaźniki skuteczności terapii uzależnień w społeczności terapeutycznej	52
2. Metodologia badania.....	58
2.1. Cel badań i model badawczy	58
2.2. Narzędzia badawcze	59
2.3. Opis próby.....	66
3. Wyniki badań własnych.....	72
3.1 Czynniki leczące w społeczności terapeutycznej z perspektywy uczestników programów stacjonarnych ośrodków terapii uzależnień.....	72
3.2. Zmiany wyniku terapii – pomiar test-retest	93
3.3. Obraz realny i idealny pacjentów rozpoczynających i kończących terapię	102
3.4. Obraz idealny pacjentów rozpoczynających i kończących terapię	107
3.5. Grupowe czynniki leczące istotne dla metodyki pracy społecznością terapeutyczną	113
3.6. Związki między czynnikami leczącymi a efektami terapii oraz interakcja czynników	116
3.7. Wnioski z badań	147
4. Bibliografia	150

Wprowadzenie

Zrealizowany projekt nastawiony był na pomiar czynników leczących w społecznościach terapeutycznych dla dorosłych uzależnionych (18–30 lat) i powiązanie ich występowania oraz natężenia z efektami leczenia w postaci istotnych zmiennych indywidualnych (psychologicznych) oraz społecznych (poziom funkcjonowania społecznego, w tym jakość istotnych relacji społecznych). Występowanie i natężenie postrzeganych przez pacjentów czynników leczących, które obecne są w koncepcji społeczności terapeutycznej, zestawione zostanie z efektywnością leczenia mierzoną w modelu pretest-posttest (na początku i pod koniec terapii). Pacjenci (N=1000, N=217 w pełnym cyklu pomiaru, 42 placówki) badani będą baterią narzędzi self-report dwukrotnie (na początku i pod koniec terapii), mierzącymi wybrane zmienne psychologiczne (m.in. realny obraz siebie, idealny obraz siebie, tendencje rozwojowe wynikające z rozbieżności pomiędzy powyższymi obrazami, poczucie sensu życia oraz poczucie poziomu koherencji), które powinny ulec modyfikacji podczas procesu terapeutycznego oraz narzędziami mierzącymi używanie środków psychoaktywnych i postawy względem używania tych środków i innych zachowań ryzykownych, a także samoocenę zdrowia. Uzyskane informacje pozwoliły na odpowiedź na pytanie, które z licznych czynników leczących wymienianych w koncepcji społeczności terapeutycznych są często dostrzegane przez pacjentów oraz które okazują się najistotniejsze i najbardziej przekładają się na skuteczność terapii. Wiedza ta jest bardzo istotna dla budowania metodyki skutecznego wdrażania rozwiązań bazujących na metodzie społeczności terapeutycznej, a także dla procesu przygotowania zawodowego specjalistów leczenia uzależnień.

1. Teoretyczne aspekty pomiaru skuteczności czynników leczących w społecznościach terapeutycznych dla uzależnionych osób dorosłych

1.1. Przegląd problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych osób dorosłych w Polsce – wybrane parametry

Rozdział rozpoczyna analiza nadużywania substancji psychoaktywnych, zgodnie z najnowszymi standardami stanowiącymi konsens wśród specjalistów oraz prezentacja powiązanej z nimi definicji uzależnienia. Następnie przedstawiono dane ilustrujące rozmiar nadużywania alkoholu i nielegalnych substancji psychoaktywnych w Polsce oraz dane dotyczące uzależnienia. W prezentacji posłużono się informacjami z ostatniego dziesięciolecia, stosując kolejność chronologiczną – od najstarszych do najnowszych, z tym że niekiedy obecnie publikowane dane mają źródło w badaniach zrealizowanych dziesięć lat temu. Następnie przedstawiono wybrane dane dotyczące niektórych skutków społecznych nadużywania i uzależnienia od alkoholu i nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz leczenia.

*

W Polsce jednym z kluczowych dokumentów wyznaczających sposób myślenia o kryteriach diagnostycznych jest klasyfikacja „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems” – ICD Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Od 2022 r. status obowiązujący zyskała jej jedenasta wersja (rewizja) ICD-11 (WHO, b.d., *International Statistical Classification...*)¹. Wśród zaburzeń spowodowanych używaniem substancji wymienia się zaburzenia spowodowane stosowaniem m.in.:

- alkoholu (6C40),
- konopi indyjskich (6C41),
- syntetycznych kannabinoidów (6C42),
- opioidów (6C43),
- środków uspokajających (sedatives), nasennych (hypnotics) lub przeciwlękowych (anxiolytics) – 6C44,
- kokainy (6C45),

¹ W Polsce klasyfikacja ta będzie obowiązywała najprawdopodobniej od 2024 r.

- stymulantów, w tym amfetaminy, metamfetaminy lub metkatynonu (methcathinone) – 6C46,
- syntetycznych katynonów (synthetic cathinones) 6C47,
- kofeiny (6C48),
- halucynogenów (6C49),
- nikotyny (6C4A),
- lotnych inhalantów (6C4B),
- MDMA lub pokrewnych leków (related drugs), w tym MDA (6C4C),
- leków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP] (6C4D),
- innych specyficznych substancji psychoaktywnych, w tym leków (6C4E),
- wielu specyficznych substancji psychoaktywnych, w tym leków (6C4F),
- nieznanych lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych (6C4G). (WHO, b.d., *ICD-11 for Mortality...*).

Zaburzenia związane z używaniem substancji mają zróżnicowany charakter i kryteria diagnostyczne. Mogą prowadzić do uzależnienia, które ogólnie opisywane jest „(...) jako zaburzenie kontroli używania substancji, wynikające z powtarzającego się lub ciągłego używania danej substancji. Centralną cechą uzależnienia jest silna, wewnętrzna potrzeba użycia manifestująca się upośledzoną zdolnością kontroli nad używaniem substancji. Następuje wzrost znaczenia i przedkładanie używania nad inne aktywności oraz uporczywe używanie substancji pomimo występujących szkód i konsekwencji z tym związanych. U osób uzależnionych często rozwija się tolerancja, a także doświadczają objawów abstynencyjnych” (Modrzyński, 2019, s. 328).

W literaturze omawiającej problematykę uzależnień, a także w praktyce terapeutycznej często stosuje się „trójpodział” (por. np. Woronowicz, 2009) na 1) zaburzenia związane z używaniem alkoholu, 2) dotyczące innych substancji psychoaktywnych (narkotyków) oraz 3) zaburzenia nawyków i popędów (a według ICD-11 – addictive behaviours – uzależnienia behawioralne).

Nadużywanie alkoholu i nielegalnych substancji psychoaktywnych – rozmiar zjawiska

Szacunki Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2014) wskazują, że w Polsce populacja uzależnionych od alkoholu obejmowała od 600 tysięcy do 800 tysięcy osób. Według danych publikowanych przez WHO (2018, s. 281), zaburzenia związane z używaniem alkoholu (w tym szkodliwe spożywanie i uzależnienie) dotyczyły 12,8% osób w

wieku 15 i więcej lat (kobiety – 3,7%, mężczyźni – 22,7%), z kolei osoby uzależnione od alkoholu stanowiły 2,2% tej populacji (kobiety – 0,4%, mężczyźni – 4,1%). Oznacza to liczebność uzależnionych w wieku 15 i więcej lat przekraczającą 700 tys. osób.

W najnowszym „Biuletynie statystycznym” European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) z 2022 r. w Polsce liczbę problemowych użytkowników opioidów w wieku od 15 do 64 lat oszacowano na poziomie 14664 osób; ogółem ok. 100 tys. osób. W przywoływanym „Biuletynie” wskazano, że dane pochodzą z 2014 r., a wśród źródeł wymienia się m.in. publikację Sierosławskiego (2012) oraz raport z ogólnopolskich badań ankietowych (Sierosławski, i in., 2015). W analizach wykorzystano metodę punktu odniesienia (*benchmark method*), którymi były raportowane liczebności osób leczonych z powodu nadużywania narkotyków lub uzależnienia od nich za 2013 r. (Sierosławski, i in., 2015, s. 265–266). Przez co, jak piszą autorzy raportu: „Dane za 2014 r., którego dotyczyły pytania ankiety, nie są jeszcze dostępne, stąd też (...) oszacowania należy traktować jako wstępne przybliżenie.” (Sierosławski, i in., 2015, s. 266).

W „Diagnozie Społecznej” z 2015 r. pytano respondentów o to, jak zazwyczaj reagują na kłopoty czy trudne sytuacje w swoim życiu. Jedną z możliwych odpowiedzi było „sięgam po alkohol”, którą wybrało 3,5% pytanych (6,4% – mężczyźni, 1,0% – kobiety), z kolei 6,2% respondentów przyznało, że w minionym roku piło za dużo alkoholu (10,2% – mężczyźni, 2,7% – kobiety) [Czapiński, 2015, s. 295].

Wyniki przywoływanego badania z 2015 r. (Czapiński, 2015, s. 298) świadczą, że odsetek osób przyznających się do picia alkoholu w populacji osób dorosłych osiągnął poziom 1,3% mieszkańców Polski. Taki sam odsetek badanych w wieku 16 i więcej lat udzielił twierdzącej odpowiedzi na pytanie „Czy w minionym roku próbował(a) Pan(i) narkotyków?”, 2,0% mężczyzn, 0,8% kobiet; najczęściej były to osoby w wieku 16–24 lat – 3,5% oraz mieszkańcy miast ponad 500 tys. mieszkańców – 2,9% z wykształceniem wyższym i policealnym – 2,0%. Janusz Czapiński omawiając wyniki zaznacza: „Najbardziej zagrożeni narkomanią są mężczyźni, uczniowie i studenci (generalnie osoby młodsze), mieszkańcy dużych miast, prywatni przedsiębiorcy, inni bierni zawodowo, osoby z wykształceniem wyższym i bogatsze” (Czapiński, 2015, s. 299).

Bardziej aktualnych danych dostarczają badania „Epidemiologia Zaburzeń i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej” (Moskalewicz, Wciórka, 2021)². W analizach rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych posługiwano się ICD-10 oraz DSM-IV.

Grupa, której w okresie całego życia dotyczyły zaburzenia związane z używaniem alkoholu, to 7,3% pełnoletnich respondentów, czyli ok. 2,31 mln osób, częściej byli to mężczyźni (12,1%) niż kobiety (2,1%), „(...) zarówno w wieku produkcyjnym (13% vs 2,6%), jak i (...) w wieku emerytalnym (13,4% vs 0,25%)” (Bujalski, Moskalewicz, 2021, s. 394). W okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie zaburzeń związanych z alkoholem doświadczyło 1,5% mieszkańców Polski (482,9 tys.); 2,8% mężczyzn i 0,35% kobiet.

Dane zebrane w przywoływanym badaniu pozwalają szacować, że 1,9% (ok. 582,5 tys.) pełnoletnich mieszkańców Polski w wieku 18 i więcej lat było kiedykolwiek uzależnionych od alkoholu, a w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie – 0,64% (201,4 tys.). „W grupie osób uzależnionych przeważają mężczyźni, ich udział wśród uzależnionych jest dziesięciokrotnie większy niż udział kobiet (Bujalski, Moskalewicz, 2021, s. 395). W innym ogólnopolskim badaniu, zrealizowanym w 2020 r.³ (Rowicka, Postek, Zin-Sędek, 2021), podjęto się oszacowania liczebności grupy respondentów sięgających po alkohol w sposób problemowy – RAPS (*Rapid Alcohol Problems Screen*) korzystając z pytań odnoszących się do czterech wymiarów: poczucia winy, utraty pamięci, zaniedbania, picia od rana. „Przyjmuje się, że odpowiedź twierdząca na chociaż jedno z tych pytań w ciągu ostatnich 12 miesięcy wskazuje na picie problemowe. (...) Do przynajmniej jednego symptomu ryzykownego picia przyznało się 14,2% osób. Mężczyźni doświadczali ich częściej niż kobiety – odpowiednio 22,3% i 6,8%.” (Rowicka, 2021, s. 23).

Rezultaty badania EZOP świadczą, że doświadczenie w użyciu „przynajmniej jednego narkotyku”⁴ miało 5,1% badanych (ok. 1593,4 tys.) z grupy 18 i więcej lat. Szkodliwe używanie narkotyków (wg ICD-10) dotyczyło 1,1%, czyli ok. 357,7 tys. osób w ciągu całego życia; uzależnienie od narkotyków, kiedykolwiek w życiu – 0,2%, czyli ok. 59,6 tys. osób. Z kolei uzależnienie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem dotyczyło 0,1% pytanych, czyli ok. 30,0 tys. pełnoletnich mieszkańców Polski. W wyróżnionym okresie używanie szkodliwe i uzależnienie łącznie dotyczyło 0,21% badanych, czyli ok. 66 tys. osób (Sierosławski, 2021).

² Badania terenowe i dane z lat 2018–2019, reprezentatywna losowa próba populacji Polski, z wyróżnieniem trzech subpopulacji: do 6 lat, od 7 lat do 17 lat, 18 i więcej lat, CAPI. Wykonawcą badania był Instytut Psychiatrii i Neurologii (Moskalewicz, Langiewicz, Wciórka, 2021, s. 23).

³ CAPI, próba 2000 respondentów w wieku 18 i więcej lat.

⁴ Określenie użyte w prezentacji wyników badań – tabela 3.4.5.2.1.

Wśród osób uzależnionych od narkotyków i używających ich szkodliwie, w okresie 12 miesięcy, przeważali mężczyźni (1,44% vs 1,01%), jednak różnica nie była statystycznie istotna. Odnotowano tendencję „(...) do spadku rozpowszechniania nadużywania narkotyków wraz z wiekiem.” (Sierosławski, 2021, s. 406–407). Uzależnienie od narkotyków i ich nadużywanie dotyczy przede wszystkim osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym oraz mieszkańców dużych miast.

Używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu (Sierosławski, 2021, s. 404, EZOP, 2021):

- przynajmniej jeden narkotyk – ok. 1593,4 tys.,
- przetwory konopi (marihuana, haszysz) – ok. 1217,6 tys.,
- narkotyki klubowe⁵ (ecstasy, dopalacze) – ok. 354,4 tys.,
- halucynogeny – ok. 148,1 tys.,
- substancje wziewne – ok. 118,4 tys.,
- kokaina (crack) – ok. 91,1 tys.,
- opioidy (heroina, „kompot”, metadon) – ok. 17,6 tys.
- inne nielegalne – ok. 47,8 tys.
- diagnoza ICD-10 (używanie szkodliwe lub uzależnienie) – ok. 383 tys.

Wybrane skutki społeczne uzależnień – dane ilościowe

Dane zaprezentowane w Diagnozie Społecznej (Czapiński, 2015, s. 300) pokazują, że nadużywanie substancji psychoaktywnych było skorelowane z byciem ofiarą lub sprawcą łamania prawa. Osoby nadużywające alkoholu, sięgające po niego w trudnych sytuacjach, oraz zażywające narkotyki⁶ były: częściej sprawcami kolizji lub wypadku drogowego, okradzione, napadnięte i pobite, oskarżone o czyn, za który grozi kara więzienia lub grzywna, zatrzymane przez policję, oskarżone w sprawie cywilnej, a także bliska im osoba została aresztowana lub miała kłopoty z prawem. Ponadto osoby, których odpowiedzi zaliczono do dwóch pierwszych z wymienionych kategorii, częściej były ofiarami włamań do samochodu czy mieszkania. W 2018 r. 18103 osoby (w tym 17148 mężczyzn) skazano na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Malczewski, Bevez, Dalmata, Jędruszek, Kidawa, 2020, s. 32; Główny Urząd Statystyczny, 2021, s. 176).

W statystykach policyjnych dotyczących 2021 r. użytkownicy dróg (kategoria obejmująca zarówno kierujących, jak i pasażerów oraz pieszych), którzy byli pod wpływem alkoholu,

⁵ Określenie to pochodzi z przywoływanych badań.

⁶ Są to kategorie używane w przywoływanym badaniu.

uczestniczyli w 2488 wypadkach, co stanowi 10,9% wszystkich zarejestrowanych zdarzeń tego typu, „(...) śmierć w nich poniosło 331 osób (14,7% ogółu zabitych), a 2805 osób odniosło obrażenia (10,6% ogółu rannych)” (Komenda Główna Policji, Biuro Ruchu Drogowego, 2022, s. 68). Z kolei kierujący pojazdami, którzy byli pod „działaniem innego środka”, spowodowali 320 kolizji i 129 wypadków (46 osób zginęło, 149 osób zostało rannych) (KGP, BRD, 2022, s. 77).

Dane zgromadzone w kolejnym roku są podobne, jednak liczba odnotowanych wypadków, w których uczestniczyli użytkownicy dróg będący pod działaniem alkoholu, była mniejsza: 2248, czyli (10,5% ogółu wypadków), „(...) śmierć (...) poniosło 268 osób (14,1% ogółu zabitych), a 2567 osób odniosło obrażenia (10,4% ogółu rannych) (KGP, BRD, 2023, s. 62). Warto przy tym zaznaczyć, że licząc od 2013 r. (4028 wypadków), co roku odnotowywana jest mniejsza liczba wypadków drogowych z udziałem użytkowników dróg będących pod działaniem alkoholu (KGP, BRD, 2023, s. 63). W 2022 r. sprawcy 101 wypadów i 307 kolizji to osoby kierujące pojazdami, u których stwierdzono, że były pod działaniem „innego środka”. W wypadkach straciło życie 30 osób, a 113 zostało rannych (KGP, BRD, 2023, s. 71).

Leczenie uzależnień – wybrane dane ilościowe

W publikacji Głównego Urzędu Statystycznego (2021, s. 38), omawiając temat leczenia w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2019 r. podano, że ogółem 163 167 osób dotyczyły zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu: zespół uzależnienia – 143 057 osób, 13050 osób – ostre zatrucia i używanie szkodliwe. Ogółem zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych miały 45 823 osoby, w tym zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny – 36 511 osób, ostre zatrucia i używanie szkodliwe – 6710 osób, zaburzenia psychiatryczne – 1463 osoby. Z kolei według danych dotyczących 2020 r., ogółem 143 497 osób miało zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, zespół uzależnienia – 121 990 osób, 13 115 osób – ostre zatrucia i używanie szkodliwe. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych ogółem dotyczyły 47 149 osób, zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny – 36 807 osób, ostre zatrucia i używanie szkodliwe – 6351 osób, zaburzenia psychiatryczne – 1895 osób (GUS, 2022, s. 41).

Według danych zawartych w dokumencie „Informacje o liczbie pacjentów, którym sprawozdano świadczenia związane z leczeniem uzależnienia” (Centrum e-Zdrowie, 2021), w 2020 r. 273 141 pacjentom co najmniej raz udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym F10 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane

używaniem alkoholu); z kolei 96 647 pacjentom co najmniej raz udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym F11–F16 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opioidów, kanabinoli, substancji uspokajających i nasennych, kokainy, substancji stymulujących, w tym kofeiny, halucynogenów), F18 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi), F19 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych)⁷. Dane te ograniczają się oczywiście do usług rejestrowanych.

Na podstawie deklaracji respondentów uczestniczących w badaniu EZOP, Janusz Sierosławski (2021, s. 405) szacuje liczbę osób, które w ciągu roku korzystały ze specjalistycznego leczenia w związku z przyjmowaniem narkotyków, na 16,6 tys.

1.2. System wsparcia dla dorosłych osób z problemem uzależnienia

W Polsce od lat 70. XX w. rozwija się system pomocy osobom z problemem uzależnienia od narkotyków (Jabłoński, Puławska-Popielarz, 2012) i ich bliskim. Choć rozwój ten rozpoczął się dość chaotycznie, możemy stwierdzić, że obecnie jest on udokumentowany i opisany. Odpowiada on współczesnemu biospsychospołecznemu modelowi uzależnienia, zatem obejmuje leczenie farmakologiczne, psychologiczne oraz readaptację społeczną (Tokarska, 2022). Każdy z elementów systemu ulega ciągłym modyfikacjom tak, aby jak najbardziej adekwatnie odpowiadać na bieżące potrzeby klienta. Jak wskazuje Tempczyk-Nagórka (2020), trudno jest wskazać jedną, najlepszą formę, z punktu widzenia jej skuteczności, ponieważ zależy to od wielu czynników: etapu uzależnienia, rodzaju, indywidualnych cech psychofizycznych osoby z problemem uzależnienia oraz sieci wsparcia społecznego. Zaprezentowane formy pomocy zostały opisane ze staraniem zachowania obiektywizmu, wyróżniając zarówno atuty, jak i słabości każdej z nich. Uwzględnione zostały następujące elementy systemu:

- farmakoterapia;
- detoksykacja;
- programy leczenia substytucyjnego;

⁷ Opis poszczególnych kategorii za: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (2012).

- programy redukcji szkód;
- ambulatoryjne placówki leczenia uzależnień;
- stacjonarne ośrodki leczenia uzależnień;
- grupy samopomocowe;
- programy dla grup specyficznych;
- programy postrehabilitacyjne.

Zdaniem Adama Bisagi i Marcina Wojnara (2012) **farmakoterapia** obejmuje m.in. łagodzenie objawów abstynencyjnych, leczenie substytucyjne i leczenie awersyjne. W farmakoterapii wyróżnia się dwa etapy. Celem pierwszego jest całkowite wyeliminowanie używania substancji uzależniającej (poprzez detoksykację) lub stopniowe jej odstawianie aż do osiągnięcia abstynencji. W drugim etapie chodzi o wydłużenie okresu abstynencji i zapobieganie nawrotom. Krzysztofiak i Kuształ (2023) dokonali przeglądu literatury dotyczącej integracji metod, z których wynika, że najczęściej stosowanymi metodami w terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych jest łączenie farmakoterapii z terapią behawioralno-poznawczą, realizowane w kontakcie indywidualnym.

Detoksykacja

W 1980 r. Zbigniew Thielle przyczynił się do organizowania różnych form pomocy narkomanom, zakładając pierwszy oddział detoksykacyjny i leczenia uzależnień oraz Poradnię Leczenia Uzależnień w Warszawie (Karpowicz, 2002). Detoksykacja jest procesem usuwania substancji toksycznych z organizmu w celu powrotu osoby do pierwotnego funkcjonowania bez obecności substancji uzależniającej. Detoksykacja powinna być czynnikiem stabilizującym stan psychofizyczny pacjenta uzależnionego przed podjęciem dalszej terapii, ponieważ nie jest ona równoznaczna z leczeniem uzależnienia, a jedynie ma ułatwić jego kontynuację. Detoksykacja prowadzona jest najczęściej w szpitalnych oddziałach detoksykacyjnych, jak również w oddziałach psychiatrycznych lub toksykologicznych, w zależności od potrzeb i przebiegu tego procesu. W Polsce coraz powszechniejszy staje się tzw. detoks domowy, jako usługa proponowana przez prywatne placówki lub lekarzy psychiatrów.

Zaburzenia psychotyczne, występujące często w czasie odstawienia substancji, leczone są głównie farmakologicznie na oddziałach psychiatrycznych. W Polsce przeważa model zażywania kilku substancji, więc proces odtrucia powinien być poprzedzony szczegółową diagnozą, dotyczącą stopnia intoksykacji i rodzaju substancji. W celu zmniejszenia nieprzyjemnych stanów psychotycznych w trakcie detoksykacji standardowo używa się

farmakoterapii. Do najbardziej popularnych środków należą: naltrekson (inicjuje proces usuwania opiatów z organizmu) i bupremorfina (środek przeciwbólowy i znieczulający). Podczas detoksykacji w fazie stabilizacji warto podjąć próbę motywowania do rozpoczęcia terapii właściwej, gdyż bez niej uzyskany okres abstynencji może szybko się skończyć. Z doświadczeń wiadomo, że wiele oddziałów prowadzi takie praktyki, co zwiększa efektywność ich działań. Najlepsze efekty leczenia farmakologiczne ma w połączeniu z psychoterapią, pomocą środowiskową, rehabilitacją zawodową (Janiszewska, 2020).

Programy redukcji szkód

W Polsce pod koniec lat 90. XX w. wprowadzono pojęcie „redukcji szkód” dla osób przyjmujących substancje psychoaktywne w sposób okazjonalny i dla osób uzależnionych. W tym kontekście szkody dzieli się na indywidualne i społeczne (Sempruch-Malinowska, Zygadło, 2012).

Do szkód indywidualnych zalicza się m.in.:

- problemy zdrowotne (z układem krążenia, stomatologiczne, choroby neurologiczne, choroby płuc, przewodu pokarmowego, choroby zakaźne (HIV, HCV, HBS), choroby wskaźnikowe AIDS, patologia ciąży, problemy ginekologiczne);
- ubóstwo;
- niedożywienie;
- bezdomność;
- brak kompetencji zawodowych.

Do szkód społecznych zaliczamy:

- zaburzenia w kontaktach z rodziną, do utraty więzi włącznie;
- szkody ekonomiczne (koszty leczenia, pobytu w areszcie, zakładzie karnym, opieka socjalna);
- szkody w systemie prawnokarnym (Sempruch-Malinowska, Zygadło, 2012, s. 254–255).

W Polsce, podobnie jak na całym świecie, przyjmuje się definicję redukcji szkód opartą na poniższych zasadach:

- zakłada się, że uzyskanie całkowitej abstynencji nie zawsze jest najlepszym celem pomocy osobie uzależnionej;
- udziela się pomocy w każdej sytuacji, w jakiej dana osoba aktualnie się znajduje;
- zakłada się, że klienci są w stanie kierować swoim życiem;
- uznaje się, że niektóre sposoby przyjmowania substancji są bezpieczniejsze od innych;
- włącza się adresatów programu do tworzenia własnych strategii i sposobów pomocy;

– chcąc zapewnić skuteczność działania bierze się pod uwagę środowisko i warunki, w jakich znajduje się osoba przyjmująca środki psychoaktywne (Sempruch-Malinowska, Zygałło, 2012, s. 255–256).

Współcześnie praktyka redukcji szkód skoncentrowana jest na 4 obszarach działań:

- edukacji o narkotykach;
- pracy środowiskowej (wymiana igieł, strzykawek, pokoje iniekcyjne);
- terapii substytucyjnej;
- redukcji szkód w psychoterapii (Tatarsky, 2007; Sempruch-Malinowska, Zygałło, 2012; Dubbiel, 2016).

Leczenie substytucyjne

Leczenie substytucyjne od pewnego czasu jest w Polsce bardziej dostępne, co może budzić wątpliwości biorąc pod uwagę fakt, że grupa osób, do której ta oferta jest adresowana, zmniejsza się. Badania pokazują, że w porównaniu z Europą Zachodnią zasób programów substytucyjnych w naszym kraju jest skromny. W Polsce funkcjonuje ok. 20 programów, w których najczęściej stosowaną substancją jest metadon, buprenorfina (Bisaga, Wojnar, 2012, s. 153). Według badań pacjenci tej formy pomocy zgłaszają następujące korzyści dla nich z niej płynące:

- wychodzą z kręgu kryminalizacji (nielegalny handel);
- są chronieni przed infekcjami wirusowymi przenoszonymi drogą iniekcji;
- rzadziej przedawkowują;
- udział w programie umożliwia podjęcie pracy.

Wydaje się, że obecnie w Polsce dostępność do tych programów rośnie, niestety są takie miejsca w kraju, gdzie ich nie ma w ogóle i to wydaje się celem rozwoju tej formy pomocy.

W tym miejscu warto podać przykład dobrej praktyki, jako poszukiwanie niestandardowych rozwiązań i łączenie różnych podejść, jakim jest doświadczenie ośrodka Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności, który od wielu lat przyjmuje osoby leczone metadonem do społeczności terapeutycznej w warunkach stacjonarnych (Banaszak, 2018).

Na świecie prowadzone są również badania dotyczące zastosowania farmakoterapii w przypadku uzależnienia od stymulantów, jednak w Polsce nie ma opracowań dotyczących tego zagadnienia (Więckiewicz, 2023).

Ambulatoryjne placówki leczenia uzależnień

W Polsce leczenie uzależnień w formie tworzenia systemu rozpoczęło się od powoływania ośrodków stacjonarnych (w latach 70. XX w.), ponieważ zakładano, że tylko izolacja osoby z problemem narkotykowym na długi okres daje szansę osiągnięcia trwałej abstynencji. Było to związane z rozpowszechnieniem używania opiatów w tamtym czasie. Rosnąca różnorodność zażywanych środków na przestrzeni lat, zmniejszająca się liczba osób uzależnionych od opiatów, a także wzrost świadomości terapeutów, że bazowanie na jednej formie leczenia jest niewłaściwe i odbiera szansę na poprawę sytuacji zdrowotnej tych użytkowników środków odurzających, którzy nie decydują się na leczenie stacjonarne, sprawiły, że zaczęły powstawać placówki ambulatoryjne, których obecnie w Polsce jest ponad 200. Zakres prowadzonych w nich świadczeń jest zróżnicowany, w zależności od liczby personelu, kwalifikacji zawodowych, bazy lokalowej, potrzeb społeczności lokalnej. Dominującą formą pomocy jest terapia indywidualna (w tym motywująca), terapia grupowa dla różnych grup wiekowych oraz uwzględniająca różny poziom gotowości do pracy nad sobą w zakresie uzależnienia. Istnieją również grupy pomocowe dla osób po przebytej terapii w ośrodku, mające na celu działania podtrzymujące efekty dotychczasowej pracy nad sobą lub obejmujące osoby w sytuacji nawrotu. Coraz bardziej powszechna staje się pomoc psychologiczna i terapia rodzin osób z problemem uzależnienia (w tym adresowana do dzieci i młodzieży). Częstym tematem takich spotkań jest sposób postępowania z dzieckiem lub partnerem z problemem uzależnienia, aby zmotywować go do podjęcia terapii. Niektóre poradnie prowadzą programy wymiany igieł i strzykawek dla osób przyjmujących narkotyki iniekcyjnie, w ramach redukcji szkód oraz programy leczenia substytucyjnego. Typowymi programami realizowanymi w poradniach dla osób młodych nadużywających środków psychoaktywnych są programy rekomendowane przez KBPN:

- FRED (opracowany w Niemczech, implementowany w wielu krajach Europy);
- CANDIS (adresowany do użytkowników THC).

Wydaje się, że placówki ambulatoryjne, podobnie jak stacjonarne, zaczynają się znacząco różnicować i szukać swojej specyfiki. Należy docenić rolę, jaką odgrywają poradnie w systemie pomocy. Przełamany został długo funkcjonujący mit na temat uzależnień, że tylko gotowość do całkowitej i dożywotniej abstynencji jest jedynym słusznym podejściem do pracy z osobami z problemem uzależnienia. Obecnie coraz większa liczba terapeutów docenia fakt, że każda próba zminimalizowania zażywania substancji psychoaktywnej jest zasadna i godna wsparcia terapeutycznego. To, co budzi niekiedy niepokój, to niewystarczająca diagnostyka (uwzględniająca sytuację zdrowotną, społeczną, w tym rodzinną i zawodową) i nieefektywna

praca motywacyjna do zmiany dotychczasowego stylu życia związanego z uzależnieniem oraz długie (niekiedy kilkuletnie) utrzymywanie pacjenta korzystającego z tej formy bez wyraźnej poprawy i nie skierowanie go innej formy pomocy, np. ośrodka stacjonarnego. Wydaje się, że ta forma będzie się rozwijać, gdyż jest stosunkowo tania, dość komfortowa zarówno dla kadry, jak i pacjenta, a także daje sporo możliwości pracy „online”, co można było zaobserwować w czasie pandemii.

Stacjonarne ośrodki leczenia uzależnień

Jest to forma, od której system pomocy osobom z problemem narkotykowym wzięł swój początek i w środowisku zarówno klientów, jak i profesjonalistów budzi sporo kontrowersji. Obecnie w Polsce istnieje około 100 placówek stacjonarnych leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych. Najwięcej placówek prowadzi Stowarzyszenie MONAR, prekursor metody społeczności terapeutycznej w naszym kraju (1978). Pierwsza społeczność terapeutyczna powstała w Głuskowie, a jej zasady opierały się na wzorcach amerykańskich i europejskich (Jabłoński, Puławska-Popielarz, 2012). Program leczenia w tego typu placówkach trwa od kilku miesięcy do ok. 2 lat, jednak od kilku lat utrzymuje się tendencja, aby długość trwania programów była skracana. Program pracy w ośrodkach stacjonarnych oparty jest głównie na założeniach społeczności terapeutycznej, gdzie dominuje terapia grupowa i rygorystyczne przestrzeganie ogólnie przyjętych zasad i wartości. Wiele ośrodków cechuje właśnie specyfika wynikająca z tradycji, osobowości kadry terapeutycznej, usytuowania ośrodka, liczby pacjentów. W większości placówek praca z pacjentem opiera się na diagnozie problemowej i od pewnego etapu leczenia jest indywidualizowana. Ważnym elementem metody jest filozofia, hierarchia, sposób rozwiązywania bieżących problemów. W końcowej fazie terapii większy nacisk kładzie się na urealnienie sytuacji życiowej osoby leczonej i świadome przygotowanie do opuszczenia ośrodka. Wiele ośrodków proponuje swoim absolwentom kontynuację terapii w programach postrehabilitacyjnych, co jest „miękkim przejściem” pomiędzy życiem w społeczności a całkowitą samodzielnością. W latach 80. ośrodki były najbardziej rozpowszechnioną formą pomocy osobom uzależnionym. Wraz z rozwojem systemu ambulatoryjnego oraz zmianą sytuacji społecznej osób z problemem uzależnienia liczba chętnych do korzystania z takiej pomocy ustabilizowała się i liczba ośrodków leczenia wydaje się obecnie wystarczająca, choć można zauważyć spore dysproporcje w oczekiwaniu na miejsce w poszczególnych placówkach, wynikających głównie z opinii o danym miejscu. Istotne znaczenie ma również fakt powstania wielu prywatnych placówek leczenia uzależnień, które oferują krótsze programy (do 2 miesięcy) i często lepsze warunki lokalowe, obsługę socjalno-

bytową), jak i formę pracy „łatwiejszą” dla klienta (wykłady, metody relaksacyjne), a to budzi często wątpliwości co do efektywności tego typu oferty. Podsumowując, warto zwrócić uwagę na kilka faktów dotyczących oferty stacjonarnej:

- oddziaływanie na pacjenta 24 godziny na dobę;
- środowisko wolne od używek (poza papierosami);
- społeczność terapeutyczna nazywana jest mikrokosmosem (De Leon, 2003), w którym spotykamy odzwierciedlenie całego społeczeństwa z jego zróżnicowaniem pod względem: płci, wieku, wykształcenia, statusu społecznego, materialnego, systemu wartości, atrakcyjności społecznej itp.

Jak zauważa De Leon (2003), „W społeczności terapeutycznej ludzie są ze sobą 24 godziny na dobę. Istnieje wyjątkowa możliwość obserwacji człowieka w wielu jego wymiarach”. W społeczności zwraca się uwagę na wymiar psychologiczny i społeczny. Wynika to z założenia, że uzależnienie nie jest chorobą w sensie medycznym, ale jest złożonym zaburzeniem, które przejawia się w wielu deficytach w funkcjonowaniu psychologicznym, społecznym i moralnym. „Społeczność terapeutyczna stanowi zarówno kontekst, w którym powyższe zmiany się dokonują, jak i metodę prowadzącą do tych zmian” (Bukowska, 2012, s. 468). Program terapeutyczny w ośrodkach stacjonarnych zazwyczaj jest podzielony na etapy. Ich liczba jest zróżnicowana, choć dominuje trzyetapowość. Każdy z etapów ma swoje cele, zadania terapeutyczne, odpowiedzialności i przywileje. Każdorazowa zmiana etapu dzieje się na zebraniu członków społeczności terapeutycznej i polega na wnikliwym omówieniu postawy i postępów w leczeniu danej osoby. Ostateczna decyzja o zmianie przez nią etapu, lub nie, jest podejmowana większością głosów w drodze głosowania.

W założeniach powstawania placówek stacjonarnych leczenia uzależnień było, aby każda z nich mieściła się w wydzielonym budynku z okalającym go terenem, w celu oznaczenia wyraźnie jego granic i praw obowiązujących zarówno pacjentów, kadrę, jak i osoby odwiedzające. Jednocześnie początki powstawania ośrodków to systematyczna praca na rzecz odrestaurowania i remontu budynku, ponieważ w tej metodzie praca na rzecz ośrodka jest uznawana za integralną część terapii i zdrowienia pacjenta. To diametralnie odróżnia tę metodę od innych, budząc wiele kontrowersji. Zdaniem De Leona (2003) podstawowym celem zadań związanych z pracą jest uruchomienie indywidualnych zachowań, postaw i wartości. Praca ta powinna uświadomić pacjentowi jego aktualne możliwości i umiejętności radzenia sobie z niepowodzeniami, współpracą, a w konsekwencji zwiększać poczucie wartości i sprawczości. Jak wskazuje Szulc (2017), społeczność terapeutyczna jest kontekstem (gwarantując poczucie bezpieczeństwa i przynależności) dla różnych działań. Obecnie w ramach społeczności

terapeutycznych korzysta się z takich form jak: treningi i warsztaty umiejętności społecznych, Dialog Motywujący, terapia indywidualna, praca z rodziną. We wszystkich społecznościach terapeutycznych leczenie jest dobrowolne, a wszystkie ograniczenia wynikające ze specyfiki programu są omawiane z pacjentem w celu uzyskania jego świadomej zgody. Również przerwanie terapii może odbyć się na życzenie pacjenta. Ośrodki są koedukacyjne, z zachowaniem zasady abstynencji seksualnej. Liczba pacjentów jest zależna od możliwości lokalowych placówki i kontraktu z NFZ, średnio jest to ok. 30 osób. Kadra ośrodka to głównie certyfikowani specjaliści psychoterapii uzależnień, uczestniczący w regularnych zebraniach klinicznych zespołu oraz superwizji.

Na koniec wątku dotyczącego leczenia stacjonarnego warto zaznaczyć, że Polska jako pierwsza w Europie posiada w systemie leczenia ośrodki dla osób niepełnoletnich, oparte na autorskich programach ich zespołów terapeutycznych, charakteryzujące się – w porównaniu z ośrodkami dla osób dorosłych – większą dynamiką zajęć, działaniami rozwojowymi, edukacją szkolną oraz stałą współpracą z rodziną.

Grupy samopomocowe

Grupy samopomocowe nie są formą terapii, mają jednak ogromne znaczenie i zasięg w kwestii pomocy osobom z problemem uzależnienia. W Polsce i na świecie wiele osób korzysta z takiej i tylko takiej oferty, omijając placówki specjalistyczne i pracujących tam specjalistów. Istnieje wiele grup samopomocowych niosących pomoc w próbie uwolnienia się od takich zachowań nałogowych jak: picie alkoholu, używanie narkotyków, hazard, objadanie się, kompulsywne zachowania seksualne. Niektóre grupy samopomocowe są nastawione na pomoc osobom o określonej, podobnej sferze uzależnienia. Większość grup nie posiada etatowych prowadzących lub jest to jedynie moderator spotkania. Udział w grupie jest dobrowolny.

Holly Morrell i Mark Myers (2009) odróżniają formy grupowej samopomocy od terapii grupowej prowadzonej przez profesjonalistów, do których zaliczają grupy behawioralno-poznawcze, zorientowane na proces, grupy zapobiegania nawrotom, psychoedukacyjne. Autorzy podkreślają, że ważnym czynnikiem wpływającym na efektywność grupowej formy pomocy jest dopasowanie jej do poziomu motywacji klienta do leczenia, ogólnej sytuacji zdrowotnej, w tym obecności – lub braku – dodatkowych zaburzeń oraz cech osobowości.

Programy dla grup specyficznych osób z problemem uzależnienia

Wielu autorów (m.in.: Bukowska (2012), Wojnar i Bisaga (2012), Koczurowska (2012), Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006) zauważa, że w pracy z osobami z

problemem uzależnienia leczy się nie tylko mechanizmy nałogu, ale osobę. Poza procesem uzależnienia, który przebiega podobnie, ważne jest uwzględnianie specjalnych potrzeb i możliwości określonej grupy pacjentów. Jedną z grup specyficznych są dzieci i młodzież, jednak ze względu na założenia projektu przedstawione zostaną grupy odnoszące się do osób dorosłych. Należą do nich:

- osoby z podwójną diagnozą;
- osoby przebywające w zakładach karnych;
- osoby bezdomne.

Przyjmowanie substancji psychoaktywnych często powoduje zaburzenia psychiczne, które wymagają dobrej diagnostyki, często farmakoterapii i indywidualnego podejścia. Bywa też odwrotnie, przyjmowanie środków odurzających przynosi przejściową ulgę i poczucie znalezienia rozwiązania w dolegliwościach psychicznych. Termin podwójna diagnoza odnosi się więc do grupy osób, u których stwierdza się zaburzenia związane z faktem zażywania substancji oraz inne zaburzenia psychiczne, niezwiązane bezpośrednio z uzależnieniem (Sheehan, 1993; Thylstrup, Johansen, 2009, za: Wojnar, Bisaga, 2012, s. 300). W leczeniu osób z podwójną diagnozą wyróżnia się cztery modele terapii:

- sekwencyjne, które zakłada, że współwystępujące zaburzenia należy leczyć w odpowiedniej kolejności, najpierw te o cięższym nasileniu, następnie te o lżejszym;
- równoległe: pacjent bierze udział w dwóch programach terapii w tym samym czasie, bez wzajemnej współpracy w leczeniu;
- stopniowe: polega na stopniowym dopasowywaniu intensywności, rodzaju i miejsca leczenia, w zależności od nasilenia problemów danego pacjenta;
- zintegrowane: uwzględnia równoczesne leczenie choroby psychicznej i uzależnienia (Wojnar, Bisaga, 2012).

Kolejną grupą specyficzną są osoby przebywające w zakładach karnych. Sytuacja izolacji wydaje się sprzyjać podjęciu działań zmierzających do abstynencji. Z drugiej strony takie czynniki jak: duża liczba osób w celi i ciągły kontakt bez możliwości zmiany miejsca, podkultura więzienna, poczucie osamotnienia i izolacji, sprzyjają chęci zażycia środków psychoaktywnych, bo daje szansę na pewnego rodzaju ucieczkę od tej sytuacji. Terapia w oddziałach zakładów karnych jest dobrowolna, prowadzona w formie indywidualnej i grupowej. Uczestnictwo w terapii uzależnień rzutuje na opinię o skazanym i możliwość poprawy jego sytuacji bytowej. Główną wątpliwością skuteczności tych programów jest dyskusyjna dobrowolność uczestnictwa w zajęciach i brak możliwości sprawdzenia jej efektów

w zderzeniu pacjenta z realiami poza zakładem karnym. Z drugiej strony, pobyt w zakładzie karnym może być okazją do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia, stosunku do używek oraz środowiska. Nie bez znaczenia może być fakt, że udział w terapii daje nadzieję na lepsze życie, w obliczu nudy i braku perspektyw dla skazanych (Woronowicz, 2009). Terapia w zakładzie karnym, ze względu na warunki izolacji, nie jest dobrowolna, więc stanowi alternatywę dla sankcji karnej, stwarza możliwość nowej organizacji życia po odbyciu kary pozbawienia wolności (Semrau, 2021).

Osoby bezdomne. Trudno o jednoznaczną definicję bezdomności. Zdaniem Woronowicza (2009), w ujęciu socjologicznym bezdomność jest problemem społecznym charakteryzującym się brakiem stałego miejsca zamieszkania, natomiast w ujęciu psychologicznym jest to kryzys osoby, która poza brakiem stałego miejsca zamieszkania, brakiem środków na zapewnienie sobie podstawowych warunków życia i zaspokojenie potrzeb, ma zerwane więzi społeczne i akceptuje swoją sytuację. W Polsce istnieje cały szereg placówek pomagających osobom w kryzysie bezdomności, głównie w obszarze organizacji pozarządowych. Niestety placówki te nie mają kontraktu z NFZ na leczenie osób z problemem uzależnienia, stąd tylko niektóre próbują pracy motywacyjnej do podjęcia terapii poza strukturami ośrodka. Reasumując, są to placówki działające raczej w obszarze redukcji szkód niż terapii uzależnień, ale ich istnienie może pomóc wielu osobom uporządkować swoje życie.

Do pozostałych grup specyficznych należą: matki z dziećmi, osoby z grupy LGBT, osoby po wielokrotnych próbach leczenia. Wydaje się jednak, że dla nich jest miejsce w istniejącym systemie leczenia i nie jest oczywiste, czy potrzebują specyficznych oddziaływań. Brak jest natomiast ofert dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, tj. niesłyszących i słabosłyszących, niepełnosprawnych intelektualnie, chronicznie chorych.

Programy postrehabilitacyjne

Programy postrehabilitacyjne dzielą się na programy hostelowe i realizowane w ramach mieszkań readaptacyjnych (Rachowska, 2012). Są to programy działające lokalnie (często w oparciu o funkcjonowanie ośrodka stacjonarnego), których celem jest adaptacja osób po terapii stacjonarnej do samodzielnego życia. Programy te cechuje duża indywidualizacja w pracy z klientem, niekiedy jest to terapia pogłębiona dla osób zmotywowanych, jednak głównym celem jest utrzymanie abstynencji, podjęcie pracy zarobkowej (podczas terapii stacjonarnej pacjent nie może podjąć legalnego zatrudnienia) oraz rozwijanie swoich aktywności pozazawodowych i zainteresowań. Temu służą spotkania grupowe i nadzór kadry merytorycznej. Wśród osób uczestniczących w programach postrehabilitacyjnych często zgłaszanymi problemami jest mała

gotowość do poznawania nowych osób, tworzenia związków, trudności z adaptacją w grupach szkolnych i zawodowych, radzenie sobie z kryzysami emocjonalnymi poza strukturami ośrodka. Niekiedy programy te podzielone są na dwa etapy:

- 1) Hostel – zbliżony strukturą do funkcjonowania ośrodka stacjonarnego, z większą decyzywnością i samodzielnością, ale też w obecności grupy korekcyjnej i zasad abstynencji obowiązującej podczas całego pobytu.
- 2) Mieszkania readaptacyjne – są to najczęściej wynajęte mieszkania, w których kwaterowane są osoby mające akceptację zespołu terapeutycznego jako sprawnie funkcjonujące poza ośrodkiem. Najczęściej w mieszkaniu readaptacyjnym mieszka kilka osób, w którym każdy ma swój pokój. Mieszkania takie są monitorowane przez terapeutę, który regularnie spotyka się z domownikami omawiając i monitorując na bieżąco ich funkcjonowanie z uwzględnieniem planów rozwojowych i pojawiających się trudności.

Czas pobytu w programach postrehabilitacyjnych jest zindywidualizowany, w zależności od posiadanych możliwości finansowych i lokalowych realizatorów programu. W programie obowiązuje całkowita abstynencja od środków psychoaktywnych, a złamanie jej grozi usunięciem z programu. Najczęściej jego uczestnicy mają zapewnione warunki lokalowe, jednak pokrywają sami koszty wyżywienia, środków czystości oraz koszty ewentualnych napraw. Ponadto osoby uczestniczące w postrehabilitacji mają obowiązek utrzymania pracy zarobkowej oraz, jeśli mają możliwości finansowe, nauki. Finansowanie takich programów jest możliwe ze środków samorządowych, uzyskiwanych dotacji lub na podstawie kontraktu z NFZ. Banaszak (2022) wskazuje również na oddziaływania postrehabilitacyjne prowadzone przez poradnie, w postaci terapii podtrzymującej.

Podsumowując, można uznać, że przez ponad 40 lat, od kiedy oficjalnie uznano, że problem narkomanii dotyczy mieszkańców Polski, system pomocy systematycznie się tworzy, unowocześnia i rozwija. Dużą w tym zasługą KBPN (obecnie KCPU), które w tym czasie ustrukturalizowało ten obszar działań i nadało mu profesjonalny charakter.

1.3. Społeczność terapeutyczna dla dorosłych osób uzależnionych

W polskim systemie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – oprócz punktów konsultacyjnych, poradni profilaktyki i terapii uzależnień, oddziałów detoksykacyjnych i stosunkowo nielicznych jeszcze oddziałów dziennych – najbardziej rozwinięty i najbogatszy w doświadczenia jest system opieki stacjonarnej: krótkoterminowej i długoterminowej. Stacjonarna rehabilitacja prowadzona jest przez ośrodki rehabilitacyjne lub rehabilitacyjno-readaptacyjne pozostające w gestii publicznej służby zdrowia oraz organizacji pozarządowych (takich jak: MONAR, Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Towarzystwo „Powrót z U”, Stowarzyszenie „Karan”, Stowarzyszenie „Familia”, Stowarzyszenie Katolickie „Betania”, Towarzystwo „Mrowisko” i inne). W ostatnich 10 latach powstało wiele różnego typu prywatnych ośrodków leczenia uzależnień, najczęściej krótkoterminowych, które w ofertach zamieszczanych m.in. w mediach społecznościowych podają, że w swoich programach leczenia wykorzystują „elementy” społeczności terapeutycznej. Nie ma jednak informacji, o jakie elementy chodzi. Mimo różnic strukturalnych, formalnych czy filozoficznych – niemal wszystkie istniejące placówki i ośrodki stacjonarnej pomocy przyjęły, bardziej lub mniej świadomie, metodę społeczności terapeutycznych jako główne narzędzie oddziaływań terapeutycznych w stosunku do osób uzależnionych.

Idea społeczności leczniczej (*the therapeutic community*) nie była nowa. Mimo że za jej duchowego ojca uważa się psychiatrę Maxwella Jonesa, który zerwał z tradycyjnym modelem leczenia psychiatrycznego wprowadzając spotkania społeczności pacjentów, nazwę zawdzięczamy innemu angielskiemu psychiatrze, Tomowi Mainowi (Pospiszyl, 1998; De Leon, 2003).

Społeczność Terapeutyczna jako metoda leczenia osób uzależnionych powstała w 1958 r. w Stanach Zjednoczonych Ameryki, w czasie, gdy inne systemy terapeutyczne – zwłaszcza zorientowane medycznie – nie odnosiły żadnych sukcesów w leczeniu alkoholików i narkomanów. Ruch społeczności terapeutycznych kształtował się właściwie poza nurtem psychiatrii i psychologii. I chociaż korzeni społeczności terapeutycznej dla osób uzależnionych można dopatrzeć się w założeniach społeczności leczniczych (M. Jones) stosowanych w szpitalach psychiatrycznych, wiele wskazuje na różnorodność wpływów (od religijnych, samopomocowych aż po społeczne i psychologiczne), które zadecydowały o jej ostatecznym kształcie (Strzelecki, 2018a, b).

Pierwsza społeczność terapeutyczna dla uzależnionych – Synanon, utworzona została w Santa Monica (California, USA) przez Charlesa Dedericha, jednego z pierwszych członków Ruchu Anonimowych Alkoholików, który postanowił stworzyć wspólnotę wolną od alkoholu i narkotyków (Pospiszyl, 1998). Stosowany w Synanonie sposób oddziaływań nie był nastawiony na spowodowanie powrotu osoby uzależnionej do społeczeństwa. Był w stosunku do społeczeństwa wspólnotą alternatywną. Zarzuty formułowane pod jego adresem dotyczyły stosowania przemocy, manipulowania losem ludzkim, drastycznych kar i surowych wymagań. I choć opinie wybitnych psychologów, którzy odwiedzali Synanon, ukazywały walor takiego stylu bycia i jego wpływ na zmianę zachowania (Maslow, 1967; www.old.monar.org), zarzut tworzenia sekty czy getta bez możliwości uwolnienia się spod wpływów liderów wspólnoty przeważał o klęsce tej wspólnoty (Kooyman, 2002; Jankowski, 1980).

Chociaż Synanon przetrwał tylko 15 lat, stał się początkiem rozwoju ruchu społeczności terapeutycznych dla uzależnionych w Stanach Zjednoczonych (Yablonski, 1989). W 1963 r. powstała społeczność Daytop Village, której głównym celem jest przygotowanie osób uzależnionych do powrotu do społeczeństwa, nieco później Phoenix House i inne, które dały początek społecznościom azjatyckim i europejskim. To właśnie w Daytop Village została spisana filozofia, której autorem był przebywający wtedy w społeczności Richard Beauvais, i która stosowana jest do dzisiaj przez prawie wszystkie społeczności terapeutyczne na świecie (Kooyman, 2002). W słowach filozofii Daytopu dopatrzyć się można treści, które definiują czynniki leczące. Wielu znakomitych psychologów, psychiatrów, socjologów i kryminologów (Moreno, Rogers, Maslow, Yablonsky, Casriel, Bassin, Deitch, De Leon i inni) ma swój niebagatelny wkład w rozwój zarówno filozofii, koncepcji, jak i technik oraz metod funkcjonowania społeczności terapeutycznej. W Europie ruch społeczności terapeutycznych rozpoczął się właściwie od powstania w 1970 r. społeczności Alpha House w Wielkiej Brytanii wzorowanej na amerykańskim Daytopie. Kilka miesięcy później w Londynie powstał Phoenix House. W 1972 r. w Holandii profesjonaliści (psychiatrzy i psychologowie) stworzyli społeczność Emiliehoeve, w której wykorzystują zarówno zasady Maxwella Jonesa, jak i doświadczenia amerykańskich społeczności terapeutycznych. Holenderskie doświadczenia służyły i służą tworzeniu społeczności terapeutycznych dla uzależnionych w Belgii (De Kiem), Szwajcarii (Aebi Hus), a także we Włoszech, Hiszpanii, Norwegii, Grecji i Niemczech.

Najstarszą społecznością terapeutyczną we wschodniej części Europy była utworzona w 1978 r. przez Marka Kotańskiego społeczność w Głuskowie k. Garwolina, która przyjęła nazwę MONAR (Koczurowska, 2008). Trzy lata później w 1981 r. powstała katolicka wspólnota „Betania”, założona przez byłego narkomana, która działała przez parę lat bez

wiedzy i zgody władz. W 1982 r. powstało w różnych miejscach Polski pięć kolejnych ośrodków MONAR, a w 1983 r. kolejnych pięć. Do 1990 r. Stowarzyszenie MONAR otworzyło ponad 20 ośrodków. Pod koniec lat 80-tych, i na początku lat 90-tych powstało wiele organizacji pozarządowych zajmujących się problemem narkomanii. Organizacje te powołały ośrodki dla osób uzależnionych wzorując się na doświadczeniach MONARU (Koczurowska, 2008). W 1987 r. powstał Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN, największa obecnie pozarządowa katolicka organizacja, która powołała ośrodek dla młodzieży zagrożonej narkomanią. Towarzystwo Zapobiegania Narkomani zorganizowało ośrodek dla dzieci do 18 roku życia w Wólce Przybojewskiej, pod Warszawą, w Gliwicach dr Andrzej May-Majewski otworzył pierwszy w Polsce ośrodek dla osób z podwójną diagnozą, pracujący metodą społeczności terapeutycznej „Familia”. Na południu Polski z inicjatywy księdza, profesora Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Czesława Cekiery powstał Katolicki Ośrodek Wychowawczo-Resocjalizacyjny dla młodzieży, a pod Warszawą w Grzmiącej – pierwszy publiczny ośrodek leczenia uzależnień (Koczurowska, 2008). Obecnie w Polsce funkcjonuje około 140 ośrodków prowadzonych metodą społeczności terapeutycznej, 102 placówki (<https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=207473>) oraz kilkadziesiąt ośrodków prywatnych nieujętych w wyszukiwarce KCPU. Wszystkie społeczności prowadzone są w warunkach stacjonarnych. Realizują one trzy typy programów rehabilitacyjnych i terapeutycznych: krótkoterminowe – trwające od 3 tygodni do 6 miesięcy, średnioterminowe – trwające od 6 do 12 miesięcy, długoterminowe – trwające od 12 do 24 miesięcy.

Jak wynika z opisów programów poszczególnych placówek, większość społeczności terapeutycznych realizuje programy średnioterminowe. Czas trwania poszczególnych programów zależy od specyfiki klientów i zawartości merytorycznej programu. Programy krótkoterminowe i średnioterminowe skierowane są głównie do młodzieży oraz osób używających narkotyki ze stosunkowo krótkim okresem zażywania substancji psychoaktywnych, najczęściej bez współwystępujących zaburzeń psychicznych. Programy długoterminowe stosowane są przeważnie do osób dorosłych, z długoletnim stażem przyjmowania substancji odurzających, trudną sytuacją osobistą (socjalną, rodzinną, prawną) oraz współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi.

Stacjonarne placówki, pracujące metodą społeczności terapeutycznej, dysponują ogółem ok. 3000–3500 miejsc. W kilku zaledwie ośrodkach prowadzona jest społeczność terapeutyczna dla osób uzależnionych z podwójną diagnozą, w społecznościach

terapeutycznych przebywają też osoby z nakazów sądowych lub takie, którym sąd zamienił karę pozbawienia wolności na terapię w ośrodku. Społeczności terapeutyczne są w przeważającej mierze koedukacyjne (<https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=207473>).

Historia rozwoju społeczności terapeutycznych pokazuje parę wyraźnych zmian w jej założeniach podstawowych:

- 1) Społeczność terapeutyczna wykorzystywana jest nie tylko w leczeniu osób uzależnionych, ale poszerza swoją ofertę również dla alkoholików, osób z zaburzeniami osobowości, a także modyfikuje programy adresując je do grup specyficznych (kobiet, adolescentów, osadzonych). Początkowo większość członków społeczności stanowili mężczyźni uzależnieni od heroiny, ale już w połowie lat 70. tylko 45% pacjentów stanowili heroiniści, pozostali uzależnieni byli od amfetaminy, marihuany, środków uspokajających i halucynogennych. W latach 80. większość klientów społeczności stanowiły osoby uzależnione od cracku i kokainy. Zwiększała się też systematycznie liczba uzależnionych kobiet oraz liczba osób młodych w okresie adolescencji (Cierpiąłkowska, 2010; Tokarska, 2013).
- 2) W pierwszych społecznościach terapeutycznych kary, konfrontacje i silna presja grupy były powszechnie stosowane. Sposób karania, kontraktów czy konfrontacji uległy z latami wyraźnym modyfikacjom, chociaż presja rówieśnicza pozostaje integralną i ważną techniką terapeutyczną (Bazuń, 2010).
- 3) W początkowych latach rozwoju metody społeczności prawie wszyscy pracownicy byli paraprofesjonalistami, najczęściej sami po przebytej terapii, następne lata to poważny wzrost liczby profesjonalnych terapeutów zatrudnionych w społecznościach. Podobne trendy obserwować można także w Polsce.
- 4) Do programów społeczności terapeutycznych wprowadzono cały szereg nowych form oddziaływań terapeutycznych, takich jak terapia indywidualna i grupowa, terapia rodzin, warsztaty umiejętności interpersonalnych, edukację, warsztaty rozwoju terapeutycznego. Poszerzono też ofertę o opiekę medyczną, szczególnie psychiatryczną (Strzelecki, 2018a, b).
- 5) Czas pobytu w społeczności, gdzie terapia trwa praktycznie 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę, który obliczony był na ok. 2 lata, skraca się do roku, a nawet kilku miesięcy w zależności od potrzeb klienta.

Zdolność społeczności terapeutycznej do przystosowywania się do różnych sytuacji jest jej wielkim atutem, a fakt korzystania z różnych teorii psychoterapii decyduje o jej świeżości i atrakcyjności (Koczurowska, 2014).

Metoda społeczności terapeutycznej jest też obecnie stosowana w niektórych zakładach karnych, zakładach poprawczych, szpitalach psychiatrycznych, ośrodkach socjoterapii, ośrodkach wychowawczych, domach dla osób w kryzysie bezdomności, a nawet niektórych szkołach (Tokarska, 2013).

Jak dotąd w Polsce nie ma zbyt wielu badań, których wyniki umożliwiałyby analizę porównawczą w kwestii stosowania metody społeczności terapeutycznej w poszczególnych placówkach stacjonarnych wykorzystujących tę metodę. Źródłem informacji na temat podobieństw i różnic w stosowaniu tej metody są dane pochodzące z obserwacji (często uczestniczących) i doświadczeń osób bezpośrednio związanych z określoną społecznością terapeutyczną, superwizorów tych placówek, koleżeńskich dyskusji prowadzonych podczas spotkań, konferencji czy seminariów. Można zaryzykować stwierdzenie, że społeczności terapeutyczne różnią się między sobą nie tylko długością prowadzonego programu, ale także sposobem i jakością prowadzenia spotkań terapeutycznych, systemem stosowanych kar i nagród, czy jakością tzw. konsekwencji za zachowania niezgodne z przyjętymi programami. Różnią się też przyjętą filozofią, przyjętą koncepcją uzależnienia i wynikających z tej koncepcji celów terapii, intensywnością budowanych relacji między terapeutami a członkami społeczności, indywidualnym podejściem do klienta, wpływem lidera na atmosferę i sposób realizacji zadań, a także podziałem na etapy terapii (od braku takiego podziału do 4 etapów) czy proporcją zajęć terapeutycznych (terapia indywidualna, grupowa, warsztaty itp.) do zajęć wynikających z prowadzenia wspólnego gospodarstwa i pewnie jeszcze wiele innych.

Podobieństwa polskich społeczności terapeutycznych dotyczą przede wszystkim modelu i struktury (oznaczone terytorium, na którym mieści się ośrodek, obowiązujących w nich zasad), organizacji codziennego życia w ośrodku, pełnienia przez członków ról i rodzajów proponowanych aktywności twórczych (np. sportu, turystyki itp.). Wszystkie ośrodki przyjmują w zasadzie liderek sposób prowadzenia społeczności.

Niezależnie od podobieństw i różnic, ważniejsze i bardziej uzasadnione wydaje się pytanie, czy w polskich społecznościach terapeutycznych da się zaobserwować takie kategorie oddziaływań, które w myśl teoretycznych założeń społeczności terapeutycznej jako metody, konieczne są do uruchomienia pożądanej zmiany przez poszczególnych członków społeczności. Ciekawe wyniki dotyczące tych oddziaływań prezentowane są w pracach naukowych ostatnich lat – Marii Banaszak (2022) i Barbary Tokarskiej (2022).

Nasuwa się też pytanie, czy możliwa jest identyfikacja czynników leczących w tych społecznościach oraz rozpoznanie jakości i częstotliwości ich występowania, w zależności od strukturalnych i merytorycznych warunków funkcjonowania danej społeczności. Istnieje bowiem wiele przesłanek pozwalających wnioskować, że jeżeli uznamy społeczność terapeutyczną jako specyficzną formę terapii grupowej to, jak pisze L. Cierpiąłkowska, (2010, s. 90) „Efektywność psychoterapii... jest wyznaczona uaktywnioną w procesie jej oddziaływania konfiguracją określonych specyficznych i niespecyficznych czynników leczących”.

Dla zrozumienia tego, co rzeczywiście „leczy”, warto przywołać podstawowe założenia teoretyczne dotyczące społeczności terapeutycznej.

Założenia teoretyczne

Definicja społeczności terapeutycznej (*therapeutic community*) nie jest sprawą prostą. Podstawową trudnością jest tu wieloznaczność terminu społeczność. Nie ma też jasności, kto pierwszy użył go do określenia programów wychodzenia z uzależnienia. W literaturze nadmienia się (De Leon, 2003), że społeczność była określana jako szkoła, surogat rodziny lub mikrospołeczeństwo. I w każdym tym określeniu doszukać się można jej istoty. Termin „społeczność terapeutyczna” oznacza, że społeczność, czyli grupa osób zamieszkująca to samo terytorium może uzdrawiać, leczyć, odbudowywać, korygować swoich członków. I to nie tylko w wymiarze uzależnienia. Społeczność oddziałuje na osobę jako całość. Możliwości, jakie posiada społeczność, wynikają z faktu, że stanowi ona model zorganizowanego środowiska społecznego i codziennego sposobu życia ułatwiający, sprzyjający zdrowieniu i socjalizacji. Rodzaje aktywności, strategie, techniki i procedury, które społeczność stosuje, mają pomóc jej członkom osiągać swoje indywidualne cele (Koczurowska, 2008). Dysponuje też społeczność – co jest jej wielkim atutem – wskaźnikami, które pozwalają ocenić, czy rzeczywiście jednostka osiąga swoje cele, czy dokonuje zmian, jakie sobie zaplanowała i czy stosowane przez społeczność oddziaływania są przydatne i skuteczne (Koczurowska, 2012).

Próba ujednolicenia różnych podejść do idei społeczności terapeutycznej dokonana przez Georga De Leon zaowocowała definicją społeczności terapeutycznej „jako odrębnego podejścia samopomocowego do leczenia uzależnień od środków chemicznych, o charakterze społeczno-psychologicznym” (De Leon, 2003, s. 53). W myśl tej definicji określenie „społeczność oznacza podstawową metodę (oddziaływanie grupowe), za pomocą której

realizowane są główne cele terapeutyczne, czyli zmiana stylu życia, przekonań i wartości poszczególnych członków społeczności” (De Leon, 2003, s. 53).

Podstawowe cele społeczności terapeutycznych wynikają z dość prostego założenia, iż grupa przebywająca jakiś czas razem jest swoistego rodzaju „reprezentacją rzeczywistości społecznej”, dającą wszystkim jej członkom możliwości modyfikowania, normalizowania i zmiany wadliwych postaw i zachowań, rozwiązywania indywidualnych i grupowych problemów. Odzyskanie zdrowia jest tu rozumiane jako zmiana negatywnych, niepożądanych zachowań, przekonań i uczuć, które predysponują jednostkę do rozwoju odpowiedzialnego życia bez narkotyków czy alkoholu. Jest to proces rozwojowy, w którym członkowie społeczności budują motywację do zmiany i uczą się, jak tej zmiany dokonać (ćwiczą, próbują) poprzez wzajemną pomoc i społeczne uczenie się (De Leon, 2003; Koczurowska, 2012).

Teoretyczne ramy modelu społeczności terapeutycznej traktują używanie substancji jako symptom szerszych i poważniejszych problemów, i w stacjonarnym systemie leczenia używają całościowego podejścia (oddziaływanie na osobę, a nie na jej nałóg), które ma wpływ na każdy aspekt życia człowieka (Kooyman, 2002).

Ważnym założeniem przyjętym w społeczności jest wiara, że człowiek może wziąć odpowiedzialność za zmianę swego życia, tak samo jak jest odpowiedzialny za swoje uzależnienie. Koncepcja ujmowania społeczności terapeutycznej jako systemu wiary nie oznacza, że nie ma ona podstaw naukowych – przyjętej teorii czy dających się implementować metodologii. Wiara w możliwość zmiany i rozwoju osobistego członków społeczności traktowana jest jednak jako główna siła w procesie zdrowienia (Deitch, 1992), która opiera się na czterech fundamentalnych założeniach:

1. Każdy człowiek może się zmienić, stawać lepszym, rozwijać się – społeczność w sposób niezwykle wyraźny mówi o tym, że jest nadzieja na taką zmianę.

2. Grupa jest siłą, która umożliwia i wzmacnia zmianę – społeczność (jej członkowie, personel, osoby znaczące) zachowująca się w wysoko zorganizowany i strukturalizowany sposób jest siłą, która sprzyja osiągnięciu pozytywnej zmiany i wzmacnia osobisty rozwój każdego jej członka.

3. **Człowiek musi wziąć odpowiedzialność za zmianę tego, co chce zmienić** – społeczność odwołuje się do poczucia osobistej sprawczości każdego jej członka. Stwarza nieograniczone możliwości i okazje, aby próbować nowych zachowań, aby podejmować ryzyko dokonywania zmiany siebie.

4. **Społeczność kreuje nowe zachowania i nowe postawy, ujawnia nowe uczucia** – poprzez zachęcanie do ćwiczenia, praktykowania nowych zachowań bez konieczności rozumienia powodów, dla których to czynimy, co w konsekwencji pozwala dotrzeć do rozumienia ich znaczenia w procesie zmiany.

Tak sformułowane powyżej założenia uzasadniają podejmowanie w społeczności terapeutycznej określonych oddziaływań, które sprzyjają członkom społeczności w osiągnięciu pożądanej zmiany. Można wyodrębnić 4 wyraźne kategorie tych oddziaływań:

1. Modelowanie nowych zachowań i kierowanie zmianą niepożądanych zachowań, czyli **społeczność** musi zapobiegać niepożądanym zachowaniom, takim jak agresywność, impulsywność, wykorzystywanie słabszych, manipulacje czy innym zachowaniom destrukcyjnym. Służą temu najczęściej określone warunki zewnętrzne (zasady, regulaminy) czy sposób sprawowania kontroli nad zachowaniami członków społeczności, a także stosowane narzędzia „korekcyjne”. Zmiana zachowania prowokowana jest przez system konsekwencji, które trzeba ponieść w związku z niewłaściwym, niepożądanym społecznie czy wręcz szkodliwym zachowaniem. W klasycznym modelu społeczności terapeutycznej stosuje się wielorakie interwencje korekcyjne – od rozmów pouczających poprzez konfrontacje, namawianie do refleksji, propozycje ćwiczeń czy zadań mających na celu pomoc w uruchomieniu zmiany dotychczasowych zachowań (Deitch, 1994).

2. Praca nad rozwojem psychicznym i emocjonalnym – to codzienne oddziaływania, które odnoszą się do emocjonalnej sfery życia człowieka oraz do jego osobistego rozwoju. Społeczności, które koncentrują się tylko na korygowaniu wadliwych, społecznie nieakceptowanych zachowań, a nie podkreślają wagi życia wewnętrznego człowieka, mają zaburzoną równowagę i w związku z tym ograniczają ostateczny efekt terapii. Wszelkie interwencje terapeutyczne, które pozwalają zwiększyć świadomość osobistej sytuacji życiowej, rozpoznać funkcje, jakie pełniły w życiu substancje psychoaktywne, zrozumieć wpływ doświadczeń życiowych (zwłaszcza wczesnodziecięcych) na obecną sytuację oraz umożliwiają wzmocnienie własnego ja poprzez zwiększanie poczucia własnej wartości, wzrost

samoakceptacji, siły i osobistej sprawczości, przyczyniają się do umacniania procesu zmiany. Możliwość korektywnych doświadczeń emocjonalnych pozwala na rozpoznanie własnych uczuć i emocji, i uczenie się radzenia sobie zwłaszcza z trudnymi emocjami, takimi jak złość, agresja, lęk itp. Pracy nad emocjami i osobistym rozwojem służą przede wszystkim takie oddziaływania terapeutyczne jak kontakt indywidualny i pogłębiona praca terapeutyczna w kontakcie jeden na jeden, wszelkie oddziaływania o charakterze poradnictwa, grupy rozwoju osobistego, treningi, warsztaty tematyczne, a także różnorodne formy pracy z rodzinami i bliskimi członków społeczności.

3. Praca nad rozwojem intelektualnym i duchowym odnosi się do rozwoju intelektualnego i duchowego człowieka. Celem oddziaływań nakierowanych na kształtowanie, rozwój i poszerzenie zdolności intelektualnych jest stworzenie możliwości uczenia się myślenia abstrakcyjnego, rozpoznawania własnych schematów poznawczych, które rządzą zachowaniem, dokonywania analizy osobistych doświadczeń, poszerzania wyobraźni na temat otaczającego świata, podejmowania decyzji, planowania przyszłości itp. Dbłość o rozwój intelektualny umożliwia rozwój duchowy – rozważania na temat systemu wartości, zagadnień egzystencjalnych, pozwalają rozumieć uniwersalizm pewnych zdarzeń, sens nieuchronności ludzkiego losu itd. Ważnym elementem pracy nad rozwojem duchowym jest rozważanie sensu życia i odpowiedzialności za jego kształt, rozumienie znaczenia wybaczenia, miłości, cierpienia, wolności itp.

4. Kształtowanie i rozwój umiejętności życiowych i zawodowych odnosi się do kształtowania i rozwoju umiejętności praktycznych, których nabycie podczas pobytu w społeczności ułatwia rozpoczęcie życia poza nią. Społeczność terapeutyczna jest środowiskiem, w którym otrzymywanie informacji zwrotnych, bezpośrednie instrukcje, a także pozytywna identyfikacja z grupą, stosowane wzmocnienia i nagrody w sposób naturalny sprzyjają kształtowaniu umiejętności życiowych. Oddziaływania tej kategorii to głównie konstruktywna konfrontacja, poradnictwo i wspieranie uczenia się tych umiejętności w każdej możliwej sytuacji. W społeczności terapeutycznej istnieje też szereg możliwości nabywania umiejętności zawodowych (Koczurowska, 2012).

Wszystkie te kategorie oddziaływań są niezbędne i tak samo ważne w procesie zmiany. Mogą się wzajemnie przenikać i nakładać na siebie, ale żadna z nich nie może być ignorowana. Jedynie wszystkie te oddziaływania zapewniają harmonijny i zrównoważony proces zmiany (De Leon, 2003; Koczurowska, 2012; Banaszak, 2022).

Specyfika choroby uzależnieniowej (jej wieloaspektowość, negatywna stygmatyzacja społeczna, epidemiczność, nawrotowość itd.) sprawiają, że pacjent uzależniony od substancji psychoaktywnych jest najczęściej człowiekiem o słabej motywacji do zmiany, z wysokim poziomem lęku, słabo rozwiniętym wyobrażeniem na temat własnej przyszłości; jest słaby fizycznie, pozbawiony wiary i nadziei, samotny, przegrany, pełen bólu i roszczeń wobec świata i ludzi nieufny, pozbawiony miłości i ludzkiego szacunku. Jest osobą chorą na ciele i duszy. Wymaga zazwyczaj kompleksowej pomocy specjalistycznej, a jego powrót do zdrowia jest powolny i żmudny.

Leczenie uzależnień jest w związku z tym bardzo trudne, ze względu na specyfikę samej choroby, trudności w jednoznacznym określeniu obrazu „wyzdrowienia”. Trudność leczenia wynika też, a może przede wszystkim z faktu, że postępy zależą przede wszystkim od woli i chęci samego zainteresowanego, a proces leczenia wymaga czasu (Vanderplasschen, i in., 2013; 2018). Dlatego też społeczność terapeutyczna, ze względu na działające w niej czynniki lecznicze, jest jednym z najbardziej korzystnych środowisk terapeutycznych umożliwiających realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Dobre rezultaty osiągnęte przez społeczności terapeutyczne, „namacalne” wieloletnie dowody, że osobę uzależnioną można przywrócić do życia, ugruntowały przekonanie, że społeczność terapeutyczna jest jedną z bardziej skutecznych metod leczenia uzależnień. Niemniej jednak metoda ta, choć ma już swoje stałe miejsce w rehabilitacji uzależnień, budzi tyleż samo zachwytu, co wątpliwości.

Za największą zaletę tej metody uznać można fakt, że jest ona pewnego rodzaju społeczno-psychologicznym leczeniem środowiskowym, które posługuje się dynamicznym kontekstem żyjącej wspólnie grupy. Skupia się na leczeniu całego człowieka, a nie tylko jego uzależnienia. Ważną zaletą społeczności terapeutycznej jest również fakt jej realności, prawdziwości – konkretne, realne sytuacje życiowe, w których człowiek uczestniczy i które przeżywa, są sytuacjami mogącymi dostarczyć mu znaczących doświadczeń i służyć społecznemu uczeniu się. Nawet tak proste czynniki jak: możliwość odizolowania się od dotychczasowego środowiska, możliwość kontynuowania nauki, nowe znajomości itp., są jej wielką siłą.

Oczywiście, metoda ta nie jest wolna od wad. Najczęściej za podstawową wadę uznaje się długi czas terapii, w odizolowanym środowisku, co może utrudniać powrót do normalnego społeczeństwa. Długi czas pobytu w ośrodkach, często daleko od miejsca zamieszkania utrudnia systematyczny kontakt z bliskimi i odbudowę więzi rodzinnych. Podnoszone są też argumenty dotyczące zbyt małej indywidualizacji terapii i niemożności zaspokojenia indywidualnych potrzeb każdego jej członka, zbyt małej elastyczności. Za wadę uznaje się też

konieczność pracy fizycznej, konfrontacyjny charakter terapii oraz ograniczenia swobody osobistej.

W stosunku do współczesnych społeczności terapeutycznych zarzuty te są jednak w dużej mierze nieuzasadnione. Metoda ta ulegała bowiem i stale ulega modyfikacjom przystosowując się do potrzeb klientów i zmieniających się wymagań społecznych w zakresie świadczeń dla osób uzależnionych. Jest dzisiaj metodą opartą na solidnych podstawach teoretycznych, a jej wieloletni dorobek ewidentnie pokazuje jej żywotność, prostotę, pojemność, pomysłowość i elastyczność oraz uniwersalne wartości i ponadczasowy charakter (Kooyman, 2002; De Leon, 2003).

1.4. Czynniki leczące w społecznościach terapeutycznych

„Społeczność terapeutyczna to bardzo skuteczne podejście do leczenia uzależnień i innych pokrewnych problemów życiowych” (De Leon, 2003, s. 21). Autor tego stwierdzenia, George De Leon wskazuje, iż wiadomo o tym, że społeczności terapeutyczne są skuteczne, jednak wciąż mało wiadomo dlaczego i co w nich działa. Słowo *społeczność* określa podstawową metodę, za pomocą której realizowane są cele, jakimi jest zmiana stylu życia i tożsamości człowieka z problemem uzależnienia, a jako niepowtarzalny element wymienia się czynnik samopomocy, dzięki któremu osoba uczy się korzystać z doświadczeń grupy rówieśników, żeby lepiej siebie poznać, zrozumieć. Słowo *terapeutyczna* określa cele społeczno-psychologiczne (De Leon, 2003, s. 53). Teoria społeczności określa to, jak rozumiane jest uzależnienie, osoba z problemem uzależnienia, proces zdrowienia oraz tak zwane obyczajne życie. Zgodnie z założeniem społeczności terapeutycznej problemem jest człowiek, nie używka (czy obecnie dość powszechne zachowania o mechanizmach zbliżonych do uzależnienia). Uzależnienie jest więc objawem, a nie podstawowym problemem (Marceau, i in. 2017). De Leon i Unterrainer (2020) wskazują, że zmiana, wielowymiarowa, czyli dotycząca nie tylko zachowania (używania substancji psychoaktywnej), ale osoby, wymaga wielointerwencyjnego podejścia przez długi czas.

Mimo oczywistego faktu, że każdy jest inny, wszyscy ludzie z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych mają problemy w zakresie rozwoju psychologicznego (umiejętności poznawczych, emocjonalnych) i relacji społecznych. Zdaniem De Leona i Unterrainera (2020) niezbędnym warunkiem stabilnego powrotu do zdrowia jest integracja celów psychologicznych i społecznych. Proces zdrowienia to zmiana stylu życia,

która zachodzi w kontekście społecznego uczenia się. Ten kontekst jest tworzony przez społeczność, a niezbędnym elementem jest określony system wartości, który ma ukierunkowywać człowieka w kształtowaniu stosunku do siebie, osób z bliskiego otoczenia, osób znaczących oraz ogółu społeczeństwa (De Leon, 2003).

W związku z tym, że społeczność terapeutyczna to forma pracy grupowej, ale nie wykluczająca stosowania innych form pomocy, w tym terapii indywidualnej, czynniki leczące w społeczności terapeutycznej omówione zostaną na tle czynników leczących w terapii grupowej oraz czynników leczących w psychoterapii, która uwzględnia również relację między terapeutą a osobą korzystającą z pomocy.

Irvin Yalom i Melyn Leszcz (2006) wskazują na terapię grupową jako potwierdzoną licznymi badaniami bardzo skuteczną formę psychoterapii. Yalom określa czynniki terapeutyczne jako wynik wzajemnego oddziaływania ludzkich doświadczeń i wymienia następujące:

- 1) Zaszczepienie nadziei.
- 2) Uniwersalność.
- 3) Udzielanie informacji.
- 4) Altruizm.
- 5) Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej.
- 6) Rozwój umiejętności społecznych.
- 7) Naśladowanie.
- 8) Uczenie się interpersonalne.
- 9) Spójność grupy.
- 10) Katharsis.
- 11) Czynniki egzystencjalne.
- 12) Zrozumienie siebie.

Zaszczepienie nadziei

Yalom (2006) i Yalom, Leszcz (2006) wskazują na związek między oczekiwaniem pomocy przez pacjenta a jej pozytywnym wynikiem. Jest to możliwe, jeśli pacjent i terapeuta mają podobne oczekiwania wobec leczenia i wierzą, że dany sposób ma sens. W terapii grupowej duże znaczenie ma wiara terapeuty w siebie oraz w skuteczność swojej grupy, to pozwala zaszcześcić optymizm. W programach leczenia uzależnień tym, co wzbudza nadzieję, jest przykład osób, które ukończyły terapię, które funkcjonując w grupie są przykładem tego, że może się udać, co wzmacnia wiarę we własny sukces.

Uniwersalność

Wiele osób w trudnej sytuacji życiowej ma poczucie osamotnienia, wyjątkowości swoich problemów i myśli z tym związanych. Trudności interpersonalne powodują, że nie rozmawiają one na co dzień z osobami ze swojego otoczenia o podobnych przeżywanych uczuciach, nie szukają okazji do podzielenia się swoimi troskami, przez co poczucie bliskości z innymi staje się niemożliwe. W grupie terapeutycznej mają szansę dostrzec podobieństwo między sobą, doświadczają ulgi, kiedy zdają sobie sprawę, że inne osoby borykają się z podobnymi uczuciami, wstydem, bólem, troską.

Udzielanie informacji

Udzielanie informacji ma miejsce w grupie, jeśli terapeuta przekazuje wiedzę na temat choroby, zaburzeń, znaczenia objawów, procesów interpersonalnych i psychoterapii oraz jeśli członkowie grupy udzielają sobie nawzajem szczerych informacji zwrotnych, uczą się, jakie ich zachowania są akceptowane przez innych, a jakie nie (Yalom, Leszcz, 2006). Yalom i Leszcz (2006) wskazują, iż nie chodzi o treść udzielanych porad, natomiast korzyści przynosi proces ich dawania, ponieważ jest wyrazem zainteresowania i troski ze strony pozostałych uczestników grupy.

Altruizm

W grupie terapeutycznej ludzie korzystają nie tylko z faktu, że otrzymują pomoc od innych, ale również z tego, że sami tej pomocy udzielają. Chcą czuć się potrzebni. To ważny czynnik w procesie zdrowienia. Ludzie chorzy, z problemem uzależnienia, są często zniechęceni, mają poczucie, że niczego wartościowego nie mogą innym zaoferować. Terapia grupowa daje szansę zrobienia czegoś pożytecznego dla pozostałych osób. Leczący się mogą coś znaczyć, udzielając wsparcia innym i poprzez uczestnictwo w grupie umożliwić zmianę swoim kolegom i koleżankom.

Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej

Znaczna liczba osób uczestniczących w terapii ma za sobą niesatysfakcjonujące doświadczenia w rodzinie pierwotnej. To, co jest charakterystyczne zarówno dla grupy, jak i rodziny, to: obecność autorytetów/rodziców, rówieśników/rodzeństwa, głębokie osobiste przeżycia, silne emocje, bliskie relacje, współzawodnictwo. Uczestnictwo w terapii grupowej umożliwia

ujawnienie różnych nierozwiązanych spraw z przeszłości i odreagowanie ich w konstruktywny sposób.

Rozwój umiejętności społecznych

Osoba uczestnicząca w terapii grupowej ma szansę dostrzec rozbieżność pomiędzy intencjami swoich działań a rzeczywistym wpływem i odbiorem danego zachowania przez inne osoby. Dzięki temu ma szansę na rozwój takich umiejętności jak: rozwiązywanie sytuacji konfliktowych; empatii i zrozumienia zamiast oceniania innych; konstruktywny, bardziej świadomy i adekwatny sposób postępowania w kontaktach interpersonalnych.

Naśladowanie

Zarówno terapeuta prowadzący terapię, jak i inni uczestnicy spotkań grupowych modelują swoim zachowaniem sposób wypowiedzi, odnoszenia się do poszczególnych spraw, rozwiązywania problemów. Człowiek przez obserwację i naśladowanie czerpie korzyści, ponieważ może eksperymentować z nowym zachowaniem, sprawdzając na ile jest ono dla niego korzystne, a na ile nie.

Uczenie się interpersonalne

Dzięki uczestnictwu w grupie zwiększa się świadomość tego, jakie zachowania danej osoby drażnią innych. Wtedy jest szansa na zmianę i poprawę umiejętności współżycia z ludźmi, przewycięzania trudności w kontaktach z poszczególnymi osobami, tworzenia relacji opartych na bliskości i zaufaniu.

Spójność grupy

Przejawia się we wzajemnej akceptacji, udzielaniu sobie wsparcia i gotowości do budowania znaczących dla siebie, głębszych relacji. Spójności sprzyja odkrywanie wspólnych problemów, a w jej wyniku wśród uczestników jest większa gotowość do ujawniania intymnych spraw, ryzykowania wchodzenia w konfrontację i sytuacje konfliktowe. Duże znaczenie w procesie zdrowienia ma poczucie przynależności, a zachowania będące wynikiem uczestnictwa w grupie są równie ważne w adaptacji do środowiska poza nią.

Katharsis

Bardzo ważnym elementem terapii jest możliwość podzielenia się na forum grupy silnymi przeżyciami, szczególnie, jeśli spotyka się to z akceptacją ze strony innych osób. Ważne jest

ujawnienie bolesnego doświadczenia, odreagowanie silnych emocji oraz zrozumienie jego znaczenia najpierw w kontekście grupy, w bieżącej sytuacji, natomiast z czasem w szerszym kontekście dotyczącym swojego życia.

Czynniki egzystencjalne

Egzystencjalne podejście do rozumienia problemów pacjenta dotyczy zmagania się człowieka ze śmiercią, izolacją, wolnością i brakiem sensu życia. Ważne jest uświadomienie sobie, że nie na wszystko człowiek ma wpływ, dlatego jest ważne, aby wziąć odpowiedzialność za to, co jest możliwe, czyli za swoje życie, niezależnie od tego jakie wsparcie i porady otrzymuje się od innych (Yalom, Leszcz, 2006).

Zrozumienie siebie

Intelektualne zrozumienie związku między przeszłością a chwilą obecną oraz uświadomienie sobie wypartych treści wspiera zmianę. Osoby leczące się są zachęcane do zaakceptowania, integrowania i swobodnego wyrażania tych części siebie, które wcześniej były głęboko skrywane. Aby uporządkować chaotyczny świat wewnętrzny, zagmatwane relacje z innymi ludźmi oraz spowodowane tym cierpienie, ważna jest możliwość ich wyjaśnienia, a następnie odzyskania kontroli nad nimi (Yalom, Leszcz, 2006).

Martin Kooyman (2002) odwołując się do wymienionych już czynników leczących Yaloma, wyodrębnia następujące czynniki wpływające na proces zdrowienia występujące w społecznościach terapeutycznych dla osób uzależnionych:

- 1) Rodzina zastępcza.
- 2) Filozofia spójności.
- 3) Struktura terapeutyczna.
- 4) Równowaga pomiędzy demokracją, terapią i autonomią.
- 5) Uczucie się przez społeczną interakcję.
- 6) Uczucie się przez kryzys.
- 7) Terapeutyczny aspekt wszystkich działań w społeczności.
- 8) Odpowiedzialność za własne zachowanie.
- 9) Wzrost samooceny za pomocą osiągnięć.
- 10) Internalizacja pozytywnego systemu wartości.
- 11) Konfrontacja.
- 12) Pozytywna presja rówieśnicza.

- 13) Uczenie się rozumienia i wyrażania emocji.
- 14) Zmiana negatywnych postaw życiowych na pozytywne.
- 15) Poprawa stosunków z rodziną (Kooyman, 2002, s. 65–69).

Rodzina zastępcza

Spółeczność terapeutyczna stwarza warunki bezpiecznego rozwoju, czyli tworzenia relacji, nauki poprzez doświadczanie i możliwość popełniania błędów – pełni więc funkcję rodziny zastępczej (Kooyman, 2002). Terapia jest w pewnym sensie procesem dojrzewania w „dobrej rodzinie”, czyli społeczności, która posiada określoną strukturę, zapewnia porządek, opiekę w codziennym życiu, gwarantuje fizyczne bezpieczeństwo, przekazuje dyscyplinę oraz oferuje zajęcia, które sprzyjają społecznemu uczeniu się (De Leon, 2003).

Filozofia spójności

Wyznacznikiem funkcjonowania, w pewnym sensie drogowskazem funkcjonowania, jest filozofia – jasna, zrozumiała i możliwa do zaakceptowania. Głównym przekazem filozofii jest akceptacja swoich mocnych i słabych stron, gotowość do dzielenia się z innymi swoimi troskami, ale też wzajemna pomoc oraz zaangażowanie. Jak wskazuje De Leon (2003, s. 114), „pojęcia, przekonania, wartości i normy sterujące procesem powrotu do zdrowia i porządkowania życia znajdują wyraz w niepowtarzalnym języku kultury społeczności terapeutycznej”.

Struktura terapeutyczna

Pobyt w społeczności jest podzielony na etapy, co daje poczucie bezpieczeństwa, ponieważ wzrost odpowiedzialności następuje zgodnie z procesem rozwoju osoby leczącej się, która zgodnie z określoną hierarchią w grupie, przejmuje coraz więcej odpowiedzialności.

Równowaga pomiędzy demokracją, terapią i autonomią

W społeczności większość decyzji jest podejmowanych większością głosów, a pobyt w niej jest dobrowolny. Wszystkie decyzje i działania muszą być podporządkowane temu, co jest głównym celem, czyli terapii.

Uczenie się przez społeczną interakcję

Członek społeczności uczy się wchodzenia w różne interakcje z innymi osobami. Informacje zwrotne, które od nich otrzymuje, przyczyniają się do wzrostu świadomości swojego funkcjonowania, dokonywania wyborów i ponoszenia związanych z tym konsekwencji.

Uczenie się przez kryzys

Kooyman (2002, s. 66) nawiązując do teorii społecznego uczenia się Ericksona (1963) zakłada, że kryzys jest warunkiem rozwoju prowadząc do dezintegracji i ponownej integracji na wyższym poziomie (por. Dąbrowski, 2021).

Terapeutyczny aspekt wszystkich działań w społeczności

Wszelkie aktywności w społeczności są elementem terapii, począwszy od jasnej struktury dnia, zadań wynikających z samoobsługi, kontaktów poza spotkaniami społeczności.

Odpowiedzialność za własne zachowanie

Członek społeczności jest traktowany jak osoba, która potrzebuje pomocy i musi nauczyć się prosić o nią i korzystać z niej. Nie jest zwolniony z obowiązku pełnienia określonych ról dlatego, że jest pacjentem. Co więcej, jest w stanie pomagać innym, leczącym się z nim osobom (Kooyman, 2002). Według De Leona (2003, s. 81) „w społeczności terapeutycznej nauka odpowiedzialności, konsekwencji i odpowiedzialnego wywiązywania się z podjętych zobowiązań to elementy złożonego procesu osobistego rozwoju”. Podstawowym założeniem leżącym u podstaw koncepcji społeczności jest to, że jednostki uzyskują rezultaty terapii, gdy angażują się i uczą się korzystać ze wszystkich różnorodnych elementów społeczności jako narzędzi do samozmiany (De Leon, Unterrainer, 2020).

Wzrost samooceny za pomocą osiągnięć

Poprzez przewyciężanie swoich słabości, angażowanie się w zajęcia realizowane w ramach społeczności terapeutycznej, wzmacnia się samoocena, a strach przed porażką maleje. Ponadto, osoba lecząca się ma szansę poczuć się wartościowa przez to, że angażuje się i pomaga innym, będącym w podobnej sytuacji.

Internalizacja pozytywnego systemu wartości

Osoba lecząca się w społeczności ma narzucony system wartości, dzięki czemu uczy się konstruktywnych zachowań i zaczyna traktować pojawiające się problemy jako wyzwanie.

Konfrontacja

Dzięki emocjonalnym reakcjom innych osób członek społeczności ma szansę na zmianę swoich zachowań i postawy. Uczy się on nazywać swoje emocje związane z przeżywanym kryzysem. Doświadcza tego, że może być akceptowany, przyznając się do swoich słabości i porażek, ponieważ krytyka dotyczy zachowania, a nie jego samego.

Pozytywna presja rówieśnicza

Osoby będące długo w społeczności stają się wzorami do naśladowania, natomiast każdy członek społeczności terapeutycznej jest odpowiedzialny za obserwowanie, komentowanie i konfrontowanie zachowań oraz postaw leczących się z nim osób. W ten sposób realizowana jest pozytywna presja rówieśnicza (Kooyman, 2002; De Leon, 2003).

Uczenie się rozumienia i wyrażania emocji

Częstym problemem radzenia sobie z emocjami przez osoby z problemem uzależnienia jest tłumienie, co powoduje napięcie lub niekontrolowane, impulsywne zachowania. Podczas spotkań grupowych osoba jest zachęcana do wyrażania emocji, dzięki czemu ma szansę na przełamywanie lęku przed ujawnianiem gniewu, strachu, bólu oraz na naukę konstruktywnego sposobu ich regulowania, wyrażania.

Zmiana negatywnych postaw życiowych na pozytywne

Osoby uzależnione mają często negatywny obraz siebie. Lecząc się w społeczności, ucząc nowych zachowań mają szansę na zmianę swojego życia i kształtowanie się nowej tożsamości (Kooyman, 2003; De Leon, 2003).

Poprawa stosunków z rodziną

W społeczności terapeutycznej jest szansa na rozwiązanie spraw dotyczących relacji z bliskimi podczas terapii indywidualnej, spotkań grupowych, natomiast w wielu programach prowadzone są spotkania z rodzinami, aby omówić wzajemne relacje i pomóc w rozwiązaniu kryzysów (Kooyman, 2003, s. 65–69).

Kooyman (2003) podkreśla, iż wymienione czynniki odgrywają bardzo ważne znaczenie w procesie terapii i aby leczenie było skuteczne, żaden z nich nie powinien zostać pominięty. Na znaczenie efektów terapii grupowej wskazuje Lilianna Engel (2017). Na podstawie badań dotyczących efektów psychoterapii ambulatoryjnej indywidualnej i grupowej

w stosunku do pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i związanymi ze stresem, zaobserwowano wzrost kompetencji społecznych, przy czym w przypadku osób korzystających z terapii grupowej były to pozytywne, długotrwanie utrzymujące się efekty terapii (Engel, 2017, s. 185). Zdaniem George'a de Leona (2002), odnosząc się do holistycznej wizji człowieka nie można zmienić całego człowieka w oderwaniu od grupy. Życie w społeczności terapeutycznej, w całej swojej złożoności, z wymaganiami, zasadami, pełnionymi rolami i interakcjami, na przestrzeni czasu sprzyja ujawnieniu się całej wielowymiarowości.

Maria Banaszak (2022) wskazuje, iż od dwóch dekad w społeczności terapeutycznej ważnym uzupełnieniem procesu grupowego jest terapia indywidualna. Ponadto, w obecnym systemie leczenia w Polsce, zgodnie z wymogami NFZ psychoterapia indywidualna jest standardem, dlatego warto wymienić również czynniki leczące w psychoterapii opisane przez Czesława Czabałę (1997). Autor zwraca uwagę na trzy główne elementy łączące różne podejścia w psychoterapii:

- 1) Możliwość koncentrowania uwagi na bolesnych doświadczeniach życiowych.
- 2) Wypracowanie układu odniesienia, w którym mogą być zrozumiane dotychczasowe bolesne doświadczenia.
- 3) Zmiana rozumiana jako proces psychicznej reorganizacji (s. 79).

Zdaniem Czabały (1997) dotychczasowe badania pokazały, iż:

- psychoterapia jest skutecznym sposobem pomocy;
- u wielu pacjentów, u których następuje poprawa w wyniku psychoterapii, utrzymuje się ona w czasie;
- większość metod bez względu na konkretne techniki psychoterapeutyczne i rodzaje zmian, przynosi podobne efekty (s. 80).

Czabała (1997) wymienia czynniki leczące uwzględniając następujące po sobie etapy psychoterapii:

1. Etap początkowy – nawiązanie kontaktu i angażowanie pacjenta:
 - **odreagowanie emocjonalne** poprzez mówienie o przeżywanych uczuciach i wyrażanie ich w trakcie sesji terapeutycznej;
 - **zmniejszenie napięcia** poprzez udzielanie informacji o mechanizmach powodujących występowanie i nasilanie się objawów, uspokojenie go, zachęcanie do zmiany sposobów

radzenia sobie z trudnościami, wskazanie na zależności przyczynowo skutkowe, czyli zachęcanie do zwracania uwagi na zdarzenia poprzedzające wystąpienie objawów.

Na tym etapie w relacji terapeutycznej istotna jest:

- **empatia**, czyli przyjęcie perspektywy pacjenta w postrzeganiu jego sytuacji;
- **wzbudzanie zaufania** do terapeuty, poprzez uważne słuchanie, zbieranie dodatkowych informacji oraz udzielanie informacji o rozumieniu sytuacji życiowej pacjenta i sposobach radzenia sobie z problemami;
- **wzbudzanie nadziei** – przedstawienie planu terapii, czasu jej trwania oraz częstotliwości spotkań;
- **zachęcanie do odpowiedzialności** – wskazywanie pacjentowi jego możliwości radzenia sobie z problemami, docenienie decyzji o podjęciu terapii.

2. Etap wglądu:

- **analiza doświadczeń życiowych pacjenta** (odreagowanie tłumionych emocji, uwalnianie się od wpływu nieuświadomianych uczuć, zaakceptowanie niechcianych przeżyć i włączenie ich w plan bieżących zachowań);
- **przekształcanie schematów poznawczych** (zmiana oceny dotychczasowych doświadczeń pacjenta, zmiana oceny siebie, zmiana oceny otoczenia).

Na tym etapie w relacji terapeutycznej wskazana jest:

- **dyrektywność**, np. poprzez utrzymywanie uwagi pacjenta na określonych tematach, potwierdzanie jego odpowiedzialności za przebieg psychoterapii;
- **wrażliwość**, czyli dbanie o utrzymanie poziomu napięcia na odpowiednim poziomie, formułowanie wypowiedzi w sposób, który pacjent może traktować jako przypuszczenia, a nie autorytarne stwierdzenia oraz umiejętność rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych przez terapeutę, nienarzucanie własnych poglądów i przekonań;
- **aktywność pacjenta** – świadome branie odpowiedzialności pacjenta za to, co się dzieje w trakcie sesji terapeutycznych oraz poza nimi.

3. Etap przygotowania do zmian zachowania i ćwiczenia nowych zachowań:

- **poszukiwanie nowych wzorców** – pomoc polega na wskazaniu nowej perspektywy przyczyn powstawania problemów, poszukiwania nowych sposobów ich rozwiązywania i wypróbowania ich;
- **wypróbowywanie potencjalnych zachowań** zarówno podczas spotkania terapeutycznego, jak i w realnych sytuacjach poza nim;

– **uczenie się nowych umiejętności**, takich jak: komunikowania się, informowania innych o własnych potrzebach, przeżywanych uczuciach, wyrażania własnych przekonań, poglądów oraz słuchania innych.

Na tym etapie w relacji terapeutycznej autor zwraca uwagę na:

- **wsparcie terapeuty**;
- **wzmacnianie poczucia odpowiedzialności** (na tym etapie pacjent jest znacznie bardziej aktywny);
- **pomoc w ćwiczeniu nowych zachowań** (analiza sytuacji, konsekwencji podejmowanych działań, reakcji emocjonalnych).

4. Etap utrwalania i rozszerzania zmiany:

- **formułowanie planów na przyszłość**;
- **analiza strategii radzenia sobie z przewidywanymi trudnościami**;
- **plan dalszej terapii**.

W relacji terapeutycznej istotne jest:

- **rozwiązanie związku terapeutycznego**;
- **poszukiwanie wsparcia społecznego poza terapią**;
- **wzmocnienie zdolności polegania na sobie** (Czabała, 1997, s. 173–245).

Zdaniem Czabały „Psychoterapia jest czymś więcej, niż tylko procesem, który zachodzi w wyniku interakcji pacjent-terapeuta, czy pacjent-grupa terapeutyczna. Zmiana jako wynik psychoterapii to proces wychodzący poza sesje psychoterapeutyczne, który odbywa się także w interakcjach ze środowiskiem” (Czabała, 1997, s. 118). Ponadto autor odwołuje się do tekstu Flores, Rotha i Strausa z 2023 r. i wskazuje, iż najlepszą metodą leczenia uzależnień jest psychoterapia grupowa, połączona z innymi oddziaływaniami, ponieważ stwarza okazję do wzajemnej pomocy oraz udzielania i otrzymywania informacji zwrotnych od członków grupy (Czabała, 2023). Wydaje się więc, że społeczność terapeutyczna jest szczególnie, ponieważ umożliwia wykorzystywanie wszystkich form aktywności niemal przez całą dobę w celu osiągnięcia zmiany. Na tle innych ofert pomocy osobom z problemem uzależnienia wydaje się podejściem uniwersalnym, ponieważ nie wyklucza stosowania innych metod (Tokarska, 2022).

1.5. Pomiar czynników leczących metodą terapii społeczności terapeutycznej

Społeczność terapeutyczną wskazuje się jako efektywną i opłacalną metodę leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, która około pięćdziesiąt lat temu zaczęła rozwijać się jako alternatywa dla tradycyjnych sposobów leczenia uzależnień (De Leon, i in., 2021). Jednocześnie wskazuje się na konieczność powszechnego prowadzenia i ulepszania metodyki działań ewaluacyjnych dotyczących jej skuteczności.

Ewaluacja programów leczenia uzależnień powinna stanowić kluczową procedurę stosowaną zarówno w badaniach naukowych, jak i procedurę oceny poszczególnych placówek czy terapeutów. Cele tego typu badań ewaluacyjnych mogą być zróżnicowane i pozwalają w zależności od przyjętej metodologii odpowiedzieć na szereg istotnych pytań, tj.

1. Jakie metody leczenia uzależnień przynoszą lepsze efekty (w porównaniu z innymi metodami)?
2. Czy istnieje powiązanie skuteczności metody z określonymi cechami pacjentów, tj. wiek, sytuacja życiowa, głębokość uzależnienia? Tym samym, czy istnieją przesłanki do rekomendowania różnym grupom pacjentów odmiennych metod?
3. Jakie konkretnie elementy funkcjonowania społecznego i postaw ulegają zmianie w wyniku udziału w programach leczenia?
4. W jakim stopniu, w określonym programie, obecne są czynniki lecznicze określone w podstawach teoretycznych programu, np. w metodzie społeczności terapeutycznej?

Generalnie podkreśla się, iż w projektach ewaluacyjnych najczęściej odpowiada się w praktyce na pytania „czy to działa?” i „w przypadku kogo to działa?” Jednocześnie pytanie „jak to działa?” pozostaje najczęściej bez odpowiedzi (Lees, i in., 2004). Stanowi to duży problem w kontekście rozpoznawania i nadawania priorytetu poszczególnym grupom czy pojedynczym czynnikom leczącym w metodyce społeczności terapeutycznych oraz działaniach na rzecz rozwoju tej metody. Pomocne okazują się tutaj badania z wykorzystaniem metodologii jakościowej (np. Caputo, 2019), jednak ich wyniki nie pozwalają na uogólnienia.

Waga takich badań wiąże się także z wysokimi kosztami programów leczniczych i dużą powrotnością do uzależnienia. Istotne w tym kontekście jest zatem wykorzystanie wyników ewaluacji do ulepszania programów leczniczych i działania konkretnych specjalistów/placówek (Melnick, i in., 2004). Należy tu podkreślić, iż pomimo tak ogromnego

znaczenia badań ewaluacyjnych pierwsza systematyczna metaanaliza dotycząca badania skuteczności społeczności terapeutycznych (obejmująca 29 badań ewaluacyjnych) została zrealizowana dopiero w roku 2004 (Lees, i in., 2004).

Jednocześnie wskazuje się, że wiele programów, szczególnie mniej specjalistycznych i słabiej podbudowanych teoretycznie, nie jest w ogóle badanych pod kątem skuteczności (Melnick, i in., 2004). Co ważne jednak, dobrze implementowane programy, także takie prowadzone w bardzo trudnych warunkach, tj. środowisko zakładu karnego, wykazują się znacząco wyższymi efektami leczenia (Etheridge, Hubbard, 2000; Chotim, 2022; Prendergast, i in., 2000).

Na poziomie metodologii narzędzia do ewaluacji można podzielić na te, które są wypełniane przez kadrę placówek (zarządzając) lub specjalistów zajmujących się terapią, wypełniane przez pacjentów lub narzędzia obejmujące obie grupy respondentów (Melnick, i in., 2004).

Badania satysfakcji z leczenia i elementów terapii

Badania satysfakcji z leczenia, rozumianego często w tym kontekście jako usługa medyczna, jest uważane powszechnie za jedną z podstawowych procedur badania skuteczności leczenia z perspektywy użytkownika. Dotyczy ono zarówno programów redukcji szkód, jak i typowych programów terapeutycznych (Trujols, i in., 2014). Jednocześnie wskazuje się na wiele niedoskonałości takiej metodyki ewaluacyjnej. Po pierwsze, wyniki zwykle wykazują skośność w kierunku wysokich ocen. Okazuje się jednak, iż wielu z pacjentów wysoko oceniających ogólną satysfakcję z procesu leczenia wskazuje na wiele słabości tego procesu i problemów w sytuacji, gdy w użyciu jest szerszy zakres bardziej szczegółowych narzędzi ewaluacyjnych.

Jednocześnie wskazuje się (Laudet, White, 2010), iż sposób, w jaki pacjenci oceniają efekty leczenia, może mieć przełożenie na jego wyniki i powinien być traktowany w badaniach jako wymiar procesu leczniczego.

Do tego badania pokazują, iż w wielu przypadkach oceny kadry i pacjentów nie są spójne.

Postuluje się zatem rezygnację w ewaluacji z prostych narzędzi oceniających satysfakcję na rzecz bardziej partycypacyjnej i poszerzonej metodologii. Ta ostatnia pozwala potencjalnie uzyskać wyniki, których analiza może rzeczywiście przełożyć się na podniesienie jakości programów leczenia uzależnień.

Wśród wskaźników skuteczności programów bardzo często wskazuje się takie kwestie, jak odsetek rezygnacji z leczenia, śmiertelność, rezygnacja lub reedukacja używania środków psychoaktywnych oraz zaangażowanie w działalność kryminalną (Trujols, i in., 2014).

Modelowo część autorów proponuje (Trujols, i in., 2014) ocenę uwzględniającą następujące elementy:

1. Oczekiwania pacjentów dotyczące leczenia.
2. Przekonania pacjentów dotyczące wykorzystania środków zastępczych, np. metadonu.
3. Ocena przez użytkownika relacji z kadrą i wpływu na decyzje podejmowane w instytucji (a także oczekiwania/preferencje w tym zakresie).
4. Wskaźniki jakości.
5. Percepcja niespełnionych oczekiwań.
6. Poziom satysfakcji z leczenia.

Widoczne w tym ujęciu jest założenie, że bardzo trudno jest obiektywnie oceniać występowanie w placówce określonych czynników. Ich ocena, nawet w kontekście faktów, jest zawsze subiektywna. Można stwierdzić, iż czynnik występuje tylko wtedy, jeśli pacjent go postrzega. Oczywiście można tutaj dyskutować, na ile ktoś jest gotowy, żeby skorzystać z określonego elementu – trudno jednak zakładać, że oddziaływać może coś, czego pacjent nie postrzega jako czynnik obecny w miejscu, w którym się leczy.

Warto tutaj jednak zauważyć, że różne doświadczenia, które mogą być przez pacjentów odbierane jako trudne, mogą być w kontekście potencjalnej skuteczności leczenia korzystne. Przykładowo Clarke i Waring (2019) stwierdzili w badaniach jakościowych realizowanych w społeczności terapeutycznej osób z zaburzeniami osobowości, że stosowane jako kluczowy element leczenia w społeczności rytuały grupowe powodują „intensywne negatywne emocje, w tym złość i strach. Jednak tam, gdzie można było oczekiwać, że te uczucia złamią jedność, okazały one się wspierać i zapewniać podstawę dla silnego poczucia solidarności, zwłaszcza dla aktywnego wspierania się nawzajem oraz umożliwienia nowoprzybyłym urzeczywistnienia emocjonalnej ideologii i historii danej społeczności” (Clarke, Waring, 2019, s. 1288).

Zastosowanie takiego filtra perspektywy osób leczących się podkreśla Trujols (Trujols, i in., 2014, s. 108), pisząc, że:

„Nie trzeba dodawać, że bardziej dogłębne zrozumienie perspektywy użytkowników interwencji i ośrodków pozwoliłoby nam lepiej interpretować skuteczność i jakość interwencji, a także

planować i wdrażać środki w celu poprawy ich parametrów. Bez tej wiedzy ryzyko niedoszacowania lub zniekształcenia wartości usług leczniczych dla użytkowników poprzez zwykłe praktyki oceny jest wysokie”.

W tym kontekście podkreśla się, że pacjenci oceniający terapię mogą być w różnym zakresie włączani w proces poprawy jakości leczenia. W tym wymiarze kwestionariusze ewaluacyjne mają niewielkie znaczenie, które może być zintensyfikowane poprzez zaangażowanie odbiorców w szkolenia personelu czy spotkania zespołów terapeutycznych (Trujols, i in., 2014).

Jednocześnie podkreśla się, że skale oceny tworzone są często bez uwzględnienia modeli teoretycznych, co zmniejsza ich jakość i użyteczność, szczególnie w kontekście trafności pomiaru (Trujols, i in., 2014).

Jako dodatkowy problem metodologiczny w tego typu badaniach podkreśla się, iż choć różne placówki potwierdzają pracę zgodną z metodyką społeczności terapeutycznej, to w praktyce różnią się one założeniami teoretycznymi wdrażanymi w życie, ale przede wszystkim natężeniem i jakością wdrażania poszczególnych składowych społecznościowej filozofii i metodyki, a także dodatkowych elementów uzupełniających metodę społeczności (np. psychoterapii) (De Leon, i in., 2021). Do tego w momencie pomiaru społeczność może przechodzić okres kryzysu bądź rozpadu, co zmniejsza wiarygodność wyników (Lees, i in., 2004). Jednocześnie sporą rolę mogą tutaj pełnić, słabo dotychczas zbadane, różnice kulturowe, które przekładają się na specyfikę wdrażania tej metody w poszczególnych regionach i krajach (De Leon, 2021).

1.6. Funkcjonowanie psychologiczne i społeczne osób uzależnionych w kontekście skuteczności terapii

Analiza osobowościowych czy społecznych przyczyn wchodzenia w zachowania uzależnieniowe jest o tyle problematyczna, że uzależnienie to pewien proces. Stąd zasadnicze jest pytanie, czy przyczyn należy szukać w historii życia osoby zaburzonej, czy też w obecnym jej funkcjonowaniu. Jeśli w kontekście doświadczeń życiowych, to warto sięgnąć po wiedzę z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, a dokładniej po czynniki ryzyka, które pojawiły się w życiu pacjenta. Przez czynniki ryzyka należy rozumieć indywidualne cechy i zachowania młodych ludzi, cechy środowiska społecznego i efekty ich wzajemnego

oddziaływania, które wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia zachowań ryzykownych stanowiących zagrożenie dla ich prawidłowego rozwoju, zdrowia, bezpieczeństwa lub funkcjonowania społecznego (§6.3. oraz §6.4. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r.).

Psychospołeczne uwarunkowania uzależnień

Do najczęściej wymienianych czynników ryzyka na poziomie indywidualnym należą wysoka impulsywność, niska samoocena i negatywny obraz siebie, negatywny klimat grupowy i przemoc (zarówno relacyjna, jak i cyberbullying), trudności edukacyjne, wysoki poziom stresu, rodzicielskie wzorce zachowań, postawy i przekonania dotyczące zachowań ryzykownych oraz ryzykowne zachowania w mediach (Pyżalski, 2012; Poleszak, Porzak, Kata, 2019; Ostaszewski, Poleszak, 2019; Poleszak, Kata, 2022).

Badania osób uzależnionych wskazują, że niektóre czynniki ryzyka z młodości nabierają większego nasilenia w dorosłym życiu, a niektóre stworzyły warunki do powstania cech osobowości sprzyjających uzależnieniu. I tak, badania Jakubika i Popławskiej (2002) wykazały, że osoby uzależnione od internetu są ostrożniejsze w kontaktach z innymi ludźmi oraz bardziej wycofane, mniej aktywne i bardziej spokojne. Z kolei Barłóg (2015) podkreśla związek uzależnienia od internetu z wysoką neurotycznością. Co wiąże się z podatnością na doświadczanie negatywnych emocji, większą lękliwość czy nadwrażliwość na określone bodźce. Z perspektywy raportu interesujące są wyniki badań nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. Niezmiernie ciekawe badania w środowisku osób uzależnionych przeprowadzili Gerhant i Olajossy (2019). Oprócz uzależnienia wzięli oni także pod uwagę wysoki indeks nadużyć fizycznych, emocjonalnych i seksualnych w dzieciństwie, pod kątem którego różnicowali badanych. Osoby uzależnione od alkoholu porównywano w zakresie obrazu siebie. Badani z doświadczeniami przemocy w dzieciństwie charakteryzowali się niższą samooceną, niższym poziomem samoakceptacji, mniejszą odpornością na stres, obniżoną jakością funkcjonowania zadaniowego, gorzej sobie radzili w kontaktach heteroseksualnych, mieli obniżoną zdolność do pełnienia podrzędnych ról społecznych oraz większą potrzebę zmiany. Dodatkowo badani z tej grupy *charakteryzowali się niższym wiekiem inicjacji alkoholowej i początku systematycznego picia alkoholu, większym nasileniem uzależnienia od alkoholu, częstszym występowaniem dziedzicznego obciążenia uzależnieniem od alkoholu, prób samobójczych, myśli samobójczych oraz samouszkodzeń w przeszłości* (Gerhant, Olajossy, 2019, s. 249).

Zespół naukowców w składzie Bętkowska-Korpała, Gierowski, Ryniak, Kasprzak, Nolbrzak-Drozd, Starowicz (2012) prowadził badania osobowości osób uzależnionych od alkoholu z wykorzystaniem modelu Wielkiej Piątki. Uzyskane wyniki wskazały, że osoby uzależnione od alkoholu charakteryzują się większą skłonnością do depresyjności, większymi problemami w kontrolowaniu potrzeb i nagłych impulsów oraz nieznacznie większą podatnością na doświadczanie stresu (Bętkowska-Korpała, i in., 2012).

Z kolei badania Zalewskiej (2009) na podobnej grupie badawczej (początek terapii) wskazały na podwyższoną impulsywność oraz obniżoną prostolinijność, obowiązkowość i rozważę.

Uzyskane na populacji polskiej wyniki badań dotyczące osobowościowych korelatów uzależnienia od alkoholu potwierdzają też doniesienia z badań zagranicznych. I tak, Ruiz, Pincus, Dickinson (2003) prowadząc badania na grupie studentów uzależnionych od alkoholu udowodnili, że mieli oni podwyższoną impulsywność i nadwrażliwość. W konsekwencji powyższe cechy oraz niska sumienność prowadzą do wykorzystywania alkoholu jako sposobu na poradzenie sobie ze stresem.

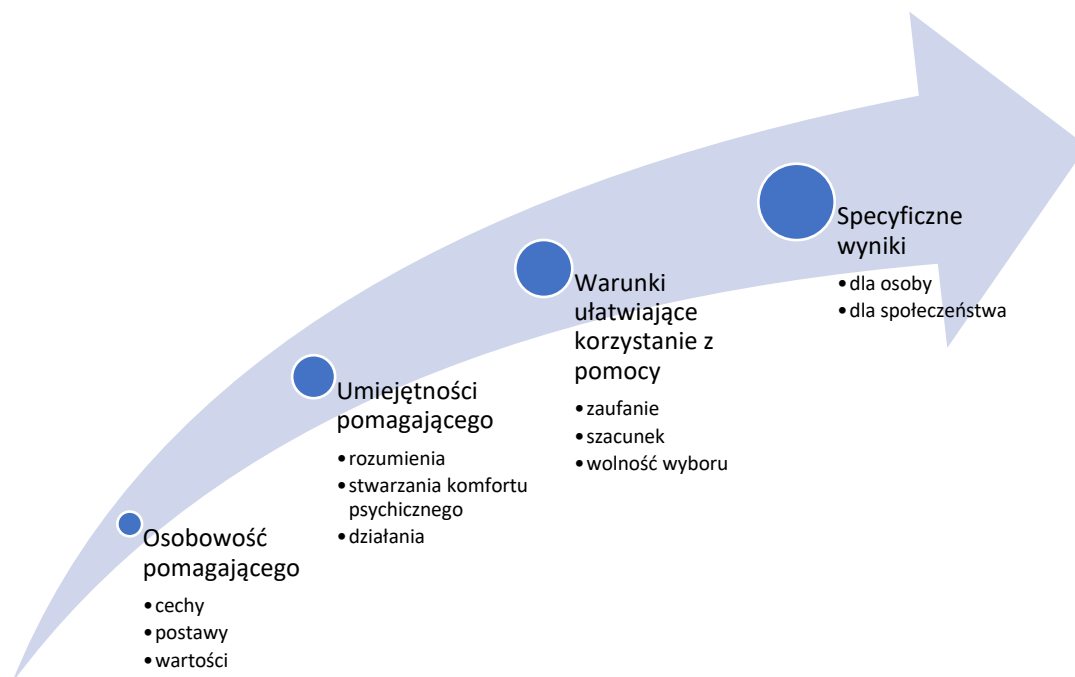
Podobne prawidłowości dotyczą także osób uzależnionych od narkotyków. Mikołajczyk (2009) wskazuje, że wspólna dla wszystkich uzależnionych jest niska tolerancja na frustrację i mała zdolność do odraczania gratyfikacji oraz niższa dojrzałość społeczna. Osoby uzależnione od narkotyków mają dodatkowo obniżoną samoocenę. Z kolei, Rybczyńska-Abdel-Kawy (2018) wskazuje na niski poziom kompetencji społecznych, szczególnie w skali kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach intymnych i wymagających asertywności, wysoką ocenę własnej skuteczności, obniżoną samoocenę oraz wysoki poziom lęku (jako cecha).

Skuteczność terapii a kluczowe elementy procesu psychoterapii

Efektywność psychoterapii to obszar badań niezwykle złożony. Składają się na niego zarówno specyficzne czynniki terapeutyczne, związane z założeniami teoretycznymi danego podejścia, jak i czynniki niespecyficzne związane z procesem pomocowym (psychoterapeutycznym). Czynniki specyficzne są ściśle związane z leżącymi u podstaw konkretnego systemu psychoterapeutycznego założeniami o naturze człowieka oraz mechanizmach psychicznych prowadzących do zdrowia lub zaburzeń psychicznych (Cierpiałkowska, Kubik, 2010). Z kolei czynniki niespecyficzne (zwane także wspólnymi) to te, które są związane z relacją w procesie terapeutycznym, a zwłaszcza z przymierzem terapeutycznym. Pewnego rodzaju drogą środka wydaje się podejście trzecie wykorzystujące

założenia dialogu motywującego, gdzie wykorzystuje się takie czynniki terapeutyczne jak: współpraca, wydobywanie i autonomia (Miller, Rolnick, 2010). Elementem pracy jest też odwołanie się do systemu wartości osoby uzależnionej (por. Resengren, 2009; Poleszak 2013). Orlinsky, Grawe, Parks (1994) w często przytaczanych badaniach nad skutecznością różnych form terapii poszukiwali zmiennych w trzech ważnych obszarach procesu psychoterapeutycznego – kontraktu psychoterapeutycznego, czynników związanych z funkcjonowaniem pacjenta oraz czynników związanych z funkcjonowaniem terapeuty.

W podobnym duchu kluczowe elementy pomagania ujmuje L. M. Brammer (1984). W swoim modelu procesu pomagania proponuje cztery główne elementy – dwa po stronie pomagającego i dwa po stronie wspomaganego. Razem stanowi to zależny od siebie konglomerat skutecznego oddziaływania pomocowego. Wszystko to, co składa się na osobowość pomagającego w połączeniu z jego specyficznymi umiejętnościami, którymi on dysponuje, daje szansę na stworzenie niezbędnych warunków do zmiany wspomaganego. W konsekwencji tego procesu powstają określone wyniki, ważne dla rozwoju jednostki i prawidłowego funkcjonowania całego społeczeństwa.



Rys.1 . Schemat procesu pomagania wg. Brammera (1984).

Na osobowość wspomaganego składają się te wszystkie cechy, postawy, wartości, przekonania itd., które ujawnia on zarówno w codziennym życiu, jak i pracy zawodowej. Umiejętności obejmują te działania, które pozwalają na aktywne słuchanie, okazywanie

zrozumienia, dawanie komfortu psychicznego wspomaganemu, pokonywanie doświadczanych trudności. Do warunków ułatwiających rozwój należy poczucie zaufania do siebie i otaczającego świata, poczucie bezpieczeństwa, wolność i odpowiedzialność za siebie i swoje środowisko.

Specyficzne wyniki to te wszystkie zmiany w życiu wspomaganego, które pozwolą mu się samoaktualizować i odnaleźć się w społeczeństwie, w którym żyje. Jak twierdzi Brammer (1984), wyszkolony specjalista dysponuje jeszcze jednym ważnym elementem procesu wspomagania, a mianowicie tworzy własną teorię pomagania, poszerzającą jego świadomość i zwiększającą umiejętności. Bazuje ona na wiedzy i doświadczeniu innych specjalistów, a także na doniesieniach naukowych koncentrujących się na zachowaniu. Tak więc w pracy nad rozwojem klienta ważna wydaje się introspekcja terapeuty. Pozwala ona dostrzec jego mocne i słabe strony w wykonywanym zawodzie. Określi posiadane i brakujące umiejętności, a w konsekwencji pozwoli programować własny rozwój profesjonalny. Jakość wglądu w siebie decyduje o kierunku samodoskonalenia i o tym, czy w ogóle ono nastąpi. Osoba wspomagającego jest równie ważna jak narzędzia, którymi dysponuje. Brammer (1984) wskazuje na sześć istotnych cech osobistych, które wpływają na efektywność oddziaływań pomocowych. Należą do nich:

1) Świadomość siebie i swojego systemu wartości. Wspomagający powinien znać odpowiedź na pytanie „Kim jest” i „Co jest dla niego ważne”. Świadomość ta pozwoli mu być uczciwym, etycznym w zaspokajaniu swoich potrzeb i czytelnym dla wspomaganego. Pozwoli mu to uniknąć niebezpieczeństwa projektowania własnych cech i wartości na innych oraz patrzenia oceniającego.

2) Doświadczanie przeżywanych uczuć. Każdemu działaniu towarzyszą emocje i uczucia. Ich świadomość daje możliwość otwartego i wrażliwego kontaktu ze wspomaganym. Jednocześnie eliminuje ryzyko generalizacji i stosowanie mechanizmów obronnych w pracy z drugim człowiekiem.

3) Pomagający w roli modelu. Każdy edukator, niezależnie czy tego chce, czy nie, jest żywym przykładem ważnych zachowań dla osób, z którymi pracuje. Jego satysfakcjonujące życie pozwoli mu na unikanie kompensacji niezaspokojonych potrzeb oraz na wydajniejszą pracę. Przeżywane przez nas trudności wpływają niewątpliwie na jakość działania.

4) Żywe zainteresowanie ludźmi i problemami społecznymi. Umożliwia ono odpowiedź na dwa istotne pytania: po co pomaga terapeuta i czy kieruje się motywami altruistycznymi i

prospołecznymi. Ponadto cecha ta prowadzi do zbierania szerokich informacji o funkcjonowaniu człowieka.

5) Zasady etyczne. Należą do nich zarówno czytelne normy moralne, społeczne, jak i jasny kodeks etyki zawodowej.

6) Poczucie odpowiedzialności. Ta cecha obejmuje zarówno odpowiedzialność za siebie i swoje działanie, jak i za to, co dzieje się ze wspomaganym. Odpowiedzialny profesjonalista czuwa nad wspomaganym od momentu zawiązania kontraktu aż do chwili, gdy ten radzi sobie sam w społeczeństwie lub przejmie go inny specjalista.

Innym ważnym wymiarem indywidualnej teorii wspomagania rozwoju jest dostosowanie swojej propozycji pomocy do odbiorcy tego procesu – w tym wypadku uzależnionego. Adekwatność oferowanej pomocy w stosunku do potrzeb wspomaganego zadecyduje o jej jakości. Brammer (1984) poza wyżej wymienionymi warunkami podaje jeszcze dwa, są to:

1) Ciepło i opiekuńczość wspomagającego. Warunek ten pozwala osobie wspomaganej poczuć głębokie zainteresowanie wspomagającego oparte na emocjonalnych komunikatach w postaci gestów, mimiki czy innych sygnałach niewerbalnych.

2) Otwartość wspomagającego. W kontakcie pomocnym niezmiernie ważne jest zaufanie współpracujących stron. Osiąga się je w wyniku wzajemnej otwartości, zgodnie z zasadą, że otwartość budzi otwartość. Bez tego warunku trudno jest wspomaganemu odkryć swoje słabe strony.

W nawiązaniu do omówionych już czynników leczących w społecznościach terapeutycznych (rozd.1.4, s. 29) warto zauważyć, że zaszczepienie i podtrzymanie nadziei to czynniki leczące w każdej terapii, zarówno indywidualnej, jak i grupowej. Nadzieja ma moc uruchomienia mechanizmów fizjologicznych leżących u podstaw efektu placebo, ale też zmienia nastawienie do przeżywanego problemu. Kluczowe elementy wzbudzania nadziei to:

- Budowanie wiary i ufności w powodzenie terapii na etapie kierowania do grupy.
- Wspieranie przez bardziej doświadczonych członków grupy.
- Dzielenie się powodzeniem w pracy nad sobą (np. grupy AA, DDA itp.).

Praca w grupie lub wspólnocie terapeutycznej pozwala sobie uświadomić, że jesteśmy podobni w zakresie najgłębiej skrywanego problemu, bez względu na to, czy jesteśmy zdrowi, czy też przejawiamy jakieś zaburzenia. Doświadczenie podobieństwa problemów, przeżyć czy objawów pozwala na poczucie wspólnoty doświadczeń. Uwagi, zaangażowanie, dzielenie się

swoimi doświadczeniami współuczestników grupy terapeutycznej jest znaczącym wkładem w proces zmiany i zdrowienia. Niejednokrotnie skuteczność wsparcia osób z grupy jest większa niż pomagającego psychoterapeuty.

Grupa pomocowa (terapeutyczna) jest także odzwierciedleniem innych ważnych dla rozwoju grup społecznych, w tym także grupy rówieśniczej. Tworzy więc przestrzeń uczenia się ról istotnych dla życia w szerokim społeczeństwie. Większość klientów ma doświadczenie zaburzonych relacji rodzinnych, więc grupa tworzy okazje do przepracowania takich relacji jak: podporządkowanie, walka z autorytetem, tworzenie koalicji przeciwko prowadzącemu lub bezrefleksyjna chęć pomocy innym, kosztem własnych potrzeb. Kiedy tylko takie reakcje się pojawią w pracy terapeutycznej, należy je identyfikować i poddawać analizie oraz wypracowywać nowe wzorce reagowania.

Zachowania naśladowcze to powszechny czynnik leczący, a wynikający z prawidłowości społecznego uczenia się. Także w pierwszych fazach procesu grupowego, kiedy członkowie grupy mocno się identyfikują z terapeutą lub innymi członkami grupy, modelowanie ma istotne znaczenie dla działań wspomaganych. W rezultacie zarówno terapeuta, jak i uczestnicy grupy mogą być modelem zachowań dla uczestników grupy i w ten sposób uczyć konstruktywnych zachowań przystosowawczych.

Podstawowym warunkiem skuteczności pracy grupowej jest spójność grupy, którą charakteryzuje pewien rodzaj bliskości relacji pomiędzy jej uczestnikami. To pozwala na wyrażanie emocji na forum grupy i doświadczanie od niej akceptacji oraz doświadczenie bycia cenionym, aktywnym i należącym do wspólnoty. Spójność grupy sprzyja:

- Akceptacji i zrozumieniu.
- Łatwości w wyrażaniu i badaniu siebie.
- Integracji wewnętrznych stanów.
- Nawiązywaniu głębszych relacji z innymi.
- Odsłanianiu się i podejmowaniu ryzyka.
- Konstruktywnemu wchodzeniu w konfrontację i konflikt.

Zniekształcenia powstałe w wyniku patologicznych interakcji z osobami znaczącymi we wczesnym okresie życia człowieka mają swoje konsekwencje w dalszych etapach jego rozwoju i najczęściej dotyczą:

- Postrzegania siebie.
- Rozumienia potrzeb własnych i innych ludzi.
- Sposobu reagowania na interakcje między ludźmi.

Tożsamość powyższych mechanizmów z procesami grupowymi pozwala na ich korektę w naturalny sposób. Istotą pomocy grupowej jest dotarcie do przyczyn problemów, a nie ich manifestowanych objawów. Wobec powyższego, zadaniem terapeuty jest przełożenie objawów na język przyczyn i połączenie ich z zachowaniami interpersonalnymi, które dzieją się tu i teraz (np. zależność, uległość, trudności w wyrażaniu złości).

Uczenie się interpersonalne sprowadza się do korektywnego doświadczenia swojej emocjonalności:

1. Silne wyrażanie emocji, które jest ukierunkowane interpersonalnie i wiąże się dla pacjenta z pewnym ryzykiem.
2. Grupa zapewniająca dostatecznie dużo wsparcia, żeby pacjent podjął to ryzyko.
3. Testowanie rzeczywistości, pozwalające jednostce na zanalizowanie swoich doświadczeń z pomocą koncesyjnego ustalenia trafności z udziałem innych członków grupy.
4. Rozpoznanie nieadekwatności określonych uczuć i zachowań interpersonalnych lub nieadekwatności unikania określonych zachowań interpersonalnych.
5. Ostateczne zwiększenie zdolności jednostki do wchodzenia w głębsze i szersze interakcje z innymi.

Warunkiem korektywnego doświadczenia emocjonalnego jest to, aby uczestnicy mogli doświadczać grupy jako dostatecznie bezpiecznej i wspierającej, tak aby chcieli w niej wyrażać podstawowe występujące między nimi różnice i napięcia. Informacje zwrotne i szczerze wyrażanie siebie muszą umożliwiać skuteczne konfrontowanie się z rzeczywistością. W rezultacie prowadzi to do poczucia, że grupa jest społecznym mikrokosmosem. Jest ona idealnym miejscem do uczenia się społecznego, gdy napięcia i sposoby odnoszenia się do siebie są konfrontowane z pojawiającymi się interakcjami interpersonalnymi. Grupa jest społecznym mikrokosmosem, w którym jej uczestnicy mogą skorygować, w bezpiecznym środowisku, swoje dysfunkcyjne relacje przystosowawcze.

1.7. Pomiar i wskaźniki skuteczności terapii uzależnień w społeczności terapeutycznej

Literatura przedmiotu (Less, i in., 2004) wskazuje, że pomiar skuteczności metody społeczności terapeutycznej przez wiele lat, a także i do pewnego stopnia obecnie, był obszarem działania „badań praktyków”, którzy w sposób narracyjny przywoływali efekty swoich działań.

Tego typu aktywności były także realizowane przez badaczy zewnętrznych wobec społeczności, stosujących głównie metodologię paradygmatu jakościowego. Tendencja ta zaczyna obecnie się zmieniać w kierunku zobietyzowanego pomiaru, z uwzględnieniem w odniesieniu zarówno do społeczności terapeutycznych dla uzależnionych, jak i innych, np. skupiających osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego (Amram, Benbenishty, 2018; Lees, i in., 2004).

W kontekście społeczności terapeutycznej obszary zmian podlegające ewaluacji wynikają bezpośrednio z założeń teoretycznych metody dotyczących wizji osoby (*view of the person*), wizji leczenia (*view of recovery*) oraz wizji wartościowego życia (*view of right living*) (De Leon, i in., 2021).

Elementy te omówiono niżej

Podstawowe rozumienie		
Osoba Kluczowe są psychologiczne i społeczne dysfunkcje, a nie wzory używania substancji	Leczenie W centrum znajduje się zmiana stylu życia i osobistej tożsamości, w tym w obszarze konwencjonalnych aktywności w sferze edukacyjnej i zawodowej	Wartościowe życie Istotne jest dążenie do życia w wymiarze pozytywnym i realizacja wartości, tj. prawda i uczciwość, odpowiedzialność, społeczne zaangażowanie.

Rys.2. Założenia teoretyczne społeczności terapeutycznej dla uzależnionych

Źródło: opracowanie własne na podst. De Leon (2021)

W metodzie społeczności terapeutycznej zakłada się też konkretne deficyty, które obecne są w przypadku wielu osób uzależnionych, a społeczność ma służyć redukcji tych deficytów.

Należą do nich następujące behawioralne, poznawcze i emocjonalne problemy (De Leon, i in., 2021, s. 1036):

- „Niska tolerancja na wszelkie formy dyskomfortu i opóźnianie gratyfikacji.
- Problemy z władzą.
- Nieumiejętność radzenia sobie z uczuciami (zwłaszcza wrogością/złością, poczuciem winy i lękiem).
- Słaba kontrola impulsów (szczególnie impulsów seksualnych lub agresywnych).
- Słaba ocena rzeczywistości dotycząca konsekwencji działań.
- Nierealistyczna samoocena dotycząca rozbieżności między zasobami osobistymi a aspiracjami.
- Wyeksponowanie kłamstwa, manipulacji i oszustwa jako sposobu radzenia sobie.
- Niewystarczająca osobista i społeczna odpowiedzialność (np. niekonsekwencja lub niewywiązywanie się z obowiązków).
- Wyraźne deficyty w uczeniu się oraz umiejętnościach zawodowych i komunikacyjnych.”

W świetle założeń teoretycznych społeczności przyjmuje się zatem obok abstynencji od środków terapeutycznych szereg zmiennych o charakterze psychologicznym, które z jednej strony powinny ulec poprawie w wyniku terapii, z drugiej zaś strony zmniejszać ryzyko remisji czynnego uzależnienia. Dodatkowo wprowadza się wskaźniki związane z funkcjonowaniem społecznym (zarówno w wymiarze negatywnym, jak i pozytywnym).

Metodologia pomiaru skuteczności leczenia w społeczności terapeutycznej jest bardzo skomplikowana i zawsze obarczona błędem, choćby ze względu na fakt, że osoby po zakończeniu leczenia trafiają do różnych środowisk, co też może wpływać na powrotność do uzależnienia.

W różnych badaniach skuteczności przyjmuje się szereg społecznych i psychologicznych wskaźników, które są w odmienny sposób przyjmowane przez pacjentów na innych etapach leczenia – choć badania pokazują, że główne trzy obszary dla pacjentów to powstrzymanie się od używania substancji, sytuacja zawodowa oraz relacje rodzinne i społeczne (Laudet, White, 2010). Warto zauważyć, że choć w wielu badaniach pojawiają się podobne grupy czynników traktowanych jako wskaźniki, to wszystkie one są traktowane jako dyskusyjne i zawsze są częściowo podważane przez część badaczy.

Należy dodać, iż skuteczność leczenia w społeczności terapeutycznej może odbywać się przynajmniej w ramach dwóch modeli longitudinalnych (podłużnych), tj.:

1. Modelu pretest-posttest, gdzie główne dwa pomiary odbywają się na początku (lub przed) i po zakończeniu leczenia (niekiedy z dodatkowymi pomiarami po dłuższym czasie – przyjmuje się tu zwykle w badaniach okres 1–5 lat, ale także dłuższy czas, np. 12 lat [De Leon, i in., 2021]).
2. Model regularnych kolejnych pomiarów w czasie pobytu w społeczności (tutaj uchwytne jest także progres lub jego brak w czasie trwania leczenia (Kressel, i in., 1999).

Przejmuje się także metody pomiarowe wykorzystujące odpowiedzi różnych respondentów (np. samoocenę pacjentów, oceny personelu), często sięgając po triangulację przy jednoczesnym wykorzystaniu kilku perspektyw (Czuchry, i in., 1998; Kressel, i in., 1999). Jednocześnie w tym kontekście obserwowana jest tendencja do niższych ocen formułowanych przez personel w zestawieniu z samooceną. Różnice te redukują się na dalszych etapach funkcjonowania w społeczności, co interpretuje się jako większą zdolność klientów do realistycznej oceny własnych osiągnięć na bardziej zaawansowanym etapie procesu leczenia (Czuchry, i in., 1998; Kressel, i in., 1999).

Wskaźniki skuteczności leczenia uzależnień metodą społeczności terapeutycznej

Nie używanie substancji psychoaktywnych

Powstrzymanie się od używania substancji psychoaktywnych wydaje się najbardziej oczywistym wskaźnikiem i rzeczywiście jest on powszechnie używany w badaniach ewaluacyjnych. Jednocześnie dyskutuje się to, w jakim czasie po zakończeniu leczenia powinny odbywać się badania w tym zakresie, co zresztą dotyczy także innych społeczności terapeutycznych, np. dla osób z zaburzeniami osobowości (Lees, i in., 2004). Jednocześnie wyraźnie należy podkreślić, iż w kontekście założeń leczenia w społeczności sam wskaźnik nie używania substancji jest dalece niewystarczający.

Satysfakcja z (jakości) życia

Satysfakcja z życia jest bardzo szeroką konceptualizacją powiązaną z jakością holistycznie rozumianego zdrowia. W tym kontekście koncepcja ta bliska jest dobrostanowi psychologicznemu (Kabat-Zinn, 2009). Jest ona także powiązana z egzystencjalnymi koncepcjami rozwoju, które w centrum lokują sens życia (Frankl, 2012).

Warto zauważyć, że satysfakcja z życia została zweryfikowana empirycznie jako predyktor remisji nawet dwa lata po zakończeniu procesu leczenia (Laudet, i in., 2009). Warto zauważyć, iż w kontekście pomiaru skuteczności terapii te różnice w rozumieniu satysfakcji z życia przełożą się na metody pomiarowe i sposób interpretacji wyników (Phillips, 2019). Warto zauważyć, iż większość nowoczesnych programów terapeutycznych zakłada stopniowe odbudowywanie satysfakcji i sensu życia, które wiąże się nie tylko z programami trwającymi dłużej, ale także koniecznością budowania systemu wsparcia następczego (w formie tradycyjnych spotkań lub kontaktu online, także po zakończeniu leczenia (Laudet, White, 2010). W tym kontekście wyniki posttest w badaniach ewaluacyjnych mogą stanowić nie tylko wskaźnik skuteczności leczenia, ale także wskaźnik zapotrzebowania na dalsze wsparcie.

Kressel i in. (1999) proponują spójny model wymiarów i domen zmiany klienta w kontekście leczenia metodą terapii uzależnień. Przedstawiono je w tabeli 1.

Tabela.1. Wymiary i domeny zmiany klienta w kontekście leczenia metodą społeczności terapeutycznej

I. Wymiar rozwojowy

Ten wymiar odnosi się do ewolucji jednostki w zakresie jej rozwoju osobistego.

1. Dojrzałość (samoregulacja, zarządzanie społeczne)
2. Odpowiedzialność (podejmowanie wyzwań, wywiązywanie się z obowiązków)
3. Wartości (uczciwość, życie zgodne z zasadami)

II. Wymiar socjalizacji

Ten wymiar odnosi się do ewolucji jednostki jako prospołecznego członka większej społeczności.

1. Styl życia związany z narkotykami/przestępczością (dewiacja społeczna)
2. Podtrzymuje obrazy (społeczny vs antyspołeczny styl życia)
3. Nastawienie do pracy (postawa odpowiednia dla świata pracy)
4. Umiejętności społeczne (umiejętność nawiązywania relacji z ludźmi)

III. Wymiar psychologiczny

Wymiar ten odnosi się do podstawowych funkcji poznawczych i umiejętności emocjonalnych. Jest to jednak niediagnostyczna poprawa w tym zakresie.

Wymiar polega na redukcji objawów zaburzeń emocjonalnych i psychicznych, w tym lęku i depresji.

1. Umiejętności poznawcze, na które składają się takie elementy jak: świadomość, osąd, wgląd, testowanie rzeczywistości, umiejętność podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów.
2. Umiejętności emocjonalne (głównie komunikacja i zarządzanie stanami uczuciowymi).
3. Poczucie własnej wartości/poczucie własnej skuteczności (dobre samopoczucie).

IV. Wymiar uczestnictwa w społeczności

Ten wymiar odnosi się do ewolucji relacji jednostki ze społecznością terapeutyczną, w szczególności w kontekście zaangażowania w uczestnictwo w programie. Wskazuje się tutaj na cztery zasadnicze elementy:

1. Rozumienie zasad, filozofii i struktury programu.
2. Zaangażowanie i udział w działaniach społeczności.
3. Przywiązanie do społeczności i „inwestowanie” w jej funkcjonowanie.
4. Przyjmowanie roli wzoru do naśladowania (stanowi dobry przykład, uczy innych).

Źródło: Kressel i in., 1999

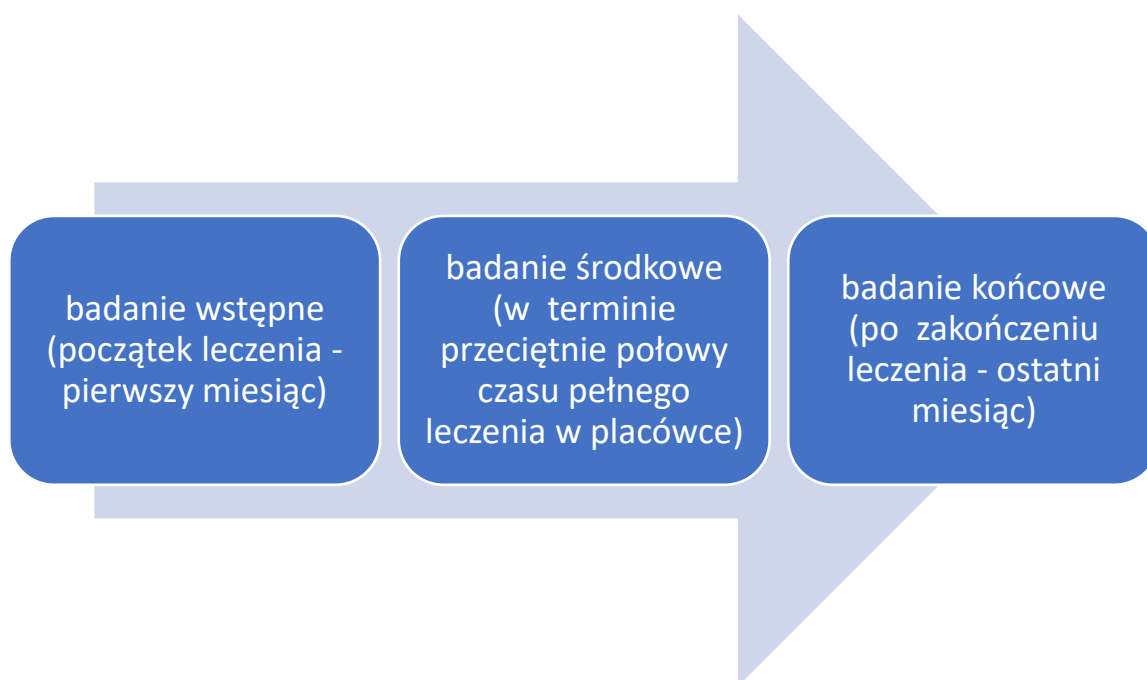
2. Metodologia badania

2.1. Cel badań i model badawczy

Celem projektu był pomiar czynników leczących w społecznościach terapeutycznych dla dorosłych uzależnionych (18–30 lat) i powiązanie ich występowania oraz natężenia z efektami leczenia w postaci istotnych zmiennych indywidualnych (psychologicznych) oraz społecznych (poziom funkcjonowania społecznego, w tym zmienne bezpośrednio związane z używaniem substancji i innymi zachowaniami ryzykownymi). Występowanie i natężenie postrzeganych przez pacjentów czynników leczących, które obecne są w koncepcji społeczności terapeutycznej, zestawione zostały z efektywnością leczenia mierzoną w modelu pretest-posttest (dwa pomiary – na początku i pod koniec leczenia). Pacjenci (N=1000, N=217 w pełnym cyklu pomiaru, z 42 placówek) badani byli baterią narzędzi self-report (aneks 1) dwukrotnie (na początku i pod koniec terapii), mierzącymi zmienne psychologiczne, które powinny ulec modyfikacji podczas procesu terapeutycznego oraz kwestionariuszem samooceny funkcjonowania społecznego. Uzyskane informacje pozwoliły odpowiedzieć na pytanie, które z licznych czynników leczących wymienianych w koncepcji społeczności terapeutycznych okazują się najistotniejsze i najbardziej przekładają się na skuteczność terapii oraz jakie występują między nimi relacje. Wiedza ta jest bardzo istotna dla budowania metodyki skutecznego wdrażania społeczności terapeutycznej, a także dla procesu szkolenia specjalistów leczenia uzależnień.

Celem pomiaru zmiennych psychologicznych jest zarejestrowanie zmian, jakie zachodzą w toku terapii metodą społeczności terapeutycznej w indywidualnym funkcjonowaniu każdego badanego pacjenta. Stąd badania są prowadzone na początku i końcu terapii. Kluczowym elementem badań było uchwycenie rozwoju osobistego w najważniejszych dla zdrowia sferach życia. Do zmiennych psychologicznych, które mają uchwycić zmiany funkcjonowania pacjenta, należeć będzie realny obraz siebie, idealny obraz siebie, tendencje rozwojowe wynikające z rozbieżności pomiędzy powyższymi obrazami, poczucie sensu życia oraz poczucie poziomu koherencji. Pomiarowi zmiennych psychologicznych towarzyszył będzie pomiar sytuacji społecznej, w obszarze m.in. kluczowych relacji społecznych, sytuacji ekonomicznej, sytuacji zawodowej i edukacyjnej, wcześniejszych prób leczenia, doświadczeń z używaniem środków psychoaktywnych – traktowany jako punkt wyjścia i zestaw zmiennych modyfikujących skuteczność leczenia.

Obecny raport obejmuje cały cykl badań przedstawiony na rysunku 3.



Rys. 3. Model zbierania danych w badaniu

2.2. Narzędzia badawcze

W badaniach wykorzystano baterię gotowych i własnych narzędzi (powtórzony pomiar test-retest) oraz własnej konstrukcji skalę mierzącą postrzeganie czynników leczniczych (pomiar w środku procesu terapii).

Narzędzia wykorzystane w badaniu pretest i posttest (wstępnym i końcowym)

W badaniach wykorzystano sprawdzone i wartościowe psychometrycznie testy psychologiczne: Lista Przymiotników ACL, Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) i KPŻ.

ACL pozwala uchwycić takie zmienne psychologiczne jak: obraz siebie, idealny obraz siebie i tendencje rozwojowe (relacja pomiędzy obrazami pozwala określić, czy są zablokowane, czy dają szansę na ich realizację). Test ACL pozwala opisać cechy osobowości w 37 skalach, wśród których znajdują się skale potrzeb psychicznych, skale tematyczne, skale analizy transakcyjnej oraz skale twórczości i inteligencji, a także skale kontrolne. Test opisuje funkcjonowanie jednostki w zakresie realizacji zadań, kontaktów interpersonalnych, pełnienia ról społecznych.

Za wyborem obrazu siebie jako zmiennej opisującej psychologiczne funkcjonowanie jednostki przemawia fakt, że zawiera on dwa podstawowe elementy. Pierwszy z nich to świadomość własnego istnienia, a drugi element to świadomość własnego funkcjonowania. Obraz siebie stanowi zatem ustrukturalizowany zbiór elementów dotyczących własnej osoby, nabytych w drodze doświadczeń. Stanowi on jednocześnie centrum procesów uczenia się zachodzących w osobowości i jest ważnym czynnikiem stabilizującym zachowanie (Siek, 1986).

O jakości tego obrazu siebie stanowią dwie dychotomiczne właściwości oraz trzy cechy. I tak, obraz siebie może przyjmować takie właściwości jak: globalność/zróżnicowanie i stabilność/niestabilność. Z globalnym obrazem siebie mamy do czynienia wówczas, gdy człowiek ma niejasną koncepcję własnej osoby. Trudno mu nazwać swoje cechy, potrzeby i postawy. Ma niejasną wizję co do własnych granic i poczucia odrębności. Jego obraz siebie jest mglisty i niekonkretny. Natomiast obraz stabilny charakteryzuje względna trwałość i stałość cech opisujących daną jednostkę. Czyni to z niej osobę przewidywalną w swoich działaniach. Z kolei do cech obrazu siebie zaliczyć należy akceptację siebie, zbieżność obrazu realnego z idealnym oraz znajomość siebie (wgląd). Dla uchwycenia wyżej wspomnianych cech konieczne jest zidentyfikowanie zarówno obrazu realnego, jak i idealnego badanego.

Kolejną zmienną psychologiczną mierzoną w badaniach jest poczucie koherencji. Poczuciem koherencji (*sense of coherence*) określa się ogólną orientację, wyrażającą, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek (Antonovsky, 1995, s. 11). Na zmienną tę składają się trzy wymiary: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności i poczucie sensowności.

Poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*) odnosi się do stopnia, w jakim człowiek spostrzega bodźce, z którymi się styka, napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, jako sensowne poznawczo, jako informacje uporządkowane, spójne, ustrukturyzowane i jasne, a nie jako szum – czyli informacje chaotyczne, nieuporządkowane, losowe, przypadkowe, niewytłumaczalne.

Poczucie zaradności (*manageability*) to stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymaganiom, jakie stawiają bombardujące go bodźce.

Poczucie sensowności (*meaningfulness*) wyraża stronę motywacyjną, odnosząc się do zdarzeń życiowych interpretowanych jako wyzwania.

Skonstruowano także i poddano pilotażowi własne narzędzia do pomiaru społecznej, ekonomicznej i zdrowotnej sytuacji (bazując na decyzjach sędziów kompetentnych), w tym charakteru postaw i aktywności związanych z używaniem środków psychoaktywnych, a także rozbudowane narzędzia odnoszące się do sytuacji zaangażowania społecznego i kulturowego oraz samooceny zdrowia.

Na podstawie literatury dotyczącej uzależnień przyjęliśmy, że uzależnienie wiąże się z jednej strony ze szkodliwymi zachowaniami, z drugiej zaś ze zmianami w postawach i innych wskaźnikach (jak np. samoocena zdrowia).

Z kolei społeczność terapeutyczna powinna sprzyjać poprawie funkcjonowania przez oddziaływanie czynników leczących. W związku z tym skonstruowaliśmy gotowe narzędzia (ze względu na ich brak) mierzące funkcjonowanie społeczne w różnych wymiarach (pozwoliło to na odkrycie ewentualnej dynamiki zmian).

Mierzymy zatem (w kontekście stanu wyjściowego) kwestie zarówno funkcjonowania społecznego w różnych sferach (np. dbałość o zdrowie, korzystanie z kultury itp.) oraz też stosunek do narkotyków, a także zaangażowanie w zachowania mogące świadczyć o uzależnieniach behawioralnych.

Narzędzia zostały poddane pilotażowi oraz procedurze psychometrycznej, opisanej w części wynikowej pyt. 2, 3, 4, 5, 6, 8 w narzędziu zamieszczonym w aneksie.

Czynniki leczące (pomiar środkowy, w połowie procesu leczenia)

Pomimo tego że społeczność terapeutyczna zawiera zdefiniowane obszary czynników leczących (przyjęliśmy koncepcję I. Yaloma), to w praktyce poszczególne placówki różnią się od siebie stylem pracy i występowaniem (natężeniem) poszczególnych czynników. Założyliśmy zatem, iż nie ma sensu pytać terapeutów o te czynniki (gra tu bowiem rolę zmienna aprobaty społecznej oraz pewien „idealistyczny” sposób myślenia o realizowanych działaniach profesjonalnych). Przyjęliśmy, że dany czynnik występuje, jeśli jego występowanie potwierdza pacjent (nie jest to procedura niekwestionowalna, ale nie znaleźliśmy lepszych rozwiązań w badaniach światowych, które w ogóle są dosyć skąpe, jeśli idzie o metodologię i wyniki w tym zakresie).

Procedura trafnościowa (w kontekście trafności teoretycznej) wyglądała następująco – zdefiniowane czynniki leczące Yaloma przekładaliśmy na pytania, które odnoszą się do codzienności pacjentów placówek. Robił to zespół badawczy złożony z akademików i bardzo doświadczonych terapeutów pracujących metodą społeczności terapeutycznej. Podczas wielokrotnych spotkań wybieraliśmy alternatywne pytania operacjonalizujące czynniki,

dyskutując zarówno ich wartość merytoryczną, jak i sposób zadawania pytań. Narzędzie podlegało pilotażowi z przedstawicielami grupy badawczej i było zmienione w warstwie językowej na podstawie pilotażu. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji ds. Badań Naukowych Wydziału Pedagogiki Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.

Poniżej znajduje się tabela 2, z nazwami czynników leczących i odpowiadającym im pytaniom skali mierzącej subiektywne występowanie czynników leczących.

Tabela 2. Czynniki leczące wraz z itemami zastosowanymi w narzędziu

Czynnik leczący wg Yaloma	Pytania
Altruizm	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bycie członkiem społeczności sprawia, że w niektórych sytuacjach potrafię postawić potrzeby innych nad moje własne. 2. W społeczności doświadczam, że potrzeby innych ludzi mogą być/są ważniejsze niż moje własne. 3. W społeczności doświadczam sytuacji, w których zapominam o sobie i myślę o tym, jak pomóc innym. 4. Mam poczucie, że w społeczności daję innym część siebie. 5. W społeczności mam możliwość pomagania innym i bycia dla nich kimś ważnym.
Spójność grupy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czuję, że przynależę do społeczności i jestem przez nią akceptowana/y. 2. W społeczności ważny jest dla mnie ciągły bliski kontakt z innymi ludźmi. 3. W społeczności doświadczam sytuacji, w których mogę ujawnić krępujące rzeczy o sobie i mimo to jestem akceptowana/y przez grupę. 4. Będąc w społeczności doświadczam tego, że nie jestem samotna/y. 5. Mam poczucie, że będąc członkiem społeczności jestem wśród grupy ludzi, którzy mnie rozumieją.
Uniwersalność	<ol style="list-style-type: none"> 1. Będąc w społeczności mam poczucie, że wiele osób ma problemy podobne do moich.

	<p>2. Będąc wśród członków społeczności zauważam, że byłam/em w podobnym położeniu jak inni.</p> <p>3. W społeczności inni dzielą ze mną niektóre przykre myśli i uczucia.</p> <p>4. W społeczności przekonuję się, że inni członkowie społeczności mieli sytuację rodzinną lub doświadczenie życiowe podobne jak moje.</p> <p>5. W społeczności przekonuję się, że nie różnię się bardzo od innych, co daje mi poczucie, że jestem wśród swoich.</p>
Uczenie się interpersonalne	<p>1. Osoby, z którymi przebywam w społeczności, uświadamiają mi, jakie wrażenie na nich wywieram.</p> <p>2. W społeczności przekonuję się, jakie emocje wywołuję w innych ludziach.</p> <p>3. Inni członkowie społeczności zwykle szczerze mówią, co o mnie myślą.</p> <p>4. W społeczności inni pokazują mi, że niektóre moje nawyki lub charakterystyczne zachowania drażnią innych ludzi.</p> <p>5. W społeczności przekonuję się, że niekiedy wprawiam ludzi w zakłopotanie, nie mówiąc im tego, co naprawdę o nich myślę.</p>
Rozwój umiejętności społecznych	<p>1. Będąc w społeczności poprawiam swoje umiejętności życia z ludźmi.</p> <p>2. Mam poczucie, że coraz bardziej ufam członkom społeczności i innym ludziom.</p> <p>3. W społeczności uświadamiam sobie, w jaki sposób nawiązuję relacje z innymi ludźmi.</p> <p>4. W społeczności uczę się, jak być bliżej z innymi ludźmi.</p> <p>5. Mam możliwość przezwyciężania moich trudności w relacjach z niektórymi członkami społeczności.</p>
Udzielanie informacji	<p>1. W ośrodku otrzymuję sugestie lub porady od terapeutów, dotyczące tego, co mam zrobić.</p> <p>2. W ośrodku otrzymuję sugestie lub porady od członków społeczności dotyczące tego, co mam zrobić.</p>

	<p>3. Dzięki wypowiedziom innych członków społeczności mogę lepiej zrozumieć swojej problemy.</p> <p>4. W społeczności mam okazję dostać od kogoś konkretne sugestie, dotyczące rozwiązania jakiegoś życiowego problemu.</p> <p>5. Członkowie społeczności udzielają mi porad, abym zachowywał się inaczej w stosunku do ważnych osób w moim życiu.</p>
Katharsis	<p>1. Będąc wśród członków społeczności czuję, że mogę powiedzieć o wszystkim, co mnie boli.</p> <p>2. Będąc w społeczności uczę się wyrażania uczuć wobec innych osób w społeczności.</p> <p>3. Będąc w społeczności czuję, że mogę wyrażać uczucia wobec terapeutów.</p> <p>4. Będąc w społeczności uczę się wyrażania swoich uczuć.</p> <p>5. Będąc w społeczności uczę się mówienia o tym, co mnie dręczy.</p>
Naśladowanie/identyfikacja	<p>1. Staram się o to, żeby brać przykład z kogoś, kto lepiej ode mnie funkcjonuje w społeczności.</p> <p>2. Dzięki temu, że inni członkowie społeczności otwarcie mówią o wstydlivych sprawach, ja też mogę mówić o takich tematach.</p> <p>3. Będąc w społeczności przyswajam sobie niektóre charakterystyczne zachowania lub styl bycia innego członka społeczności.</p> <p>4. Terapeuta jest dla mnie wzorem, dlatego staram się zachowywać tak jak on.</p> <p>5. Będąc w społeczności znajduję w grupie kogoś, na kim mogę się wzorować.</p>
Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej	<p>1. Bycie w społeczności jest w pewnym sensie jak ponowne przeżycie i zrozumienie mojego życia w rodzinie, w której dorastałem.</p>

	<p>2. Bycie w społeczności pomaga mi zrozumieć dawne konflikty z rodzicami, rodzeństwem lub innymi ważnymi osobami.</p> <p>3. W społeczności doświadczam akceptacji i zrozumienia.</p> <p>4. Bycie w społeczności pomaga mi lepiej zrozumieć, jak byłem wychowywany w rodzinie.</p> <p>5. W społeczności niektórzy członkowie lub terapeuci są jak rodzina. Dzięki temu lepiej rozumiem swoje dawne relacje z rodzicami (rodzeństwem itd.).</p>
Uzyskanie wglądu/zrozumienie siebie	<p>1. Będąc w społeczności lepiej rozumiem, że mój stosunek do różnych osób wynika z wcześniejszych doświadczeń z ludźmi.</p> <p>2. Będąc w społeczności lepiej rozumiem niektóre przyczyny moich problemów.</p> <p>3. Będąc w społeczności odkrywam i akceptuję wcześniej nieznaną lub nieakceptowaną część mojego Ja.</p> <p>4. Będąc w społeczności przekonuję się, że na niektórych ludzi lub sytuacje reaguję nierealistycznie (uczuciami, które w jakiś sposób należą do wcześniejszych okresów mojego życia).</p> <p>5. Będąc w społeczności przekonuję się, że moje dzisiejsze uczucia i zachowania mają związek z moim dzieciństwem i dorastaniem.</p>
Wpajanie nadziei	<p>1. Dostrzegam, że u innych osób w społeczności następuje poprawa i to dodaje mi otuchy.</p> <p>2. Będąc w społeczności dowiaduję się, że inni członkowie społeczności rozwiązali problemy podobne do moich.</p> <p>3. Będąc w społeczności obserwuję, jak inni członkowie społeczności rozwiązują problemy podobne do moich.</p> <p>4. Obserwowanie postępów innych członków społeczności motywuje mnie do pracy nad sobą.</p>

	5. Świadomość, że społeczność pomogła innym z problemami podobnymi do moich, jest dla mnie zachętą do korzystania z pomocy innych.
Czynniki egzystencjalne	<p>1. Będąc w społeczności uczę się godzić z tym, że życie jest czasami krzywdzące i niesprawiedliwe.</p> <p>2. Będąc w społeczności godzę się z tym, że ostatecznie nie ma ucieczki od niektórych życiowych cierpień.</p> <p>3. Będąc w społeczności zaczynam rozumieć, że niezależnie od tego, jak bardzo zbliżę się do innych ludzi, sam/a muszę mierzyć się z trudnościami.</p> <p>4. Będąc w społeczności odkrywam, że zmaganie się z najważniejszymi sprawami dotyczącymi życia i śmierci sprawia, że staram się żyć bardziej uczciwie i nie przejmować się tak bardzo błahostkami.</p> <p>5. W społeczności przekonuję się, że muszę wziąć na siebie ostateczną odpowiedzialność za własne życie, niezależnie od porad i wsparcia, jakie otrzymuję od innych.</p>

2.3. Opis próby

Grupę badawczą stanowią osoby z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych leczone w ośrodkach stacjonarnych, w których program realizowany jest metodą społeczności terapeutycznej (rekrutując dotarło do 75 placówek, jednak 25 z nich odmówiło udziału w badaniu, a 8 zrezygnowało z uwagi na brak osoby, która mogłaby się zająć koordynacją badań w placówce). Ze względu na różną długość trwania programów terapeutycznych w badanych 42 ośrodkach drugi pomiar był przeprowadzony w połowie czasu pobytu uczestników badania. Jak już wskazano wyżej, cały proces badawczy obejmował trzy pomiary:

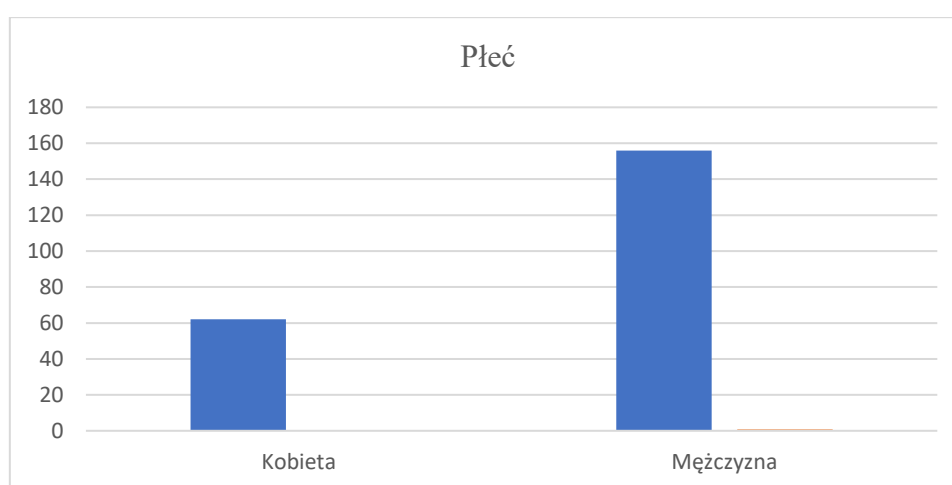
I pomiar – w pierwszym miesiącu terapii w ośrodku;

II pomiar – w połowie czasu trwania programu w danym ośrodku;

III pomiar – w ostatnim miesiącu terapii w ośrodku.

Udział w badaniu był dobrowolny, osoby biorące w nim udział zostały poinformowane, że mogą zrezygnować w dowolnym momencie, bez podania przyczyny rezygnacji. Badanie zainicjowano na próbie nieco ponad 1000 osób, z czego całe narzędzie badawcze wypełniło 788 osób. Po czyszczeniu danych udało się uzyskać 751 rekordów przydatnych w dalszych analizach. W drugim pomiarze zbadano 370 osób. Spadająca liczba badanych w kolejnych pomiarach wynikała głównie z rezygnacji z uczestnictwa w terapii, jak i niemożności (np. z powodu nieobecności zdrowotnej) lub odmowie udziału w kolejnych badaniach.

W pełnym badaniu, czyli trzech pomiarach, wzięło udział 217 osób, w tym 71,6% to mężczyźni (N=156), a 28,4% to kobiety (N=61).



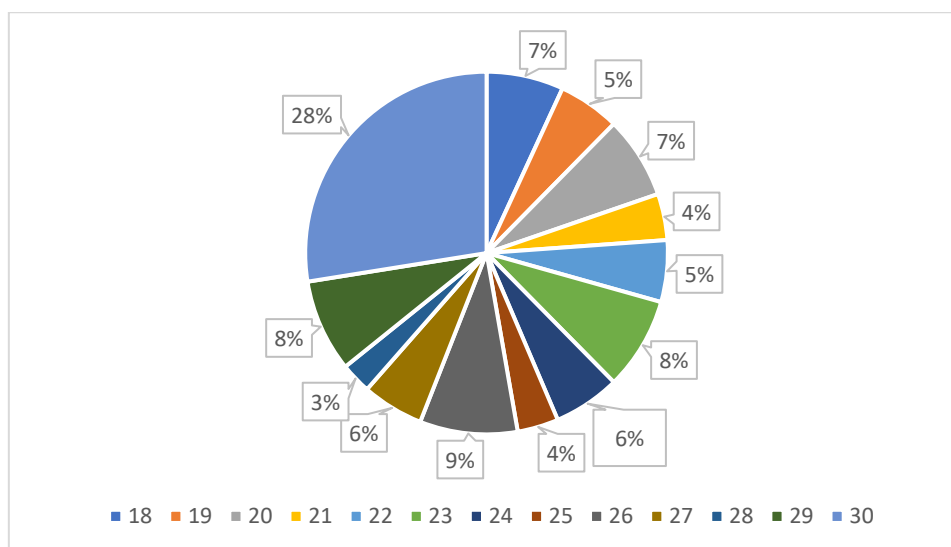
Wykres 1. Płeć, z którą identyfikują się osoby badane

Średnia wieku badanych to 24 lata. Największą grupę (52,8%) stanowią osoby w wieku od 26 do 30 lat (N=123). Przy czym 27,5% (N=60) stanowią osoby w wieku 30 lat, natomiast druga pod względem liczebności (N=76), czyli 35%, to młodzi dorośli, osoby w wieku od 20 do 25 lat (zgodnie z zastosowaniem rozróżnień kategorii wiekowych, por. np. przegląd dokonany przez Jolantę Jarczyńską, 2021, s. 172–180). Trzecią pod względem liczebności grupę stanowi młodzież w okresie późnego dorastania, czyli 18 i 19 lat (N=27), tj. 12,4%.

Tabela 3. Wiek badanych osób w momencie rozpoczęcia badania

Wiek badanych w latach	N	%
18	15	6,9
19	12	5,5
20	16	7,3

21	9	4,1
22	12	5,5
23	18	8,3
24	13	6,0
25	8	3,7
26	19	8,7
27	12	5,5
28	6	2,8
29	18	8,3
30	60	27,5
Ogółem	218	100



Wykres 2. Wiek osób badanych w momencie rozpoczęcia badań

Kolejnym wskaźnikiem był poziom wykształcenia. Z otrzymanych danych wynika, że największą grupę wśród dorosłych osób leczących się w ośrodkach stacjonarnych terapii uzależnień stanowią osoby z wykształceniem średnim (N=67), tj. 30,7%. Niepełne średnie wykształcenie zadeklarowały 32 osoby (14,7%). Druga pod względem liczebności grupa (N=41) to osoby, które zakończyły edukację na poziomie gimnazjum, tj. 18,8%. Osoby, które mają wykształcenie zawodowe, stanowią 12,4% badanych, natomiast 6% zadeklarowało

wykształcenie niepełne zawodowe. 5% stanowią osoby z wykształceniem podstawowym, a 5,7% posiada wykształcenie wyższe (2,8% na poziomie licencjackim, 1,4% na poziomie magisterskim, 0,5% niepełne wyższe inżynierskie, 0,5% wyższe z tytułem inżyniera).



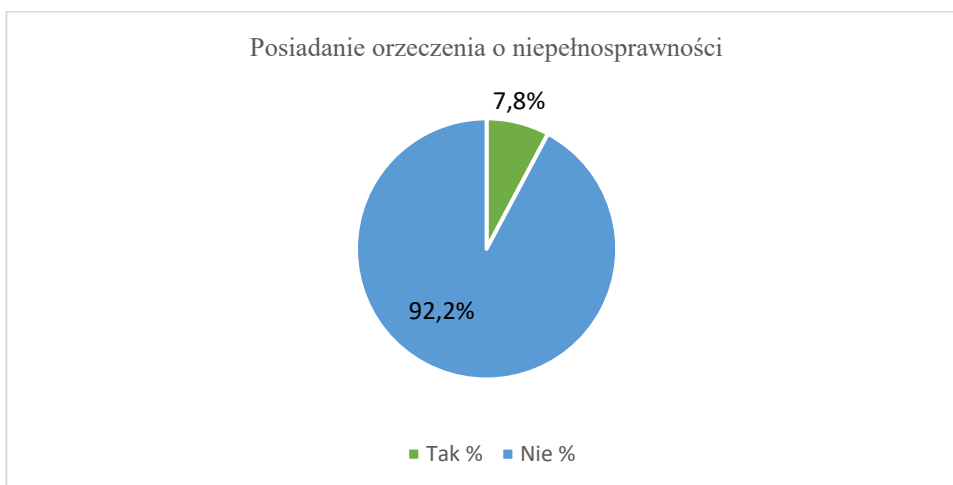
Wykres. 3. Wykształcenie osób badanych

Biorąc pod uwagę deklarację badanych dotyczącą sytuacji życiowej, związanej z funkcjonowaniem w bliskich relacjach, 78% badanych zadeklarowało, że żyją same, a jedynie 22% jest w związku. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 4. Deklaracje badanych dotyczące sytuacji życiowej związanej z funkcjonowaniem w bliskich relacjach (w %)

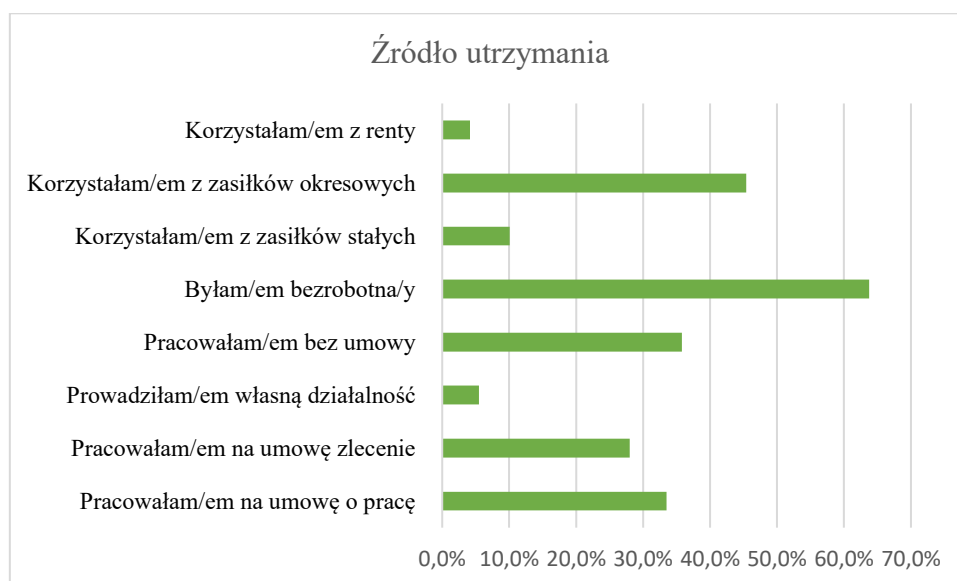
Funkcjonowanie w bliskich relacjach	Tak	Nie
Jestem zamężna/zonaty	3,7	96,3
Jestem w związku z partnerskim (krócej niż pół roku)	4,6	95,4
Jestem w związku partnerskim (dłużej niż pół roku)	8,7	91,3
Jestem w separacji	1,4	98,6
Jestem rozwiedziona/y	4,1	95,9
Jestem wdową/wdowcem	0	100
Jestem sam/a	78,4	21,6

Spośród badanych 8% posiada orzeczenie o niepełnosprawności, 92% nie posiada takiego orzeczenia.



Wykres 4. Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności

Kolejnym aspektem było źródło utrzymania osób przebywających w ośrodkach z powodu problemów z uzależnieniem. Największą grupę stanowią osoby, które w okresie 6 miesięcy przed podjęciem leczenia były bezrobotne (64%), a ponad połowa korzystała z zasiłków, z czego 45% z zasiłków okresowych, 10% z zasiłków stałych. Wśród pracujących największą grupę (36%) stanowią osoby, które pracowały bez umowy, 33% było zatrudnione na umowę o pracę, a 28% w ramach umowy zlecenia. 5% badanych osób prowadziło własną działalność. Najmniejszą grupę stanowią renciści (4%).



Wykres 5. Sytuacja życiowa związana ze źródłem utrzymania

Innym wskaźnikiem uwzględnionym w grupie badawczej było doświadczenie korzystania z różnych form pomocy. Interesujący jest fakt, że blisko połowa badanych przynajmniej raz leczyła się już w ośrodku stacjonarnym. 71% to osoby, które korzystały wcześniej z pomocy ambulatoryjnej w poradni leczenia uzależnień, a ponad połowa (54,6%) korzystała z pomocy psychologicznej niezwiązanej z uzależnieniem. Dane zostały zaprezentowane w tabeli poniżej.

Tabela 5. Doświadczenie korzystania z pomocy w zakresie leczenia uzależnień (w %)

Forma pomocy	Korzystałam /em raz	Korzystałam /em kilka razy	Korzystałam /em wielokrotnie	Nie korzystałam/em
Leczenie psychiatryczne (pobyt) w szpitalu	17,4	22,5	8,3	51,8
Oddział dzienny szpitala	12,4	22,5	5,5	59,6
Konsultacje/leczenie u psychiatry w poradni lub gabinecie	9,6	35,3	26,1	28,9
Psychoterapia lub pomoc psychologiczna nie związana z uzależnieniem	10,1	24,8	19,7	45,4
Detoksykacja	21,6	18,3	6,4	53,7
Spotkania indywidualne (konsultacje/terapia) w poradni leczenia uzależnień	12,4	27,5	22,5	37,6
Spotkania grupowe w poradni leczenia uzależnień	8,7	13,3	10,1	67,9
Grupy wsparcia (Anonimowi Narkomani, Anonimowi Alkoholicy itp.)	9,6	18,3	8,7	63,3
Leczenie substytucyjne	4,6	3,7	1,4	90,4
Leczenie w ośrodku stacjonarnym	23,4	22,9	3,2	50,5
Korzystanie z programów postrehabilitacyjnych (hostel, mieszkanie readaptacyjne)	6,4	2,8	0,0	90,8

3. Wyniki badań własnych

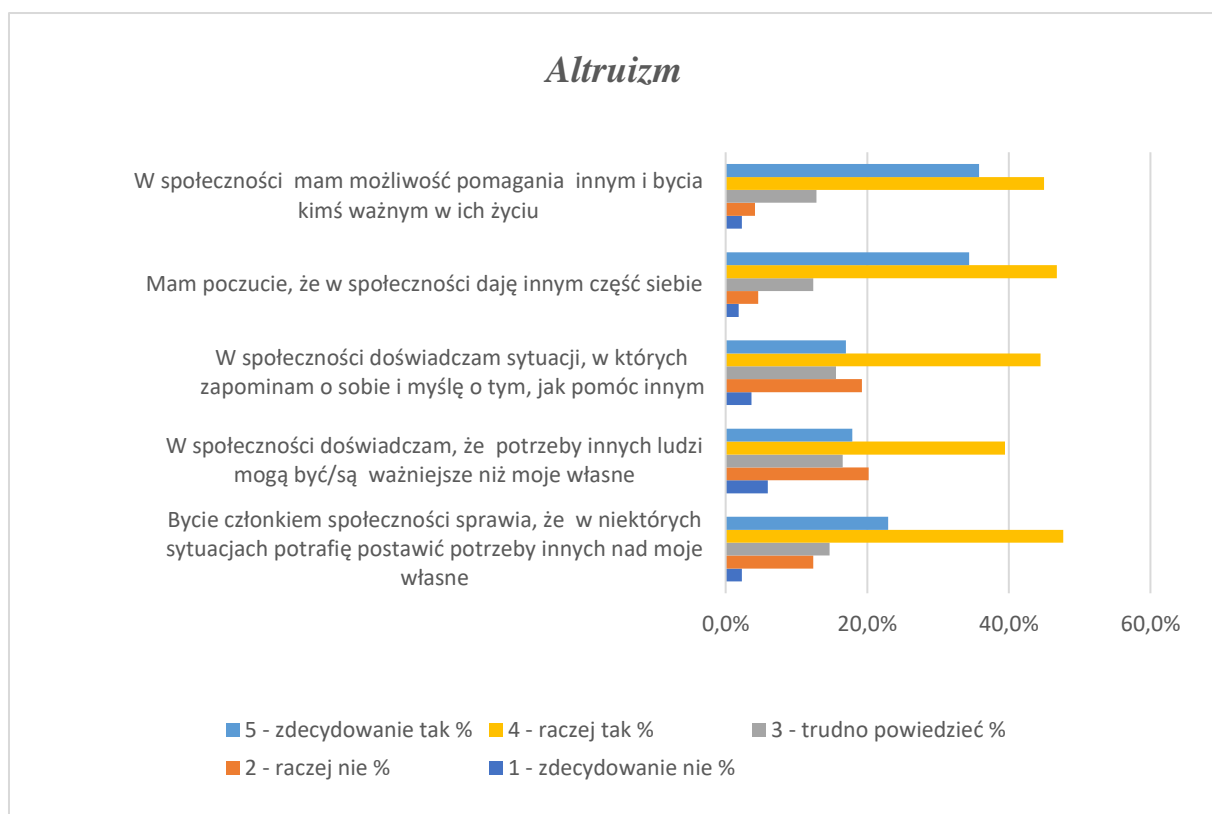
3.1 Czynniki leczące w społeczności terapeutycznej z perspektywy uczestników programów stacjonarnych ośrodków terapii uzależnień

Pomiar czynników leczących był przeprowadzony w połowie trwania programu terapeutycznego w danym ośrodku. Osoby uczestniczące w badaniu mogły więc odnieść się do swoich doświadczeń w społeczności terapeutycznej. Badanie obejmowało 12 czynników leczących: *altruizm, spójność grupy, uniwersalność, uczenie się interpersonalne, rozwój umiejętności społecznych, udzielanie informacji, katharsis, naśladowanie/identyfikacja, korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej, uzyskanie wglądu w siebie, wpajanie nadziei, czynniki egzystencjalne.*

Gelso i Hayes (2004) wskazują na dwa aspekty psychoterapii: relacyjny i techniczny, które ze sobą współpracują. Zdaniem wielu autorów (m.in.: Geller, Greenberg, 2017; Szymańska, Dobrenko, Grzesiuk, 2017; Głowik, 2019) podstawą skutecznych oddziaływań jest relacja terapeuty i pacjenta, natomiast drugi aspekt to techniki stosowane przez terapeutów oraz role, jakie przyjmują uczestnicy zgodnie z założeniami terapii. Sytuacje, jakie stwarza środowisko społeczności terapeutycznej i podejmowane przez uczestników terapii role, sprzyjają nauce nowych zachowań, nabywaniu umiejętności społecznych oraz zwiększaniu świadomości funkcjonowania w obszarze zadaniowym, interpersonalnym i emocjonalnym. Wymienione czynniki leczące odnoszą się do tych aspektów.

ALTRUIZM

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *altruizm* zostały zaprezentowane na wykresie.



Wykres 6. Postrzeganie czynnika leczącego altruizm w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

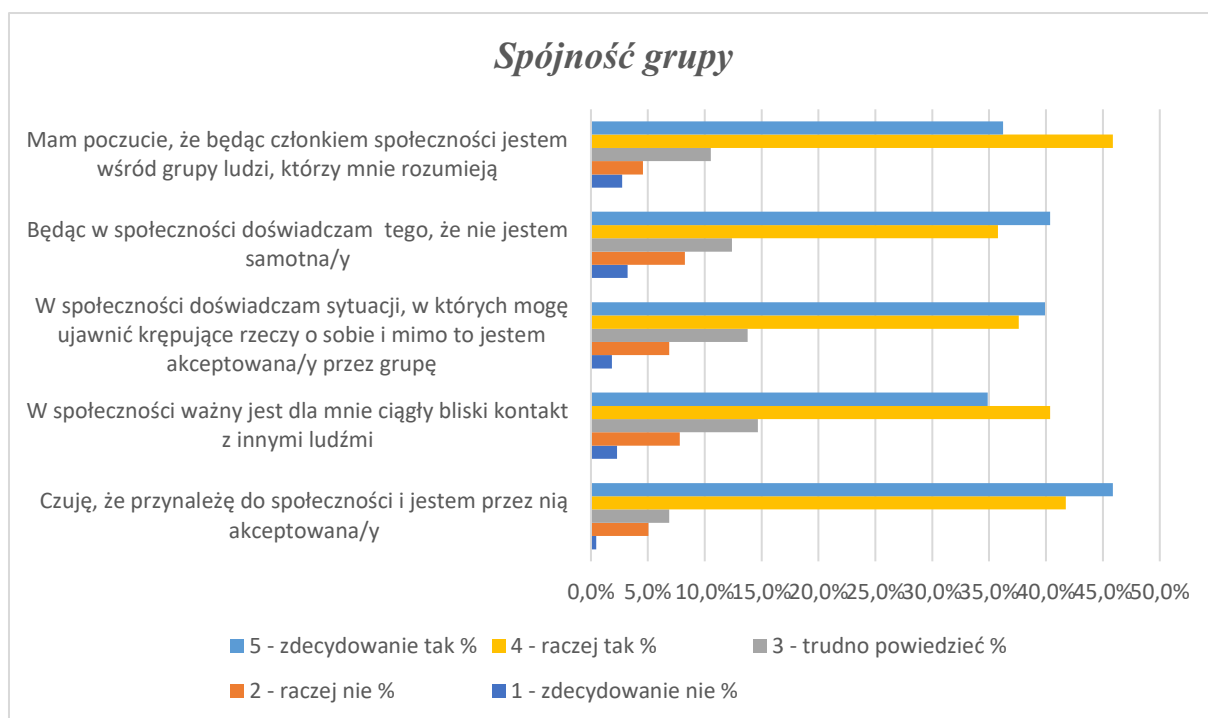
Do czynnika leczącego *altruizm* odnoszą się stwierdzenia określające możliwość pomagania innym, dawania wsparcia, zainteresowania, przedkładania swoich potrzeb nad potrzeby innych. Czynniki te uzyskały wartości potwierdzające jego dostrzeżenie przez osoby uczestniczące w terapii metodą społeczności terapeutycznej. Najwięcej punktów procentowych (wykres 6) w odpowiedziach twierdzących (81,2%) odnosi się do zdania: „Mam poczucie, że w społeczności daję innym część siebie” (46,8% odpowiedzi „raczej tak”, 34,4% „zdecydowanie tak”). W stosunku do kolejnego określenia: „W społeczności mam możliwość pomagania innym i bycia kimś ważnym w ich życiu” uzyskano 80,8% odpowiedzi twierdzących (45% odpowiedzi „raczej tak”, 35,8% „zdecydowanie tak”). Pozostałe określenia uzyskały potwierdzenie od 57,3% do 70,6%, przy czym wynik najniższy dotyczy zdania: „W społeczności doświadczam, że potrzeby innych mogą być ważniejsze, niż moje własne”. W odniesieniu do tego zdania najwięcej osób badanych udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć” (16,5%). To może oznaczać, że udział w społeczności terapeutycznej stwarza sytuacje do bycia pomocnym, ale w perspektywie badanych osób znaczenie ma również zaspokajanie własnych potrzeb. Średnio 3,22% badanych osób zdecydowanie zaprzeczyło stwierdzeniom opisującym czynniki *altruizm*, a 11,76% udzieliło odpowiedzi „raczej nie”. Można więc wnioskować, że

wśród badanych osób dorosłych, leczących się w społecznościach terapeutycznych w ośrodkach stacjonarnych dla osób z problemem uzależnienia czynnik leczący *altruizm* jest dostrzegany. Jest to spójne z ideą społeczności, która zakłada wzajemną pomoc i współodpowiedzialność jej członków za przebieg terapii. Potwierdzeniem tego może być fragment filozofii Daytop⁸: „Pomagając innym mogę też odnaleźć siebie”. Osoby, które mają określony staż pobytu w ośrodku, opiekują się tymi, którzy rozpoczynają proces terapii, wyjaśniając im znaczenie poszczególnych zasad, aktywności oraz pomagając w wykonywaniu wyznaczonych czynności. Koczurowska (2012) wskazuje, że pomaganie innym przez osoby, które zmagają się z uzależnieniem, stwarza możliwość poczucia się ważnym, potrzebnym, a tym samym zwiększania poczucia własnej wartości. Do stwarzania okazji dostarczających pozytywnych wzmocnień, uruchamiania mocnych stron pacjenta jako istotnego aspektu procesu zmiany odnoszą się również m.in. Czabała (2006) i Cekiera (1992). Również zdaniem Mellibrudy i Sobolewskiej-Mellibrudy (2006) bezpośrednie oddziaływania interpersonalne między uczestnikami mają istotne znaczenie w terapii uzależnień. To wydaje się potwierdzać znaczenie altruizmu jako ważnego czynnika leczącego w terapii osób z problemem uzależnienia, a uzyskane wyniki potwierdzać jego obecność w społecznościach terapeutycznych z perspektywy badanych osób leczących się w nich.

SPÓJNOŚĆ GRUPY

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *spójność grupy* zostały zaprezentowane na wykresie.

⁸ „Większość społeczności przyjęła filozofię sformułowaną przez Richarda Beauvais podczas jego pobytu w Daytop Village” (Kooyman, 2002, s.51), dostęp dn.27.11.2023.



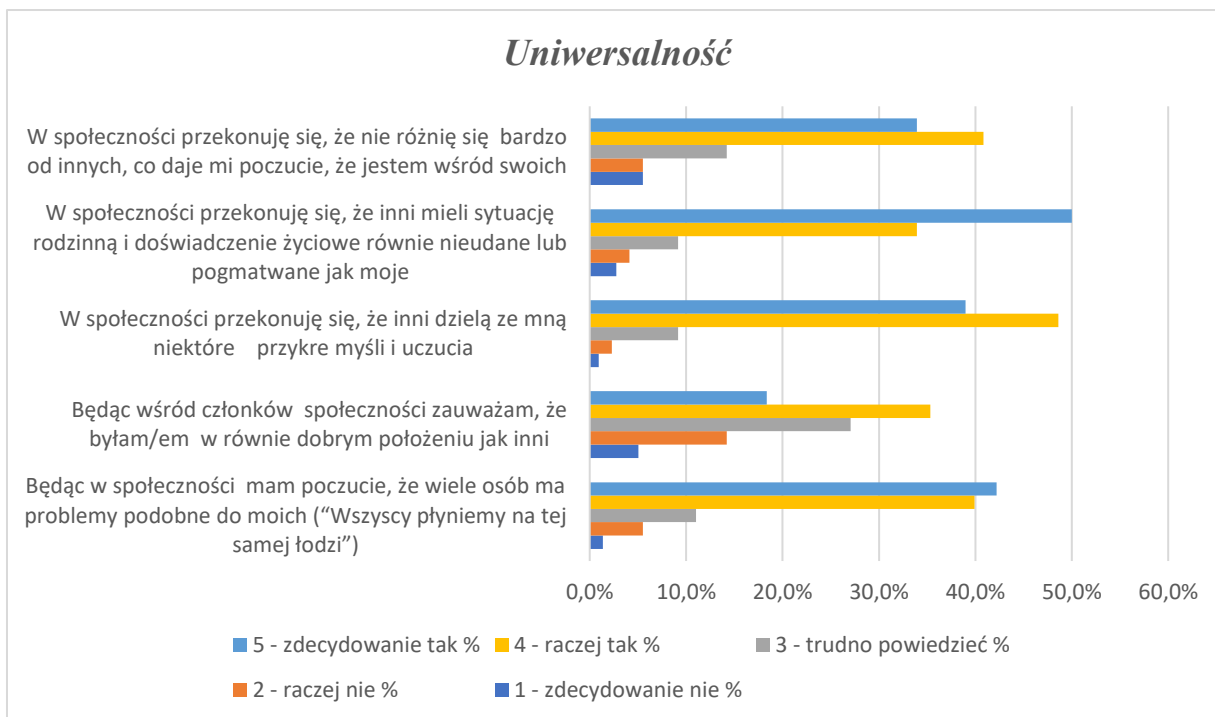
Wykres 7. Postrzeganie czynnika leczącego spójność grupy w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Treść określeń opisujących czynnik leczący *spójność grupy* odnosi się do poczucia przynależności do grupy, bezpieczeństwa, akceptacji i zrozumienia, czyli tego, co jest warunkiem funkcjonowania grupy z punktu widzenia jej celu, jakim jest terapia. Z uzyskanych wyników można wnioskować, że czynnik ten jest postrzegany przez osoby badane jako obecny w społecznościach terapeutycznych. Wszystkie odpowiedzi (nawiązując do wykresu 7) potwierdzające wahały się od 75,3% do 87,6%. Najwyższe wyniki uzyskały stwierdzenia: „Czuję, że przynależę do społeczności i jestem przez nią akceptowany” (45,9% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 41,4% „raczej tak”) oraz „Mam poczucie, że będąc w społeczności jestem wśród grupy ludzi, którzy mnie rozumieją” (45,9% odpowiedzi „raczej tak”, 36,2% „zdecydowanie tak”). Najmniej twierdzących odpowiedzi dotyczyło określenia: „W społeczności ważny jest dla mnie ciągły bliski kontakt z innymi ludźmi” (40,4% odpowiedzi „raczej tak”, 34,9% „zdecydowanie tak”). W kontekście tego zdania znalazło się najwięcej odpowiedzi „trudno powiedzieć” (14,7%), a 10,1% odpowiedzi przeczących (7,8% „raczej nie”, 2,3% „zdecydowanie nie”). Można podejrzewać, że jest to związane z kwestią rozumienia określenia „bliski kontakt”, co wskazuje na rodzaj relacji o charakterze intymnym. Interesujące są wyniki dotyczące stwierdzenia: „Będąc w społeczności doświadczam tego, że nie jestem samotny”, w którym w porównaniu z pozostałymi zdaniem opisującymi czynnik *spójność grupy*, uzyskano najwięcej odpowiedzi przeczących (11,5%, przy czym 8,3% odpowiedzi

„raczej nie” i 3,2% „zdecydowanie nie”). Te kwestie zachęcają do dalszych analiz. W odniesieniu do pozostałych trzech zdań odpowiedzi negatywne stanowiły między 5,5% a 8,7%. Na podstawie powyższych danych można przypuszczać, że w społeczności terapeutycznej osób uczestniczących w badaniu czynnik leczący *spójność grupy* jest dostrzegany szczególnie w kwestii poczucia przynależności, akceptacji i poczucia zrozumienia przez grupę. Ten kontekst sprzyja budowaniu poczucia bezpieczeństwa, gotowości do otwartości i pracy nad sobą. Clark i Waring (2018) odnoszą się do znaczenia codziennych rytuałów (poza takimi jak: wspólne jedzenie posiłków, przerwa na papierosa, spędzanie czasu wolnego) jako wspierających poczucie solidarności i zaufania wśród członków społeczności terapeutycznej. Ponieważ w trakcie pobytu w ośrodku, podczas spotkań społeczności, mają miejsce sytuacje, które wywołują napięcie, spotkania nieformalne mogą sprzyjać wymianie opinii, wyrażaniu silnych emocji, odreagowaniu i szukaniu wsparcia. Spójność grupy jest również realizowana przez ogólne elementy społeczności terapeutycznej, na przykład: wspólne ustalanie szczegółowych zasad funkcjonowania społeczności, podejmowanie interwencji, które są przedstawiane w kontekście całej grupy, jasna struktura i plan dnia oraz fakt, że kadra terapeutyczna i administracyjna to członkowie społeczności zobowiązani do przestrzegania obowiązujących reguł. Spójności grupy sprzyja przestrzeń, w jakiej znajduje się ośrodek, jako miejsce wolne od alkoholu i narkotyków, która jest zaaranżowana w sposób podkreślający wspólnotowy i terapeutyczny charakter.

UNIWERSALNOŚĆ

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *uniwersalność* zostały zaprezentowane na wykresie.



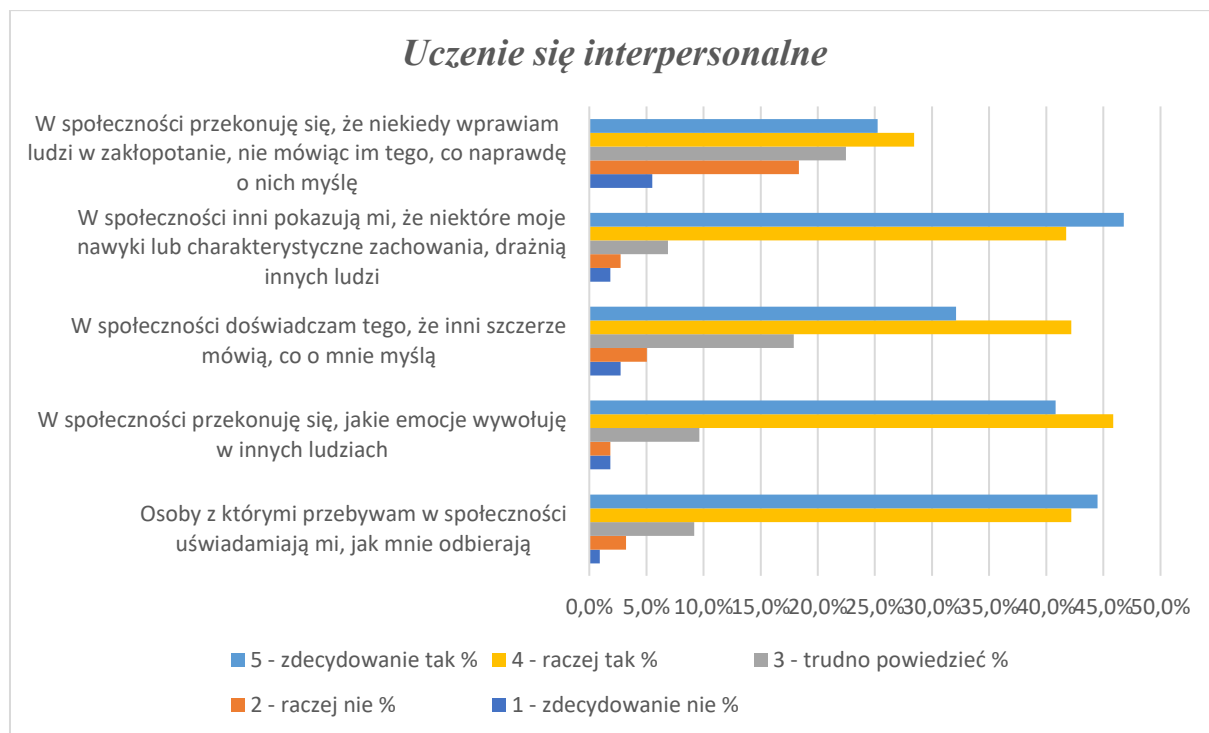
Wykres 8. Postrzeganie czynnika leczącego uniwersalność w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Czynnik leczący *uniwersalność* opisany został przez stwierdzenia świadczące o podobieństwie doświadczeń pomiędzy członkami grupy, zarówno jeśli chodzi o doświadczenia, ich sposób rozumienia oraz przeżywania. W odniesieniu do wszystkich sformułowanych treści uzyskano większość pozytywnych odpowiedzi. Nawiązując do wykresu 8, wysokie wartości dotyczyły zdań: „W społeczności przekonuję się, że inni dzielą ze mną niektóre przykre myśli i uczucia” (87,6% , w tym 48,6% odpowiedzi „raczej tak”, 39% „zdecydowanie tak”), „W społeczności przekonuję się, że inni mieli sytuację rodzinną i doświadczenia życiowe równie nieudane lub pogmatwane jak moje” (83,9%, przy czym 50% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 33,9% „raczej tak”), „Będąc w społeczności mam poczucie, że wiele osób ma problemy podobne do moich” (82,1%, w tym 42,2% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 39,9% „raczej tak”). Interesujące wyniki uzyskano w odniesieniu do stwierdzenia: „Będąc wśród członków społeczności zauważam, że byłam/em w równie dobrym położeniu, jak inni”. Tylko 18,3% odpowiedziało „zdecydowanie tak”, i 35,3% „raczej tak”, co stanowi 53,6%. W tym miejscu odnotowano również najwięcej odpowiedzi „trudno powiedzieć” (27,1%) i najwięcej w porównaniu z pozostałymi stwierdzeniami odpowiedzi negatywnych (19,2%). Prawdopodobnym wyjaśnieniem jest fakt, że osoby z problemem uzależnienia, które decydują się na terapię w ośrodku stacjonarnym, doświadczyły wielu bolesnych konsekwencji związanych z uzależnieniem, dlatego trudno jest im odnieść się twierdząco do określenia „w

dobrym położeniu”. Zachęca to jednak do dalszych analiz. Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że w perspektywie osób badanych czynnik leczący *uniwersalność* jest obecny w społecznościach terapeutycznych, w których się leczą. Pospiszyl (1998) odwołuje się do zasady uczestnictwa i wspólnoty, co oznacza, że wszystkie sprawy członków społeczności terapeutycznej są sprawami wspólnymi. Temu czynnikowi odpowiada fragment filozofii Daytop: „W tym domu jestem częścią społeczności, dzieląc z moimi rówieśnikami cele i codzienny trud”. Dzięki temu, że pacjenci żyją razem, mają wspólne obowiązki, przeżywają podobne trudności, mogą wymieniać się swoimi doświadczeniami, okazując zrozumienie i wsparcie. Wiele osób z problemem uzależnienia ma poczucie wstydu, winy, z powodu swojego dotychczasowego stylu życia i ma poczucie osamotnienia w tym obszarze, co prowadzi do dystansu w kontaktach międzyludzkich i uniemożliwia nawiązywanie bliskich relacji. Dzięki wymianie doświadczeń, myśli i uczuć, osoby uczestniczące w terapii mają możliwość dostrzec, że jest wiele podobieństw między nimi, tego, co ich łączy (Yalom, Leszcz, 2006).

UCZENIE SIĘ INTERPERSONALNE

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *uczenie się interpersonalne* zostały zaprezentowane na wykresie.

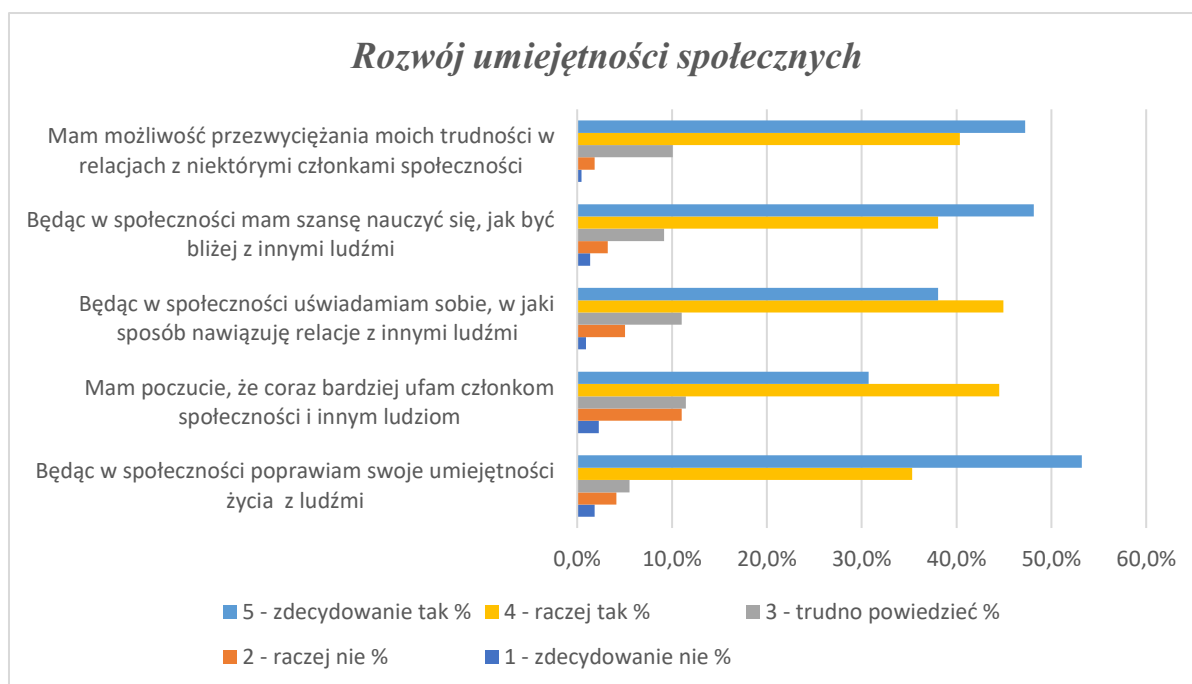


Wykres 9. Postrzeganie czynnika leczącego uczenie się interpersonalne w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Kolejnym czynnikiem leczącym, do którego odnosili się uczestnicy badania, było *uczenie się interpersonalne*, określane przez stwierdzenia opisujące rodzaj interakcji między członkami społeczności. Trzy sformułowania uzyskały bardzo wysokie wyniki pozytywne. Najwięcej (88,5%) odpowiedzi (46,8% „zdecydowanie tak” i 41,7% „raczej tak”) dotyczyło zdania: „W społeczności inni pokazują mi, że niektóre moje nawyki lub charakterystyczne zachowania drażnią innych” (wykres 9). Równą liczbę procentową twierdzących odpowiedzi (86,7%) udzielili badani w odniesieniu do zwrotów: „Osoby, z którymi przebywam w społeczności, uświadamiają mi, jak mnie odbierają” (44,5% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 42,2% „raczej tak”) oraz „W społeczności przekonuję się, jakie emocje wywołuję w innych ludziach” (45,9% „raczej tak” i 40,8% „zdecydowanie tak”). Na uwagę zasługuje sposób, w jaki badani członkowie społeczności terapeutycznych ustosunkowali się do stwierdzenia: „W społeczności przekonuję się, że niekiedy wprawiam ludzi w zakłopotanie, nie mówiąc im tego, co naprawdę o nich myślę”. W porównaniu z pozostałymi zdaniami najmniej jest twierdzących odpowiedzi, które stanowią 53,6% (28,4% „raczej tak” i 25,2% „zdecydowanie tak”) i najwięcej (22,5%) odpowiedzi „trudno powiedzieć” oraz najwięcej przeczących (23,8%), w tym 18,3% „raczej nie” i 5,5% „zdecydowanie nie”. Może to sugerować tendencję członków społeczności do ujawniania i mówienia wprost tego, co myślą o innych. Biorąc pod uwagę powyższe wyniki można stwierdzić, że czynnik leczący *uczenie się interpersonalne* jest dostrzegany przez osoby uczestniczące w terapii opartej na metodzie społeczności terapeutycznej. Do tego czynnika leczącego wydaje się być adekwatny fragment filozofii Daytop: „Tak długo będę cierpiał i bał się, dopóki nie odważę się zobaczyć siebie w oczach i sercach innych” oraz „Tylko tutaj będę mógł zobaczyć siebie jak w zwierciadle”. Clark i Waring (2018) wskazują, że interakcje poza ustrukturalizowaną terapią mogą zwiększać poczucie przynależności i sprzyjać zmianie terapeutycznej. Haihg (2013) określa to jako „uczenie się przez życie”. Dzięki temu, że członkowie społeczności żyją razem, mają szansę obserwować siebie nawzajem w różnych sytuacjach, mają możliwość reagowania na bieżąco, wyjaśniania konfliktów, rozwiązywania ich, poszukiwania kompromisu. To wszystko dzieje się zarówno na poziomie formalnej (podczas spotkań psychoedukacyjnych i terapeutycznych), jak i nieformalnej komunikacji.

ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *rozwój umiejętności społecznych* zostały zaprezentowane na wykresie.



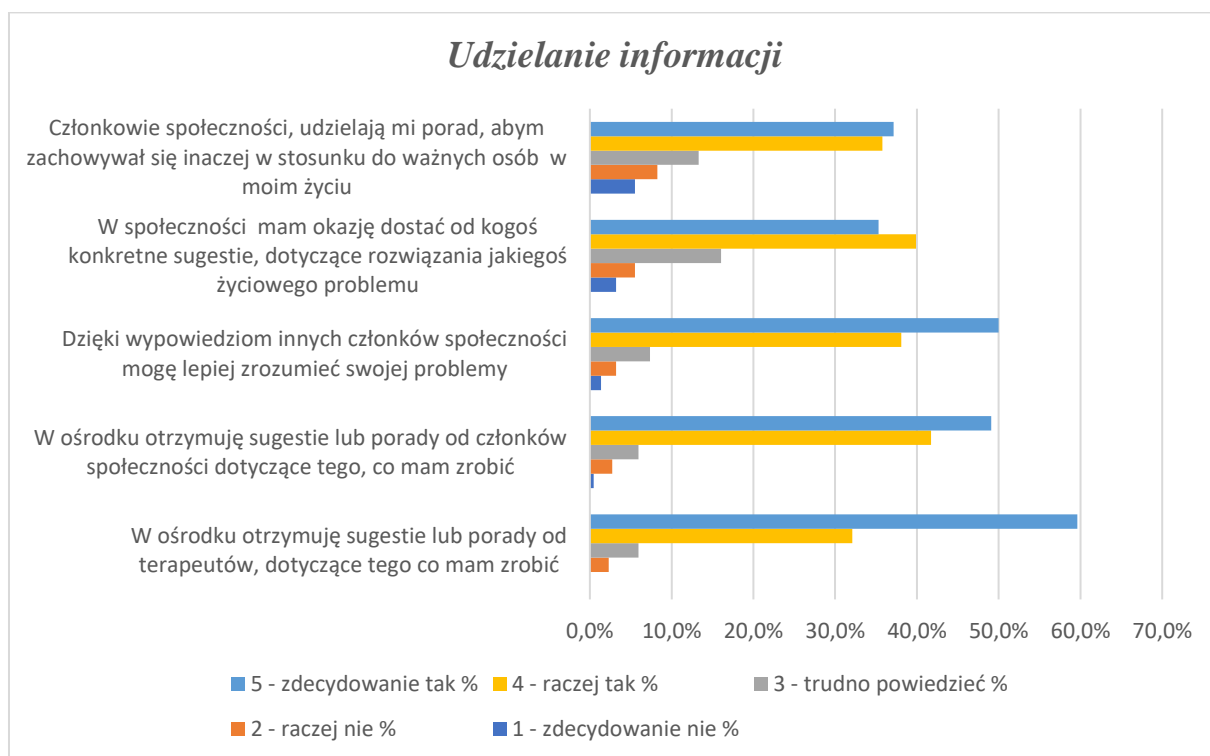
Wykres 10. Postrzeganie czynnika leczącego rozwój umiejętności społecznych w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Rozwój umiejętności społecznych to czynnik opisany przez zdania, które odnoszą się do poprawy umiejętności życia z ludźmi oraz świadomości funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Wszystkie sformułowania uzyskały wynik potwierdzający u ponad 3/4 badanych (wykres 10). W stosunku do stwierdzenia: „Będąc w społeczności poprawiam swoje umiejętności życia z ludźmi” to 88,5% (53,2% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 35,3% „raczej tak”), „Mam możliwość przezwycięzania moich trudności w relacjach z niektórymi członkami społeczności” to 87,6% (przy czym 47,2% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 40,4% „raczej tak”), „Będąc w społeczności mam szansę nauczyć się, jak być bliżej z innymi ludźmi” to 86,3% (w tym 48,2% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 38,1% „raczej tak”), „Będąc w społeczności uświadamiam sobie, w jaki sposób nawiązuję relacje z innymi ludźmi” to 83,1% (45% odpowiedzi „raczej tak” i 38,1% „zdecydowanie tak”). Najniższą wartość, jeśli chodzi o wyniki pozytywne, uzyskało stwierdzenie: „Mam poczucie, że coraz bardziej ufam członkom społeczności i innym ludziom” (75,2%). W stosunku do tego zdania odnotowano również największą liczbę odpowiedzi negatywnych (13,3%). Mając na uwadze wysokie wyniki potwierdzające stwierdzenia opisujące czynnik *rozwój umiejętności społecznych* można stwierdzić, że czynnik jest bardzo wysoko rozpoznawalny w społeczności terapeutycznej przez badanych uczestników terapii. Zdaniem Marceau i współpracowników (2017) najlepszym sposobem, aby nauczyć się żyć w zdrowej społeczności, jest życie w takiej społeczności przez dłuższy czas. Aby być uczciwym, przyzwoitym człowiekiem, należy tak się zachowywać.

Dlatego w społeczności oddziaływanie nie dotyczy tylko leczenia „uzależnienia”, ale różnych dysfunkcyjnych zachowań. Dbalność o wspólne miejsca zamieszkania, jakim jest ośrodek, wykonywanie obowiązków związanych z codziennym życiem, sprzyja współpracy i rozwijaniu potencjału (Barney, 2021). Założenia sformułowane przez Broekaerta (1976, za: Kooyman, 2002) stanowią podstawę filozofii społeczności terapeutycznej, która zakłada, że każdy człowiek zasługuje na szansę i nie tylko ma potencjał do rozwoju, ale obowiązek rozwijania go. Życie w grupie nastawionej na zmianę dotychczasowych wzorów zachowań, postaw i systemu wartości jest jedynie szansą. Człowiek musi sam decydować o zmianie, a inni mogą mu jedynie pomagać.

UDZIELANIE INFORMACJI

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *udzielanie informacji* zostały zaprezentowane na wykresie.



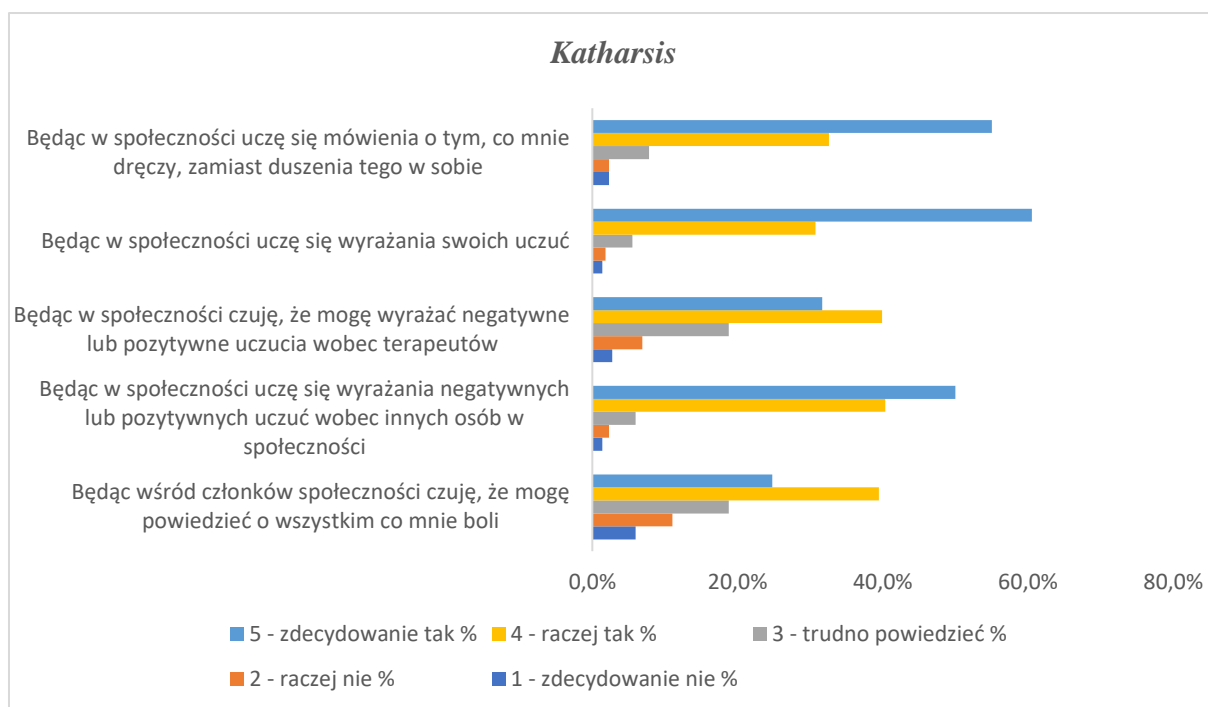
Wykres 11. Postrzeganie czynnika lecącego *udzielanie informacji* w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Czynnik lecący *udzielanie informacji* został scharakteryzowany przez stwierdzenia dotyczące otrzymywania wskazówek i sugestii na temat możliwych rozwiązań sytuacji problemowych, od terapeutów i innych członków społeczności. Otrzymane wyniki

potwierdzają występowanie tego czynnika w perspektywie osób badanych. Twierdzące odpowiedzi stanowią ponad 70% w stosunku do wszystkich sformułowań (wykres 11). Najwięcej takich odpowiedzi dotyczy zdania: „W ośrodku otrzymuję sugestie lub porady od terapeutów dotyczące tego, co mam robić” i stanowią one 91,7% (59,6% „zdecydowanie tak” i 32,1% „raczej tak”) oraz „W ośrodku otrzymuję sugestie lub porady od członków społeczności dotyczące tego, co mam robić”. Badani odnieśli się do tego opisu twierdząco aż w 90,8% (w tym 49,1% to odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 41,7% „raczej tak”). Trzecie w kolejności, biorąc pod uwagę liczbę uzyskanych odpowiedzi twierdzących jest stwierdzenie: „Dzięki wypowiedziom innych członków społeczności mogę lepiej zrozumieć swoje problemy” (88,1%, przy czym 50% stanowią odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 38,1% „raczej tak”). Pozostałe wyniki potwierdzające treść opisu stanowią 75,2% i 73%. Uzyskane wyniki wskazują z dużym prawdopodobieństwem, iż czynnik leczący *udzielanie informacji* jest obecny w społeczności terapeutycznej z perspektywy osób uczestniczących w terapii. Udzielanie informacji jest rozumiane przez Yaloma i Leszcz (2006) jako przekazywanie wiedzy (najczęściej przez terapeutę) na temat istoty choroby analizując błędne wyobrażenia i destrukcyjne reakcje pacjentów, ma więc charakter psychoedukacji. Zdaniem autorów porządkowanie informacji i wyjaśnianie przyczyn objawów zaburzeń jest pierwszym krokiem do uzyskania kontroli nad swoim zachowaniem. Udzielanie informacji może mieć też charakter porad udzielanych przez członków grupy i jest to dość powszechne zjawisko podczas spotkań społeczności terapeutycznej. W praktyce udzielanie informacji polega na informowaniu drugiej osoby o swoim odbiorze jej zachowania, czyli jaki jest stosunek do tego, co robi, jakie wywołuje emocje, skojarzenia. Jest to ważny element społecznego uczenia się i zwiększania świadomości dotyczącej funkcjonowania interpersonalnego. Każdy członek społeczności ma szansę skonfrontowania swojego sposobu myślenia z tym, jak to wygląda z perspektywy innych osób (Kooyman, 2002).

KATHARSIS

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *katharsis* zostały zaprezentowane na wykresie.



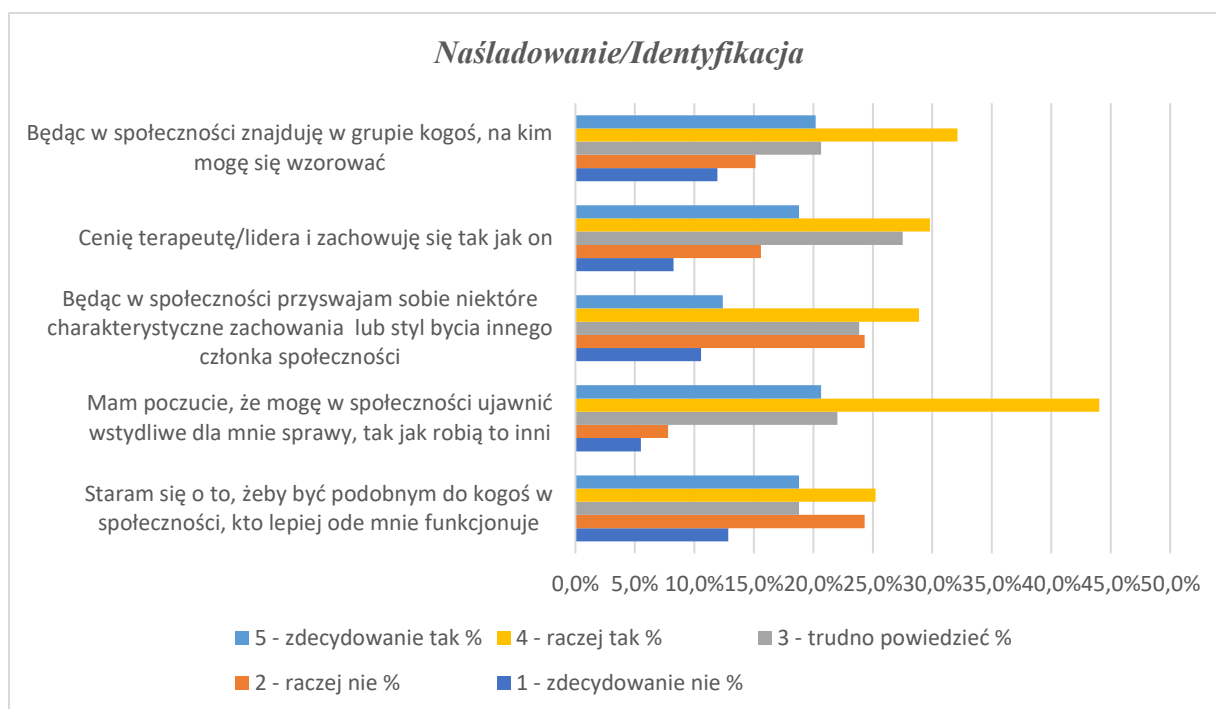
Wykres 12. Postrzeganie czynnika leczącego *katharsis* w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Czynnik leczący *katharsis* opisywany był przez 5 zdań różnie określających gotowość ujawniania w społeczności swoich zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uczuć. Czynniki ten uzyskał pozytywne wartości we wszystkich jego określeniach. Nawiązując do wykresu 12, najwyższą wartość przypisano określeniu „będąc w społeczności uczę się wyrażania swoich uczuć” – udzielono odpowiedzi „raczej tak” 30,7% i „zdecydowanie tak” 60,6%. Ogółem badani udzielili 91,3% pozytywnych odpowiedzi. Powyżej 90% („raczej tak” 40,4%, „zdecydowanie tak” 50%) uzyskało też określenie: „Będąc w społeczności uczę się wyrażania negatywnych lub pozytywnych uczuć wobec innych osób w społeczności” (ogółem 90,4%). Odpowiedzi pozytywne na pozostałe trzy określenia wynosiły od 64,2% do 87,6% (liczone łącznie: „raczej tak” i „zdecydowanie tak”). Jedynie średnio ok. 3% (2,78%) badanych odpowiedziało, że zdecydowanie w żadnym z podanych zdań nie rozpoznawało występowania tego czynnika w społeczności terapeutycznej, a prawie 5% badanych stwierdziło, że raczej go nie rozpoznaje. W grupie badanych średnio 11% uznało, że trudno powiedzieć, czy czynnik ten występuje w społeczności, a najwyższy wynik w tej grupie (18,8%) uzyskało określenie: „Będąc w społeczności czuję, że mogę wyrażać negatywne lub pozytywne uczucia wobec terapeutów”. Na podstawie otrzymanych rezultatów można sądzić, że czynnik leczący *katharsis* jest wyraźnie rozpoznawalny przez członków społeczności biorących udział w badaniu i uznawany za istotny w procesie terapii.

Porównując otrzymane wyniki z wynikami badań przytaczanymi przez Yaloma i Leszcz w pracy „Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka” – wydanie polskie z 2006 r, w rozdziale 4 poświęconym integracji czynników leczących można stwierdzić, że w obu tych badaniach najczęściej wyborów uzyskały te same kategorie zdań: „Będąc w społeczności uczyć się wyrażania swoich uczuć” i „Będąc w społeczności uczyć się mówienia o tym, co mnie dręczy, zamiast duszenia tego w sobie”. Zdaniem Yaloma oznacza to, że na pewnym etapie procesu terapeutycznego osoby doświadczają odreagowania emocjonalnego, nie ma ono jednak spełniać jedynie roli uwalniającej od przykrych emocji, ale przede wszystkim wzbudzać refleksje nad własnymi emocjami oraz odkrywanie i przyswajanie nowych sposobów wyrażania uczuć w przyszłości. Wybór kategorii: „Będąc w społeczności uczyć się mówienia o tym, co mnie dręczy, zamiast duszenia tego w sobie” może oznaczać, że uczestnicy grupy czują się w grupie bezpiecznie i mogą pozwolić sobie na ujawnienie swoich emocji. Pozostałe trzy kategorie określające czynnik Katharsis są bliższe ujawnianiu emocji rozumianemu jako „dawanie upustu emocjom” (Yalom, Leszcz, 2006, s. 78) bez refleksji nad ich przyczynami i znaczeniem dla relacji z innymi ludźmi. Ponieważ czynnik leczący *katharsis* uznawany jest w wielu systemach terapeutycznych za ważny w procesie terapeutycznym, można przypuszczać, że jego obecność w terapii w społeczności terapeutycznej będzie istotna i zależna także od innych niespecyficznych czynników terapeutycznych (np. relacji terapeutycznej) (Cierpiałkowska, 2010; Banaszak, 2022). Ważne jest jednak, aby w procesie terapii uznać doświadczania ulgi i spadku napięcia za czynniki istotne w procesie zmiany i wpływające na zwiększanie motywacji do dokonywania tej zmiany (Czabała, 2013).

NAŚLADOWNICTWO / IDENTYFIKACJA

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *naśladowanie/identyfikacja* zostały zaprezentowane na wykresie.



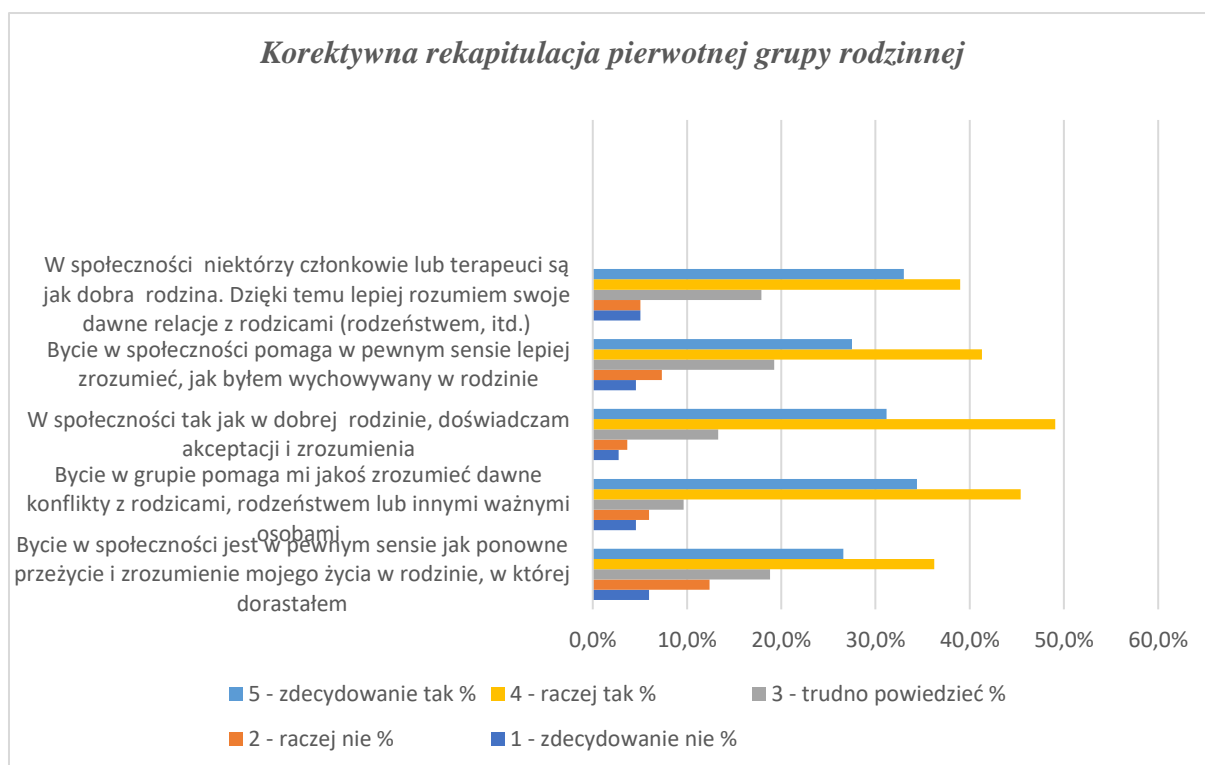
Wykres 13. Postrzeganie czynnika leczącego naśladowanie/identyfikacja w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Czynnik leczący *naśladowanie/identyfikacja* opisywało 5 zdań twierdzących, których treść dotyczyła możliwości nabywania nowych wzorców wyrażania uczuć, sposobów zachowania czy reagowania w kontaktach z innymi ludźmi naśladowując osoby będące w społeczności bądź identyfikując się z osobami spostrzeganymi jako ważne, znaczące itp. (np. lider, terapeuta prowadzący, osoby ważne w grupie itp.). Analizując wypowiedzi osób badanych udzielane na wszystkie określające ten czynnik zdania można zauważyć (wykres 13), że połowa z nich uznała, iż występuje on w społeczności („raczej tak” 32% odpowiedzi, „zdecydowanie tak” 18,16% odpowiedzi). Najwyższe wyniki wśród odpowiedzi pozytywnych uzyskały zdanie: „Mam poczucie, że mogę w społeczności ujawnić wstydliwe dla mnie sprawy tak jak robią to inni” („raczej tak” 40%, „zdecydowanie tak” 20,6%) oraz zdanie: „Będąc w społeczności znajduję w grupie kogoś, na kim mogę się wzorować” („raczej tak” 32,1%, „zdecydowanie tak” 20,2%). Ciekawym rezultatem jest odpowiedź „trudno powiedzieć”, którą zaznaczyło średnio 22,6% osób badanych, niezależnie od sformułowanego określenia tego czynnika. Może to świadczyć o tym, że prawie 1/4 osób badanych nie jest pewna, czy taki czynnik leczący w społeczności terapeutycznej występuje. Prawie 25% osób badanych uznało, że czynnik leczący „Naśladowanie/identyfikacja” w społeczności terapeutycznej zdecydowanie nie występuje („zdecydowanie nie” 9,6% odpowiedzi, „raczej nie” 22,6%). Najwięcej

negatywnych ocen uzyskały zdania: „Staram się o to, żeby być podobnym do kogoś w społeczności, kto lepiej ode mnie funkcjonuje” („zdecydowanie nie” 12,8%, „raczej nie” 24,3%) oraz zdanie: „Będąc w społeczności znajduję w grupie kogoś, na kim mogę się wzorować” („zdecydowanie nie” 11,9%, „raczej nie” 15,4%). Powyższe rezultaty mogłyby sugerować, że dla 1/4 osób badanych rówieśnicy przebywający wspólnie na terapii są trudno rozpoznawalnym wzorem do naśladownictwa czy identyfikacji. Ze względu na uzyskane wyniki warto dokładniej przyjrzeć się temu czynnikowi leczącemu. Zdaniem Yaloma (2006) w terapii grupowej czynnik ten wydaje się mieć stosunkowo najmniejsze znaczenie w uzyskiwaniu zmiany w procesie terapii. Uczestnicy terapii grupowej nie zawsze znajdują w grupie osoby, do których chcieliby się upodabniać (najczęściej z lęku przed utratą własnej indywidualności), ale gotowi są na przyswojenie sobie sposobów np. rozwiązywania problemów, które zauważają u innych. Określenie, które uzyskało najwięcej wyborów, to jest: „*Mam poczucie, że mogę w społeczności ujawnić wstydlive dla mnie sprawy tak, jak robią to inni*”, wydaje się bliższe katharsis niż identyfikacji. Czabała (2013) umieszcza ten czynnik wśród czynników leczących związanych z uczeniem się. Uzyskiwanie informacji zwrotnych od innych członków grupy, zwiększanie świadomości własnych zachowań czy nawet branie przykładu z kogoś innego nie oznacza jeszcze potrzeby naśladownictwa czy identyfikacji.

KOREKTYWNA REKAPITULACJA PIERWOTNEJ GRUPY RODZINNEJ

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej* zostały zaprezentowane na wykresie.



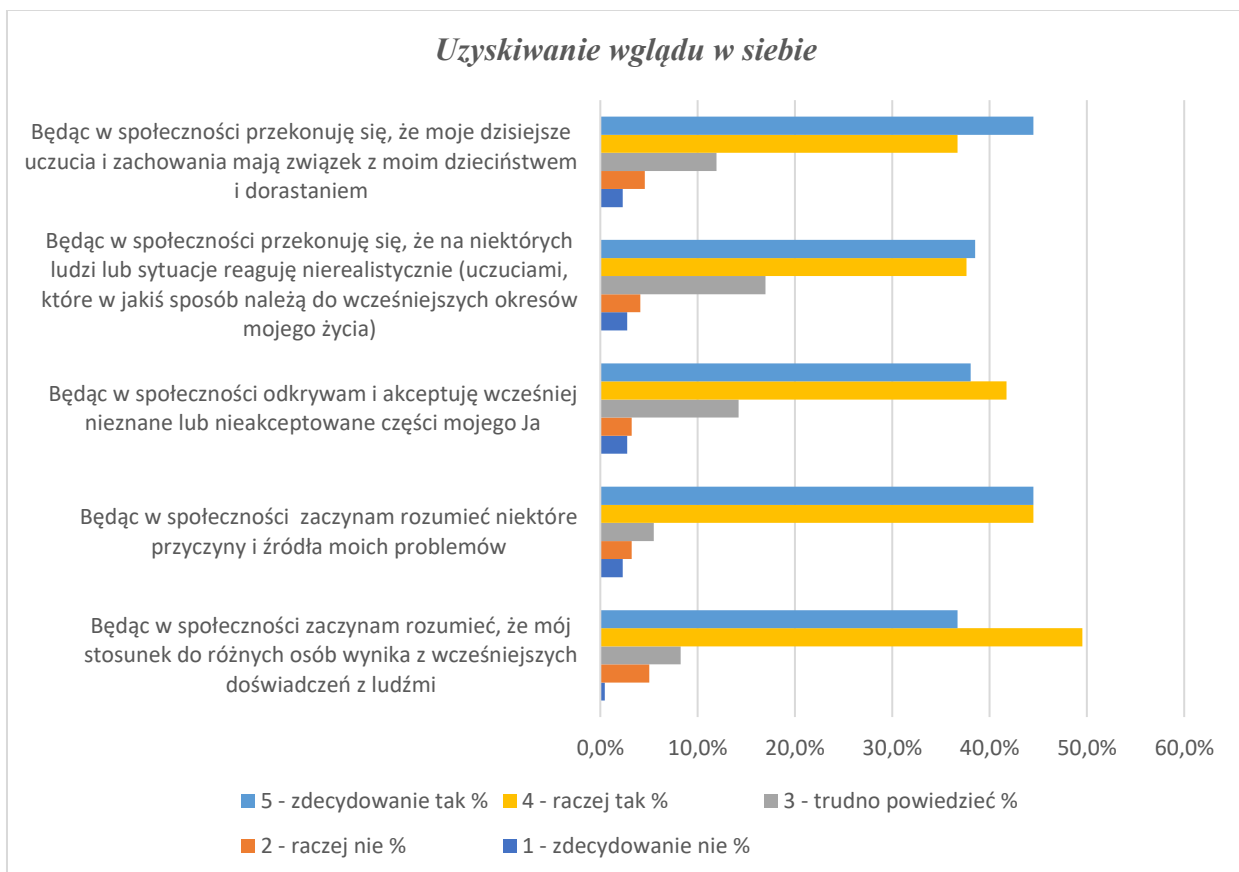
Wykres 14. Postrzeganie czynnika leczącego korektywną rekapitulacją pierwotnej grupy rodzinnej w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej to kolejny czynnik leczący opisany w badaniu za pomocą 5 zdań twierdzących, które odnosiły się do stwarzanych przez społeczność terapeutyczną możliwości doświadczania przynależności, bliskości i akceptacji przez poszczególnych jej członków, a przede wszystkim określały możliwość zrozumienia własnej sytuacji rodzinnej i jej wpływu na aktualną sytuację. Czynnik ten uzyskał pozytywne wartości we wszystkich określeniach tego czynnika (wykres 14). Największą liczbę wyborów pozytywnych otrzymały sformułowania: „W społeczności, tak jak w dobrej rodzinie, doświadczam akceptacji i zrozumienia” („raczej tak” 49,1%, „zdecydowanie tak” 31,2%, łącznie wybór pozytywny 80,3%) oraz określenie: „Bycie w grupie pomaga mi jakoś zrozumieć dawne konflikty z rodzicami, rodzeństwem lub innymi ważnymi osobami” („raczej tak” 45,4%, „zdecydowanie tak” 34,4%, łącznie wybór pozytywny 79,8%). Pozostałe trzy zdania opisujące ten czynnik uzyskały także wybory powyżej 60%, co świadczyć może, że czynnik ten jest bardzo wyraźnie rozpoznawalny w społeczności terapeutycznej. Wybory negatywne („raczej nie” i „zdecydowanie nie” uzyskały wartość od średnio 6,9% i 4,6%), a prawie 16,0% badanych wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”. Analizując otrzymane wyniki można przypuszczać, że uświadamianie sobie związku między przeszłymi

doświadczeniami związanymi z rodziną a obecną sytuacją mają dla osób uzależnionych szczególne znaczenie. Jednak nie zawsze świadomość ta oznacza gotowość do zmiany relacji rodzinnych. Podobnie sugeruje Yalom (2006) twierdząc, że w procesie psychoterapii grupowej, zwłaszcza w początkowym jego etapie, uczestnicy grupy nie są skłonni do głębszej pracy nad traumami z okresu wczesnego dzieciństwa. Z kolei Czabała (2013) sugeruje, że poczucie bezpieczeństwa w grupie, akceptacji i przynależności, jako stany pozytywne emocjonalnie, sprzyjają zmianom poznawczym związanym z rodziną pierwotną i motywują do pracy nad zaburzonymi relacjami rodzinnymi po zakończeniu pobytu w grupie (społeczności).

UZYSKIWANIE WGLĄDU W SIEBIE

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *uzyskiwanie wglądu w siebie* zostały zaprezentowane na wykresie.



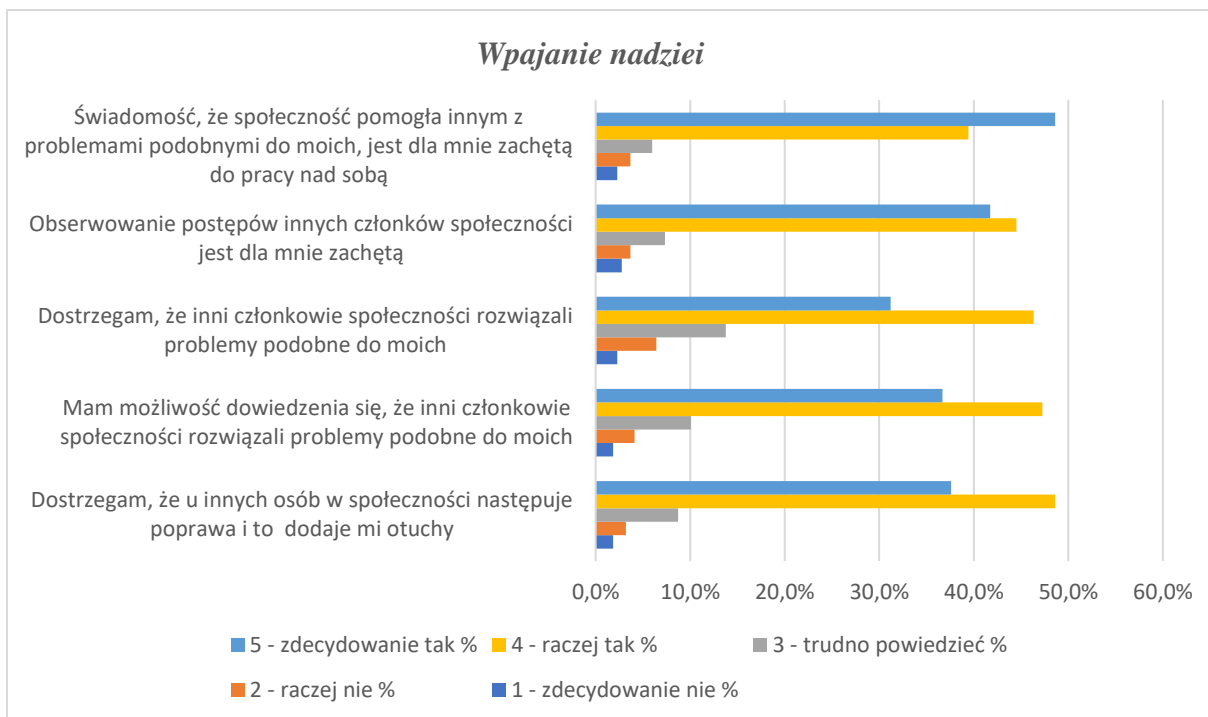
Wykres 15. Postrzeganie czynnika leczącego uzyskiwanie wglądu w siebie w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Czynnik leczący *uzyskiwanie wglądu w siebie* opisywany był w badaniu za pomocą 5 sformułowań, które w różny sposób odnosiły się do stwarzanych w społeczności terapeutycznej

sytuacji umożliwiających osobom badanym lepsze zrozumienie siebie – swoich emocji i zachowań oraz uświadomienie sobie i zrozumienie ich przyczyn. Uzyskane wyniki pokazują (wykres 15), że czynnik ten uzyskał bardzo wysokie wybory pozytywne we wszystkich 5 jego określeniach. Wyboru „zdecydowanie tak” dokonało średnio 40,5% badanych, wyboru „raczej tak” – 42,0 % badanych. Co daje łącznie średnio 82,5% wyborów pozytywnych. Największą liczbę wyborów („raczej tak” 44,5% i „zdecydowanie tak” 44,5%) uzyskało określenie: „Będąc w społeczności zaczynam rozumieć niektóre przyczyny i źródła moich problemów”. Drugim co do otrzymanej liczby wyborów pozytywnych było zdanie: „Będąc w społeczności zaczynam rozumieć, że mój stosunek do różnych osób wynika z wcześniejszych doświadczeń z ludźmi” („raczej tak” 49,5%, „zdecydowanie tak” 36,7%, łącznie 86,2% wyborów pozytywnych). Jedynie średnio 2,1% badanych odpowiedziało, że czynnik ten zdecydowanie nie występuje w społeczności terapeutycznej, a średnio 4,0% badanych odpowiedziało, że raczej nie występuje. Średnio 11,4% badanych wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”. Otrzymane wyniki upoważniają do stwierdzenia, że czynnik leczący „Uzyskanie wglądu w siebie” jest w społecznościach wyraźnie rozpoznawalny. Można też wnioskować, że jego rozpoznawalność wynika ze znaczenia w procesie terapii, jakie przypisują mu osoby badane. Czynnik „Uzyskiwanie wglądu w siebie” (*Insight*) nazywany jest także „zrozumieniem siebie” i w założeniu badaczy miał stwarzać możliwość uświadamiania sobie wypartych treści i „intelektualnego zrozumienia relacji między przeszłością a chwilą obecną” (Yalom, Leszcz, 2006, s. 79). Wielu badaczy, jak podaje Yalom, nie potwierdziło jednak takiego założenia. Okazało się, że uczestnicy grupy chcieli zrozumieć siebie głównie poprzez odnajdywanie w sobie pozytywnych stron, swojej siły, zdolności do bycia w związkach z innymi ludźmi, doświadczania empatii i przywiązania. Jeżeli odwołamy się do ogólnie uznawanych celów psychoterapii (Czabała, 2006; Cierpiałkowska, 2003; Szcześniak, 2011), to można zaryzykować twierdzenie o istnieniu prawdopodobieństwa, że czynnik leczący „Zrozumienie siebie” zwiększać powinien skuteczność prowadzonej terapii. Chociaż pogląd taki odnosi się do grupy terapeutycznej, jak również do terapii indywidualnej, to sądzić można, że w społeczności terapeutycznej też będzie miał podobne znaczenie.

WPAJANIE NADZIEI

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania czynnika *wpajanie nadziei* zostały zaprezentowane na wykresie.



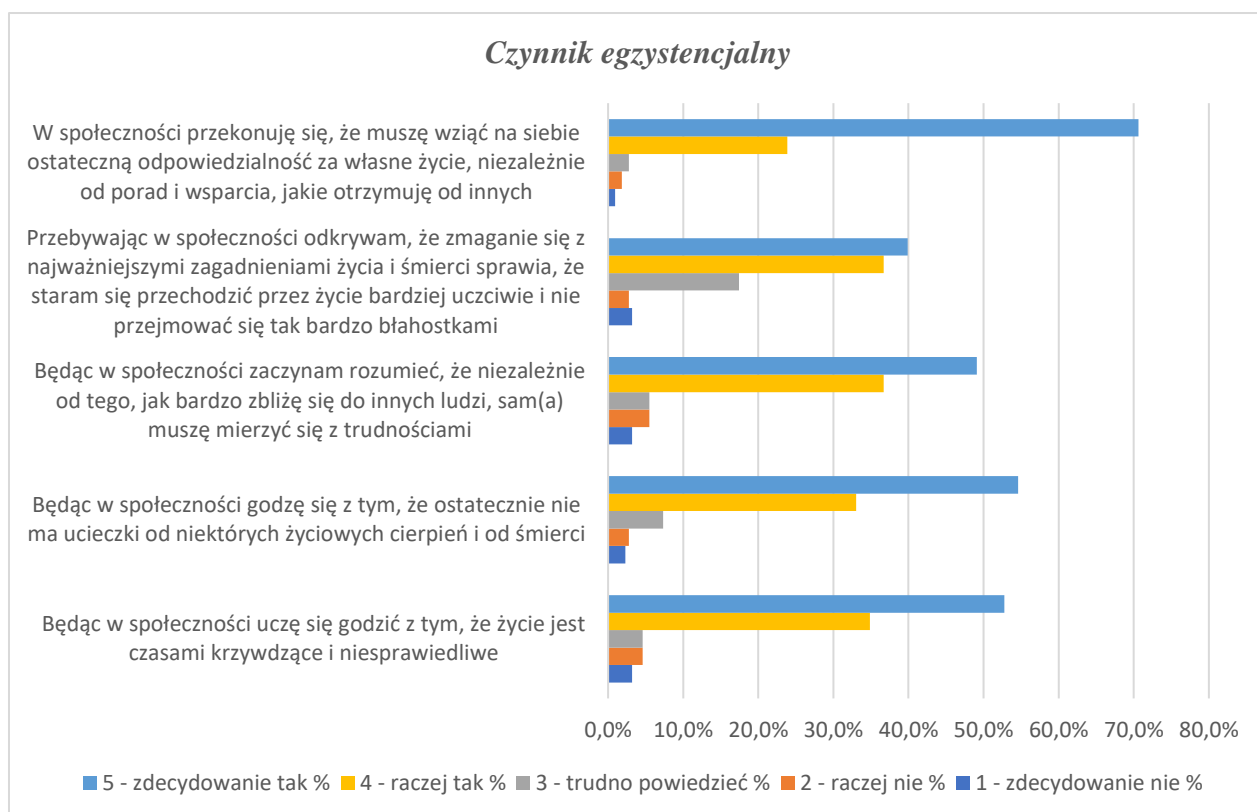
Wykres 16 . Postrzeganie czynnika leczącego wpajanie nadziei w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Czynnik leczący *wpajanie nadziei*, podobnie jak pozostałe czynniki został scharakteryzowany za pomocą 5 zdań twierdzących. Każde z nich określało dostrzeganie w społeczności terapeutycznej takich zdarzeń i sytuacji, które wzmacniają nadzieję i wiarę w możliwość odniesienia sukcesu w pracy nad sobą, rozumianą między innymi jako pokonanie swojego uzależnienia i odnalezienie sensu własnego życia. Osoby badane dokonując wyborów wskazały, że czynnik ten jest w społeczności terapeutycznej wyraźnie rozpoznawalny (wykres 16). Najwyższy procent wyborów pozytywnych uzyskało zdanie: „Świadomość, że społeczność pomogła innym z problemami podobnymi do moich, jest dla mnie zachętą do pracy nad sobą” („zdecydowanie tak” odpowiedziało 48,6% badanych, a „raczej tak” 39,4% badanych). Suma tych wyborów to 88,0%, co można interpretować jako zdecydowanie dobrze rozpoznawalny i ważny czynnik leczący występujący w społeczności. Zwłaszcza że dwa inne zdania określające ten czynnik: „Dostrzegam, że obserwowanie postępów innych członków społeczności jest dla mnie zachętą” uzyskały także wysoki procent wyborów – średnio 86,2%. Pozostałe dwa określenia tego czynnika też uzyskały wysoki procent odpowiedzi, czyli zdanie: „Mam możliwość dowiedzenia się, że członkowie społeczności rozwiązali problemy podobne do moich” (odpowiedź „zdecydowanie tak” 36,7% i „raczej tak” 47,2%) i sformułowanie: „Dostrzegam, że inni członkowie społeczności rozwiązali problemy podobne do moich” (odpowiedź „zdecydowanie tak” 31,2%, „raczej tak” 46,3%). Fakt, że wszystkie kategorie

określające czynnik leczący *wpajanie nadziei* uzyskały średnio powyżej 75% odpowiedzi pozytywnych, świadczyć może, że czynnik ten jest łatwo identyfikowalny przez osoby badane i spostrzegany jako istotny w procesie zdrowienia. Jedynie 10% osób badanych zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”, odpowiedź „zdecydowanie nie” wybrało średnio 2% badanych, a odpowiedź „raczej nie” 4% badanych. Te wartości negatywnych odpowiedzi dodatkowo uzasadniają przypuszczenie, że czynnik leczący *wpajanie nadziei* odgrywa znaczącą rolę w społeczności terapeutycznej. Otrzymane rezultaty właściwie wydają się oczywiste. Jedną z podstawowych zasad klinicznych, która powinna być stosowana w każdym postępowaniu psychoterapeutycznym, jest zasada „wzbudzania nadziei i wiary” w kliencie (pacjencie) w pożądaną przez niego zmianę (Yalom, Lescz, 2006; Czabała, 2013). Możliwość doświadczenia w społeczności terapeutycznej sytuacji świadczących o sukcesach odnoszonych przez innych, bycia świadkiem, a czasem współtwórcą poprawy sytuacji członka społeczności, pozwala uwierzyć w pozytywny efekt terapii. Terapia w społeczności terapeutycznej opiera się na wierze, że każdy człowiek może się zmienić (De Leon, 2003) i już przypominanie o tym członkom społeczności może umacniać nadzieję na powodzenie w terapii.

CZYNNIK EGZYSTENCJALNY

Odpowiedzi osób badanych dotyczące postrzegania *czynnika egzystencjalnego* zostały zaprezentowane na wykresie.



Wykres 17. Postrzeganie czynnika leczącego *czynnik egzystencjalny* w grupie osób leczących się w społecznościach terapeutycznych

Czynnik egzystencjalny jako czynnik leczący występujący w społeczności terapeutycznej opisany został w badaniu za pomocą 5 zdań twierdzących, które dotyczyły spraw związanych z ludzką egzystencją, godzeniem się z nieuchronnością ludzkiego losu, odpowiedzialnością za swoje życie i świadomością, że w życiu człowieka zdarzają się sytuacje, które nie zawsze nam sprzyjają. Nawiązując do wykresu 17, najwięcej wyborów pozytywnych uzyskało sformułowanie: „W społeczności przekonuję się, że muszę wziąć odpowiedzialność za własne życie, niezależnie od porad i wsparcia, jakie otrzymuję od innych” („raczej tak” 23,9% odpowiedzi, „zdecydowanie tak” 70,6% odpowiedzi). Sumując obie grupy odpowiedzi, otrzymujemy 94,5% odpowiedzi uznających ten czynnik za wyraźnie rozpoznawalny i ważny. Wysokie wyniki pozytywne uzyskały też pozostałe sformułowania. I tak zdanie: „Będąc w społeczności uczę się godzić z tym, że życie jest czasami krzywdzące i niesprawiedliwe” („raczej tak” 34,9%, „zdecydowanie tak” 52,8%, łącznie pozytywnych odpowiedzi 87,7%). Określenie egzystencjonalnego czynnika leczącego poprzez zdanie: „Będąc w społeczności godzę się z tym, że ostatecznie nie ma ucieczki od niektórych cierpień i od śmierci” uzyskał odpowiedź „raczej tak” 33% i zdecydowanie tak” 54,6%. Łącznie pozytywnych odpowiedzi było 87,6%. Podobne wielkości procentowe uzyskały pozostałe dwa zdania określające ten

czynnik. Jedynie średnio 7,3% badanych wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”, a tylko średnio 1,9% uznało, że czynnik egzystencjalny zdecydowanie nie występuje w społeczności lub raczej nie występuje (średnio 3,5%). Jak piszą Yalom i Leszcz (2006), wszystkie określenia czynnika egzystencjalnego odnoszą się do konfrontacji, która uczy nas o przykrych faktach egzystencjalnych: o naszej śmiertelności, wolności i odpowiedzialności za własny los, o samotności i o naszych poszukiwaniach sensu życia (s. 86). Dlatego zdaniem autorów większość członków grupowej terapii wybiera ten czynnik jako istotnie wpływający na przebieg terapii i postuluje, aby terapeuci większą wagę przywiązywali do jego obecności w procesie terapii.

3.2. Zmiany wyniku terapii – pomiar test-retest

Aby sprawdzić, czy w wyniku terapii metodą społeczności terapeutycznej zachodzą korzystne zmiany, wykonano szereg analiz, aby sprawdzić, czy:

- badani zmieniają na bardziej negatywne postawy względem zachowań ryzykownych podejmowanych przez siebie;
- badani zaprzestają używania/redukują stosowanie substancji psychoaktywnych;
- badani redukują problemy w zakresie uzależnień behawioralnych;
- badani lepiej oceniają swój stan zdrowia;
- badani zwiększają swój poziom tolerancji wobec osób z grup defaworyzowanych (np. niebinarnych).

Zmiany test-retest w zakresie akceptacji zachowań ryzykownych (w kontekście stosowania ich przez respondentów).

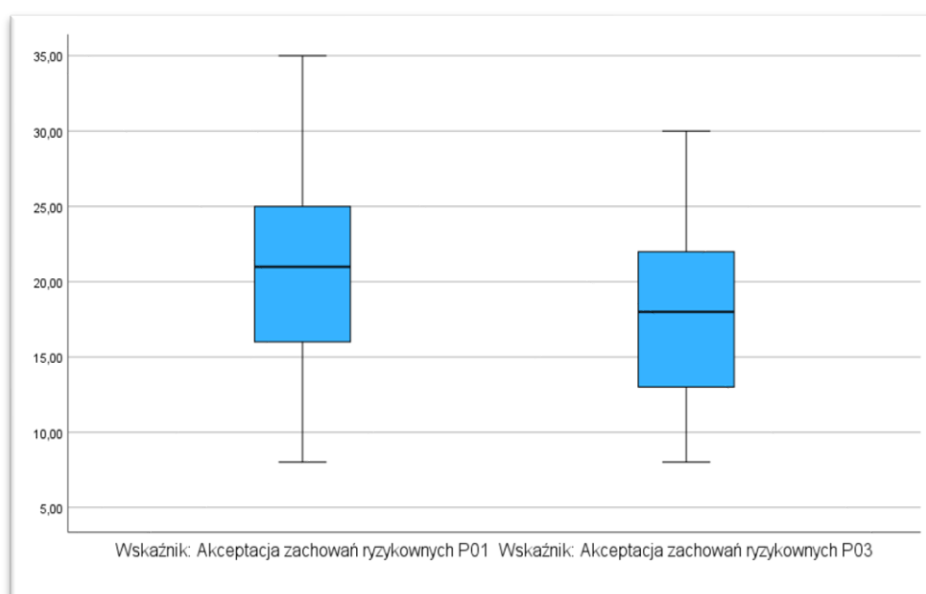
Tabela 6. Porównanie średniej akceptacji zachowań ryzykownych (pomiędzy wstępnym i końcowym pomiarem)

Opis wskaźnika		M	SD
Wskaźnik powstały z sumy odpowiedzi na pytanie: <i>Zaznacz, w jakim stopniu akceptujesz lub nie</i>	Wskaźnik: Akceptacja zachowań ryzykownych P01	20,95	6,16

<i>akceptujesz wykonywanie przez Ciebie zachowań ryzykownych (wymienionych w narzędziu)</i>	Wskaźnik: Akceptacja zachowań ryzykownych P03	17,93	5,64
---	--	-------	------

$t=7,0$, $p<0,001$, $dCohena=0,447$

Terapia przyniosła istotny statystycznie spadek w zakresie pozytywnych postaw dotyczących zachowań ryzykownych związanych z uzależnieniami (przyjmowanie przez respondenta substancji, podejmowanie działań z obszaru uzależnień behawioralnych) (tabela 6, wykres 18). Są to zmiany zgodne z celami terapii – zatem uzyskane wyniki stanowią wskaźnik potwierdzający jej skuteczność. Oszacowany efekt na podstawie $dCohena$ jest wyższy od umiarkowanego. Uznać zatem należy, iż udział w terapii metodą społeczności przekłada się na korzystną zmianę postaw wobec zachowań ryzykownych.



Wykres 18. Porównanie średnich zachowań ryzykownych (wstępny i końcowy pomiar)

Następnie bardziej szczegółowo porównano zmiany z zakresie postaw w odniesieniu do poszczególnych zachowań ryzykownych (tabele 7 i 8).

Tabela 7. Postawy wobec zachowań ryzykownych (I pomiar)

	Zdecydowanie akceptuję	Raczej akceptuję	Nie mam zdania/trudno powiedzieć	Raczej nie akceptuję	Zdecydowanie nie akceptuję
	%	%	%	%	%
Palenie papierosów/e-papierosów	42,2	31,7	8,7	11,5	6,0
Używanie marihuany i substancji o podobnym działaniu	10,1	17,0	17,9	15,6	39,4
Używanie innych narkotyków/dopalaczy	3,7	8,7	12,8	15,6	59,2
Picie alkoholu	10,1	19,3	14,7	17,0	39,0
Uprawianie hazardu	4,1	6,4	18,3	17,9	53,2
Korzystanie z pornografii	9,2	27,5	23,4	12,4	27,5
Nadmierne korzystanie z internetu, komputera lub smartfona	12,4	25,7	23,4	19,7	18,8
Podejmowanie przypadkowych kontaktów seksualnych	10,6	25,2	22,0	13,8	28,4

Tabela 8. Postawy wobec zachowań ryzykownych (II pomiar)

	Zdecydowanie akceptuję	Raczej akceptuję	Nie mam zdania/trudno powiedzieć	Raczej nie akceptuję	Zdecydowanie nie akceptuję
	%	%	%	%	%
Palenie papierosów/e-papierosów	32,1	32,6	9,6	13,8	11,9
Używanie marihuany i substancji o podobnym działaniu	4,1	7,3	12,4	15,6	60,6
Używanie innych narkotyków/dopalaczy	1,8	5,0	6,4	14,2	72,5
Picie alkoholu	2,3	11,9	13,8	18,8	53,2

Uprawianie hazardu	1,4	4,1	12,8	16,5	65,1
Korzystanie z pornografii	7,8	26,1	21,1	15,6	29,4
Nadmierne korzystanie z internetu, komputera lub smartfona	4,1	20,2	27,1	23,9	24,8
Podejmowanie przypadkowych kontaktów seksualnych	4,1	19,7	22,9	17,4	35,8

Pogrubiono wiersze, gdzie test znaków Wilcozona okazał się istotny statystycznie na poziomie $p < 0,001$ (różnice testu znaków między pierwszym a drugim pomiarem)

Dane te wskazują, iż na bardziej negatywnie zmieniły się w sposób istotny postawy wobec wszystkich zachowań ryzykownych, za wyjątkiem korzystania z pornografii.

Zmiany test-retest w zakresie używania substancji psychoaktywnych

Kolejne analizy dotyczyły zmian w zakresie raportowanego używania substancji psychoaktywnych zarówno w postaci globalnego wskaźnika, jak i szczegółowych wskaźników dotyczących poszczególnych substancji.

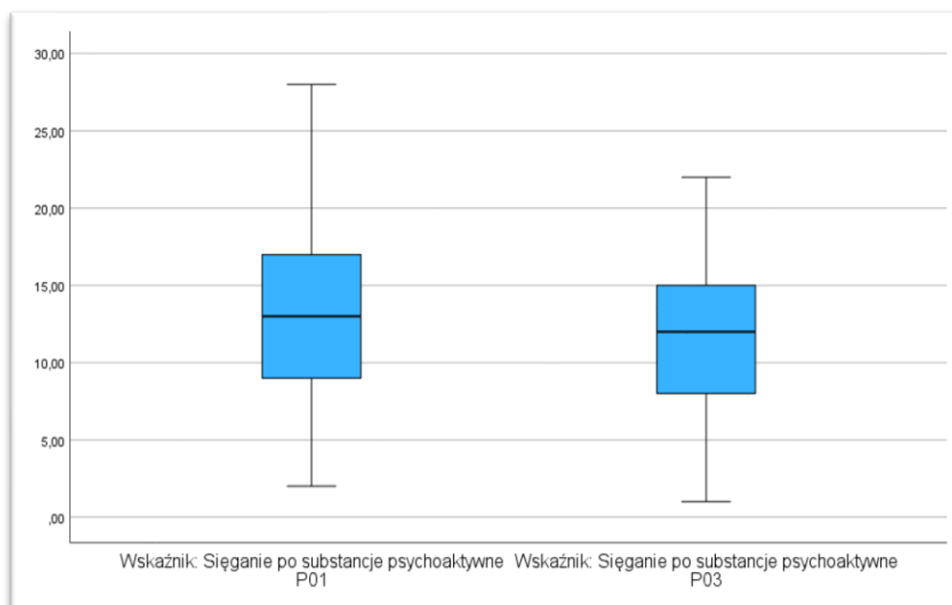
Tabela 9. Zmiany w zakresie ogólnego wskaźnika używania substancji (pomiar początkowy i końcowy)

		Średnia	Odchylenie standardowe
Wskaźniki powstały z sumy odpowiedzi na pytanie: <i>Poniżej pytamy o używanie przez Ciebie różnych substancji psychoaktywnych w ciągu kilku okresów Twojego życia (kiedykolwiek, w ostatnim roku i ostatnich 30 dniach).</i>	Wskaźnik: Sięganie po substancje psychoaktywne P01	13,20	5,14
	Wskaźnik: Sięganie po substancje psychoaktywne P03	11,65	4,33

$t = 5,389$ $p < 0,001$, $d_{Cohena} = 0,366$

Wskaźnik łączny raportowanego używania substancji psychoaktywnych porównywany między wstępnym i końcowym pomiarem okazał się istotnie niższy (tabela 9, wykres 19). Jest to zgodne z

celami terapii i można taki wskaźnik uznać za jeden z podstawowych dla oceny skuteczności. Oszacowany efekt na podstawie dCohena jest pomiędzy słabym a umiarkowanym.



Wykres 19. Średnie wskaźniki używania substancji psychoaktywnych w pomiarze test-retest

W toku dalszych analiz przyjrzano się szczegółowo zmianom w zakresie raportowanego przez badanych używania poszczególnych substancji psychoaktywnych. Ujawniły one bardziej skomplikowany obraz zmian w tym zakresie, co przedstawiono poniżej.

Tabela 10. Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych (porównanie pomiar wstępny i końcowy) (w sąsiadujących kolumnach wg. kategorii odpowiedzi)

	Używałam/ em kiedykolwiek w życiu (I pomiar)	Używałam/ em kiedykolwiek w życiu (II pomiar)	Używałam/ em w ciągu ostatniego roku (I pomiar)	Używałam/ em w ciągu ostatniego roku (II pomiar)	Używałam /em w ciągu ostatnich 30 dni (I pomiar)	Używałam/ em w ciągu ostatnich 30 dni (II pomiar)	Nie używałam nigdy (I pomiar)	Nie używałam nigdy (II pomiar)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Papierosy/e-papierosy	25,2	28,9	27,1	20,6	46,8	48,2	0,9	2,3
Heroina, metadon lub inne środki o podobnym działaniu	12,4	22,5	12,4	13,3	2,3	0,5	72,9	63,8

Marihuana, haszysz lub inne środki o podobnym działaniu	33,5	51,4	50,0	42,7	11,9	2,3	4,6	3,7
Barbiturany, benzodiazepiny, leki uspokajające i nasenne lub inne środki o podobnym działaniu	18,8	30,3	30,7	30,3	13,3	2,3	37,2	37,2
Kokaina, crack lub inne środki o podobnym działaniu	24,3	46,3	36,2	26,6	6,0	0,5	33,5	26,6
Amfetamina, metamfetamina, ekstazy lub inne środki o podobnym działaniu	27,5	45,4	55,0	48,6	14,7	0,9	2,8	5,0
LSD, grzyby halucynogenne lub inne środki o podobnym działaniu	31,7	39,4	23,4	21,1	4,6	0,5	40,4	39,0
Alkohol	23,9	43,6	51,8	52,3	21,1	1,4	3,2	2,8
Substancje wziewne	22,9	27,5	9,2	6,9	1,4	0,5	66,5	65,1
GHB, GBL, inne leki lub inne substancje wcześniej nie wymienione	16,1	25,7	11,0	7,3	1,4	0,5	71,6	66,5
Dopalacze	33,9	43,6	22,9	22,9	6,9	0,9	36,2	32,6

Pogrubiono wiersze, gdzie test znaków Wilcozona okazał się istotny statystycznie na poziomie $p < 0,001$

Generalnie porównanie pomiarów dotyczących raportowanego przez badanych używania substancji psychoaktywnych (głównie w zakresie okresu roku i trzydziestu dni przed badaniem) wykazało istotne spadki, wskazujące na skuteczność terapii w tym zakresie, w przypadku narkotyków zawierających kanabinoidy, barbituranów, benzodiazepin i środków

nasennych, psychostymulantów (np. kokainy) oraz środków psychodelicznych i alkoholu. Istotne w tych wynikach jest to, że znacząco większe spadki dotyczą ostatnich trzydziestu dni. Wymaga to komentarza. Pierwszy pomiar obejmował 30 dni przed rozpoczęciem leczenia, gdy uczestnicy badania znajdowali się w swoim środowisku, a zatem poza placówką leczenia. Drugi pomiar dotyczy sytuacji, gdzie wielu pacjentów 30 dni przed badaniem znajdowało się w ośrodku, pod opieką kadry oraz kontrolą społeczności. W tym kontekście przyjęcie jakiegokolwiek ze środków było znacząco utrudnione i obarczone konsekwencjami, z usunięciem z placówki łącznie. W tym kontekście nie zaskakują bardzo duże zmiany w wartości wskaźników. Przykładowo w przypadku alkoholu był to spadek z 21,1% do 1,4%, a w przypadku psychostymulantów z 14,7% do 0,4%.

Mniej pozytywnie wyniki te wyglądają przy analizie roku przed badaniem. W przypadku tego wskaźnika badani mogli już (zakładając zaawansowany etap leczenia) przebywać poza placówką leczenia i przyjmować środki w miejscu, gdzie spędzali ten czas. I tak:

- w przypadku heroiny wyniki w zakresie tego wskaźnika są nieco wyższe w porównaniu z końcowym pomiarem;
- marihuana i haszysz są rzadziej używane w okresie ostatnich 12 miesięcy (spadek o ok. 7 punktów procentowych);
- spadek w przypadku stymulantów (kokaina i podobne) wynosi ok. 9,5 punktu procentowego;
- środki psychodeliczne były używane na zbliżonym poziomie (spadek o ok. 2,5 punktu procentowego);
- alkohol jest w kontekście używania w ciągu ostatniego roku na tym samym poziomie.

Wyniki te można interpretować na przynajmniej dwa sposoby, które mogą być uprawnione (choć nie zweryfikowane) w odniesieniu do poszczególnych respondentów:

– w przypadku respondentów uczestniczących w dłuższych programach mogli oni, wbrew zasadom społeczności (abstynencja) używać środków (nawet w niewielkich ilościach), kiedy przebywali poza placówką;

– w przypadku osób uczestniczących w krótszych programach (np. sześciomiesięcznych) okres roku poprzedzającego badanie obejmował czas przed rozpoczęciem leczenia metodą społeczności i pobytem w placówce stacjonarnej. Taka sytuacja jest możliwa i bywała empirycznie potwierdzana nawet w prowadzonych w modelu medycznym programach substytucyjnych, gdzie znaczny odsetek uczestników np. terapii metadonowej wskazywał

używanie pomimo zakazu w programie (Caplehom, i in., 1996; Condelli, Dunteman, 1993; Hartel, i in., 1995).

Ze względu na procedurę badawczą (szczególnie w kontekście braku rozeznania badanych w czasie leczenia/strukturze programu na początku) nie zbierano danych dotyczących długości programu – w tym kontekście weryfikacja i interpretacja, z którą sytuacją mamy do czynienia w przypadku konkretnych pacjentów, nie jest w przypadku tego zbioru danych możliwa.

Interesująca jest kwestia palenia wyrobów tytoniowych (zarówno w tradycyjnej, jak i e-formie). Nie obserwujemy tu żadnych istotnych różnic – zarówno w okresie roku, jak i okresie 30 dni, przy porównaniu pomiaru początkowego i końcowego. Jest to prawdopodobnie związane z liberalnym podejściem większości instytucji leczniczych do palenia w trakcie terapii. Warto tu przypomnieć, że na poziomie postaw stały się one bardziej negatywne względem używania tej grupy środków. Warto wskazać tutaj także, że te wyniki w zestawieniu z tymi dotyczącymi pozostałych środków stanowią pośredni dowód na rzetelne wypełnianie przez badanych narzędzia i wiarygodność uzyskanych wyników.

Na końcu warto podkreślić interesujące i niełatwe do zinterpretowania dane dotyczące używania substancji kiedykolwiek w życiu. W wielu przypadkach są one częstsze w drugim pomiarze w porównaniu z pierwszym. Dobrym przykładem jest tu używanie kokainy, na które wskazuje 24,3% respondentów w pierwszym badaniu i 46,3% w drugim. Wyjaśnień takich zaskakujących wyników może być kilka. Po pierwsze badani w specyficznym okresie rozpoczynania terapii mogą nie ujawniać swoich doświadczeń narkotykowych nawet w anonimowym kwestionariuszu. Sama terapia może za to zwiększać gotowość do otwartego ujawniania swoich doświadczeń. Alternatywnie może też być tak, że w procesie terapii niektóre, szczególnie sporadyczne dotyczące eksperymentowania z narkotykami, doświadczenia przypominają się badanym. Uzyskane wyniki stanowią też ciekawą przesłankę do metodologicznych podstaw badania używania substancji psychoaktywnych – w badaniu zastosowano bowiem sposób formułowania pytań w tym zakresie stosowanych w wielu uznanych badaniach, w tym w badaniach ESPAD. Otwartym pozostaje tu pytanie, kto, dlaczego i w jakiej sytuacji ujawnia, lub nie, informacje dotyczące swoich doświadczeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (por. Sierosławski, 2018).

Tolerancja dla osób z grup defaworyzowanych w pomiarze test-retest

Tabela 11. Porównanie deklarowanej przez pacjentów tolerancji względem grup defaworyzowanych (pomiar wstępny i końcowy)

	Tolerancja I pomiar (%)	Tolerancja II pomiar (%)	Brak tolerancji I pomiar (%) Odpowiedź “nie toleruję”	Brak tolerancji II pomiar (%) Odpowiedź “nie toleruję”
Wyznanie/religię innych ludzi	95,4	95,0	4,6	5,0
Orientację seksualną innych ludzi	81,2	84,4	18,8	15,6
Kolor skóry lub narodowość innych ludzi	97,2	96,8	2,8	3,2
Niepełnosprawność innych ludzi	98,6	97,7	1,4	2,3

	Wyznanie/religię innych ludzi	Orientację seksualną innych ludzi	Kolor skóry lub narodowość innych ludzi	Niepełnosprawność innych ludzi
N	217	217	217	217
Chi-kwadrat ^c		1,241		
Istotność asymptotyczna		0,265		
Istotność dokładna (dwustronna)	1,000 ^b		1,000 ^b	,687 ^b
a. Test McNemara				
b. Użyto rozkładu dwumianowego.				
c. Skorygowano ciągłość				

Raportowana przez badanych tolerancja względem grup religijnych, osób o innej orientacji seksualnej, osób o innym kolorze skóry/narodowości, osób niepełnosprawnych nie zmieniła się

w sposób istotny podczas terapii. Warto tu zwrócić uwagę, że nie jest to wskaźnik bezpośrednio odnoszący się do wyników leczenia (jak np. wskaźniki dotyczące postaw używania substancji). Jest on jednak wskaźnikiem zmian w funkcjonowaniu społecznym i zakładano, że udział w leczeniu metodą społeczności przyniesie tutaj zmiany w kierunku postaw bardziej tolerancyjnych.

Samoocena zdrowia w pomiarze test-retest

Tabela 12. Zmiany w samoocenie zdrowia pomiędzy dwoma pomiarami (test-retest)

	Dużo gorsze	Trochę gorsze	Takie samo/bardzo podobne	Trochę lepsze	Dużo lepsze
	%	%	%	%	%
Ocena własnego zdrowia w stosunku do większości rówieśniczek/rówieśników (pomiar I)	17,0	32,6	33,5	11,0	6,0
Ocena własnego zdrowia w stosunku do większości rówieśniczek/rówieśników (pomiar II)	15,1	25,7	34,4	12,8	11,9
Z	-2,974b				
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	0,003				
a. Test znaków rangowanych Wilcoxon					
b. Na podstawie ujemnych rang					

Badani w drugim pomiarze w porównaniu z pierwszym istotnie rzadziej oceniają swoje zdrowie jako relatywnie gorsze od rówieśników/rówieśniczek. Uwagę zwraca fakt istotnego wzrostu wskaźnika oceniających własne zdrowie jako dużo lepsze od innych (z 6% w pierwszym pomiarze do 11,9% w drugim). Takie korzystne zmiany zgodne są z założeniami oddziaływania społeczności i stanowią potwierdzenie skuteczności tej metody.

3.3. Obraz realny i idealny pacjentów rozpoczynających i kończących terapię

Obraz realny pacjentów rozpoczynających i kończących terapię

Porównanie obrazu realnego u pacjentów rozpoczynających i kończących terapię pozwala stwierdzić, że w zdecydowanej większości skal tego pomiaru (29 na 37) nastąpiła

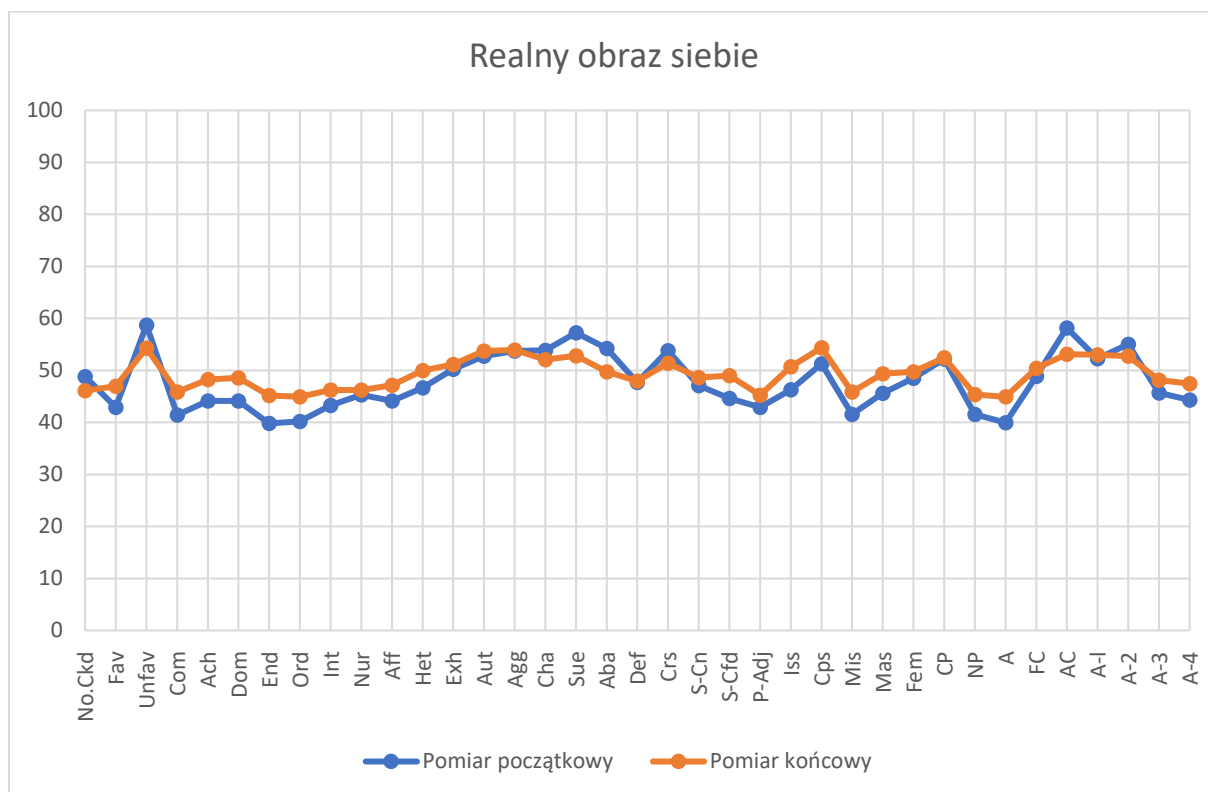
istotna statystycznie zmiana w postrzeganiu siebie (tabela 13, wykres 20). Wszystkie zmiany mają charakter konstruktywny i prowadzą do zwiększenia harmonijności oraz stabilności w percepcji siebie. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że siła efektu w większości skal jest na poziomie pomiędzy słabym a umiarkowanym.

Wykres 13 prezentuje, że do istotnych zmian doszło już w samym ustosunkowaniu do samego siebie. Badani pod koniec terapii w opisie siebie zaznaczali więcej przymiotników pozytywnych, a mniej negatywnych, przez co ich funkcjonowanie charakteryzuje większy spokój i pogoda ducha oraz większy optymizm na przyszłość, co powiązać należy z grupowym czynnikiem leczącym w postaci nadziei na przyszłość. U badanych, wraz z postępowaniem psychoterapii, wzrosła dojrzałość mechanizmów obronnych oraz przewidywalność zachowania (No.Ckd: $t=4,157$, $p<0,001$; Fav: $t=-4,919$, $p<0,001$; Unfav: $t=0,331$, $p<0,001$, Com: $t=-4,978$, $p<0,001$).

Znaczące zmiany wśród badanych zaszły w zakresie funkcjonowania zadaniowego (Ach: $t=-5,09$, $p<0,001$; Dom: $t=-5,298$, $p<0,001$; End: $t=-7,11$, $p<0,001$; Ord: $t=-7,047$, $p<0,001$). Zmiany te przekładają się na większą potrzebę osiągnięć, co wyraża się pracowitością, zorientowaniem na cel i pragnieniem sprostania wysokim i społecznie uznanym standardom wykonania pracy (Ach). Ponadto, u badanych nastąpił progres w zakresie silnej woli, determinacji i skuteczności działania, które wynikają z wewnętrznej potrzeby i są niezależne od wpływu innych osób. Wzrosły u nich także kompetencje liderowania w grupie (Dom). Jednakże największe zmiany zaszły w zakresie wytrwałości i uporządkowania. W tych skalach warto też zwrócić uwagę na siłę efektu, który zbliża się do umiarkowanego. To wszystko przekłada się u badanych na nieustępliwość w realizacji podjętego zadania i dbanie o ład oraz planowanie swojego działania (End, Ord). Ponadto, badani pod koniec terapii charakteryzują się większą sumiennością i obowiązkowością, co przekłada się na stałość działania i trzymanie się wyznaczonego celu – niezależnie od trudności i przeszkód, które stają im na drodze. Zmiany w tych dwóch ostatnich skalach są jedne z największych spośród wszystkich składowych obrazu realnego siebie. To też wymiary, w których siła efektu była największa (dCohena).

Istotne zmiany w funkcjonowaniu pacjentów pojawiły się także w zakresie relacji interpersonalnych (Int: $t=-3,191$, $p=0,002$; Aff: $t=-3,59$, $p<0,001$; Het: $t=-4,447$, $p<0,001$). Zmiany te mają charakter pozytywny i przekładają się na większe zrozumienie swoich motywów zachowania oraz innych ludzi. Swobodniej czują się w kontaktach towarzyskich i lubią towarzystwo innych ludzi oraz łatwiej im się przystosowywać do zmiennych sytuacji w

grupie. Wzrosło także poczucie ich atrakcyjności w relacjach damsko-męskich, witalność oraz swoboda nawiązywaniu takiego typu relacji.



Wykres 20. Obraz realny pacjentów rozpoczynających terapię i kończących terapię

W relacjach społecznych badani pacjenci pod koniec terapii stali się bardziej niezależni od otoczenia i samowystarczalni (Suc: $t=4,415$, $p<0,001$; Aba: $t=5,37$, $p<0,001$; Cha: $t=2,444$, $p=0,015$; Crs: $t= 3,406$, $p<0,001$). Charakteryzuje ich większe poczucie bezpieczeństwa. Bardziej polegają na sobie i umiejętnie radzą sobie z kryzysami i konfliktami. Na skutek terapii stali się bardziej pewni siebie i odważnie upominają się o to, co ich zdaniem im się należy. W mniejszym stopniu zgłaszają też zapotrzebowanie na pomoc profesjonalną.

Tabela 13. Obraz realny pacjentów rozpoczynających i kończących terapię

SKALE	Pomiar początkowy		Pomiar końcowy		Porównanie		
	M	SD	M	SD	T	p	dCohena
No.Ckd	48,79	10,51	46,12	10,05	4,157	<0,001	0,283
Fav	42,92	11,87	46,97	11,59	-4,919	<0,001	-0,335
Unfav	58,73	13,2	54,32	12,04	4,867	<0,001	0,331
Com	41,44	11,83	45,83	10,59	-4,978	<0,001	-0,339

Ach	44,16	13,13	48,26	12,49	-5,09	< 0,001	-0,346
Dom	44,11	13,5	48,57	12,41	-5,298	< 0,001	-0,360
End	39,8	11,61	45,19	11,39	-7,11	< 0,001	-0,484
Ord	40,21	10,3	44,94	10,47	-7,047	< 0,001	-0,480
Int	43,3	11,02	46,21	11,49	-3,191	0,002	-0,217
Nur	45,31	11,27	46,2	10,67	-1,099	0,273	-0,075
Aff	44,12	11,62	47,13	11,31	-3,59	< 0,001	-0,244
Het	46,65	11,18	49,96	10,46	-4,447	< 0,001	-0,303
Exh	50,24	11,15	51,13	9,11	-1,421	0,157	-0,097
Aut	52,75	11,15	53,76	10,46	-1,383	0,168	-0,094
Agg	53,74	10,54	53,91	9,81	-0,334	0,739	-0,023
Cha	53,89	9,57	52,05	9,77	2,444	0,015	0,166
Suc	57,26	13,59	52,84	12,64	4,415	< 0,001	0,300
Aba	54,2	13,05	49,75	11,97	5,37	< 0,001	0,365
Def	47,68	10,86	47,94	10,64	-0,334	0,739	-0,023
Crs	53,83	11,97	51,37	10,71	3,406	< 0,001	0,232
S-Cn	47,12	10,27	48,65	9,12	-2,477	0,014	-0,169
S-Cfd	44,62	12,26	48,99	12,08	-5,583	< 0,001	-0,380
P-Adj	42,89	11,23	45,27	10,44	-3,038	0,003	-0,207
Iss	46,29	12,37	50,7	10,54	-5,825	< 0,001	-0,396
Cps	51,28	11,09	54,36	10,45	-4,344	< 0,001	-0,296
Mls	41,52	11,06	45,88	10,31	-5,247	< 0,001	-0,357
Mas	45,59	11,53	49,34	11,4	-4,21	< 0,001	-0,286
Fem	48,52	10,82	49,72	9,44	-1,268	0,206	-0,086
CP	52,2	10,03	52,47	10,2	-0,373	0,710	-0,025
NP.	41,57	11,74	45,34	11,41	-5,167	< 0,001	-0,352
A	39,92	10,51	44,91	10,65	-6,891	< 0,001	-0,469
FC	48,86	10,87	50,39	9,95	-2,403	0,017	-0,164
AC	58,16	13,06	53,11	12,28	6,071	< 0,001	0,413
A-1	52,27	9,65	52,99	9,5	-0,969	0,334	-0,066
A-2	55,06	11,12	52,75	10,71	2,956	0,003	0,201

A-3	45,65	10,69	48,11	11,1	-2,915	0,004	-0,198
A-4	44,33	9,17	47,47	10,16	-4,007	<0,001	-0,273

Terapia okazała się także skuteczna w wybranych obszarach funkcjonowania osobistego pacjentów, a mianowicie istotnie statystycznie wzrosło u nich poczucie kontroli, zaufanie do siebie i umiejętności przystosowania w grupie (S-Cn: $t=-2,477$, $p=0,014$; S-Cfd: $t=-5,583$, $p<0,001$; P-Adj: $t=-3,038$, $p=0,003$; Iss: $t=-5,825$, $p<0,001$). Przekłada się to na większe zrównoważenie, pilność i obowiązkowość, kosztem spontaniczności i niepohamowanych reakcji. Inną pozytywną zmianą jest zdolność do życia z inicjatywą i wierność swoim celom oraz łatwość odnajdywania się w relacjach towarzyskich czy też grupie. Badani pacjenci stali się bardziej wrażliwi estetycznie, przykładają większą wagę do tego, co piękne. Są też w większym stopniu skoncentrowani na rozwoju własnych zainteresowań. Lepiej funkcjonują poznawczo (Cps: $t=-4,344$, $p<0,001$). W obszarze działania są w większym stopniu obowiązkowi i zdeterminowani w realizacji celów w porównaniu z momentem rozpoczęcia terapii. Badanym wzrosło także poszanowanie dla powinności i wypełniania obowiązków oraz gotowość do współdziałania. Ponadto w większym stopniu kładą nacisk na działanie i rozwiązywanie problemów (Mls: $t=-5,247$, $p<0,001$; Mas: $t=-4,21$, $p<0,001$).

W zakresie skal analizy transakcyjnej zmiany zaszły w czterech z pięciu skal. Wszystkie mają charakter konstruktywny i rozwojowy (NP: $t=-5,167$, $p<0,001$; A: $t=-6,891$, $p<0,001$; FC: $t=-2,403$, $p=0,017$; AC: $t=6,071$, $p<0,001$). U badanych pacjentów można dostrzec większą opiekuńczość i odpowiedzialność w relacjach z innymi, a także gotowość do wspierania innych. W porównaniu do poprzedniego badania charakteryzuje ich większa produktywność i niezawodność działania, a jednocześnie w większym stopniu są gotowi do wyrzeczeń, przedkładają obowiązki i zobowiązania nad przyjemności i szybkie nagrody. Podsumowując, można ich określić jako osoby bardziej dojrzałe i kontrolujące swoje popędy. Ponadto charakteryzuje ich większa niezależność działania, sprawniejsze radzenie sobie z presją i stresem oraz bardziej realna ocena siebie i środowiska.

Ostatnie skale obrazu realnego to skale Welsha, opisujące relacje pomiędzy oryginalnością i inteligencją jako strukturalne wymiary osobowości. W trzech spośród czterech skal zaszły istotne statystycznie zmiany (w czwartej można mówić o tendencji). Zmiany, które pojawiły się w funkcjonowaniu, wskazują na większy pragmatyzm w ocenie siebie i innych oraz większy realizm kosztem spontaniczności i życia chwilą. W większym stopniu cenią też konwencjonalne wartości. Są mniej pretensjonalne, a bardziej cierpliwe i przyjacielskie w relacjach. W większym stopniu cenią sobie też ciężką pracę i samodyscyplinę, co dobrze rokuje

w prognozie utrzymania trzeźwości (A-2: $t=2,956$, $p=0,003$; A-3: $t=-2,915$, $p=0,004$, A-4: $t=-4,007$, $p<0,001$).

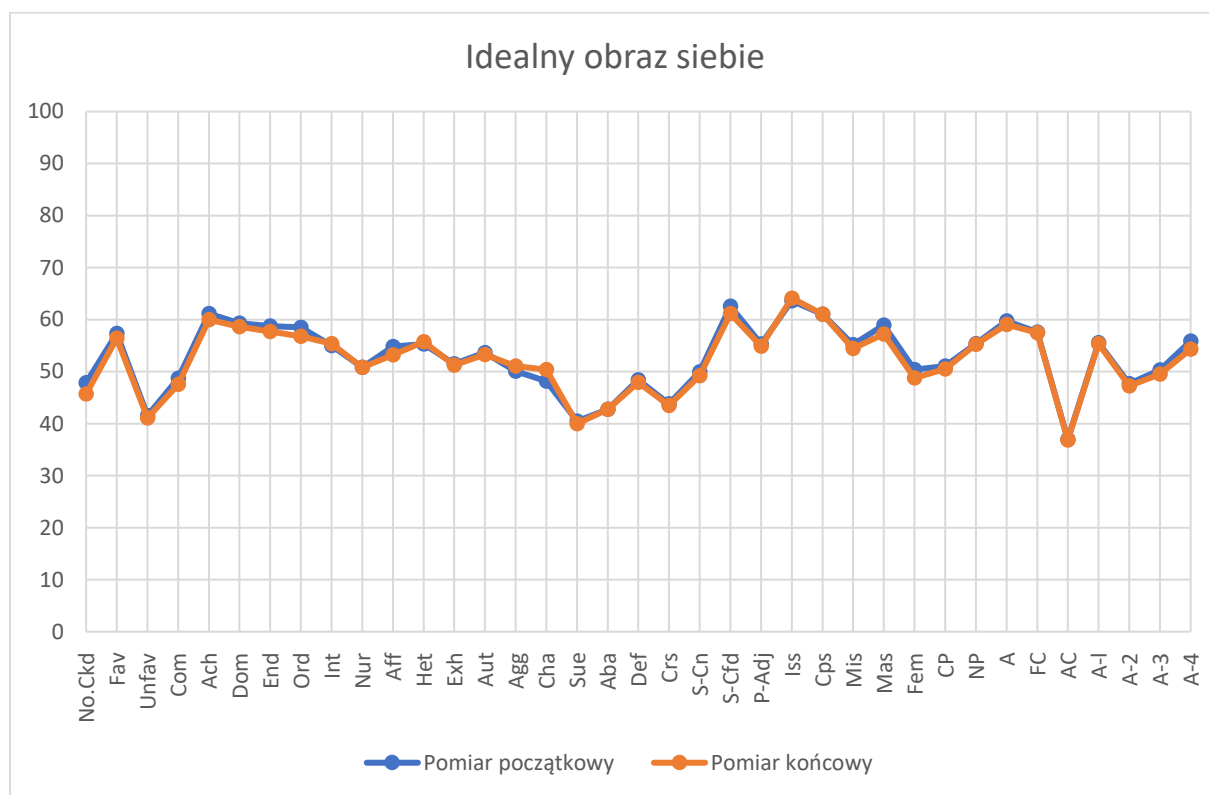
3.4. Obraz idealny pacjentów rozpoczynających i kończących terapię

Dla pełnej oceny funkcjonowania pacjentów w okresie leczenia metodą społeczności terapeutycznej zbadano też ich obraz idealny (tabela 14 i wykres 21). Stanowi on punkt odniesienia dla obrazu realnego, a jednocześnie pozwala zidentyfikować prawidłowość tendencji rozwojowych (Higgins, 1996; Bąk, 2002). Znamiennym jest, że przy znacznych zmianach w obrazie realnym korekta obrazu idealnego była niewielka i raczej pozytywna. W trakcie terapii zmiany w ideale rozwojowym zaszły w dziewięciu na trzydzieści siedem skal. Większość to korekty w kierunku urealnienia obrazu, co należy odczytać jako pozytywny kierunek zmiany, gdyż zwiększa to szanse rozwojowe i zmniejsza ryzyko kryzysu. Różnica pomiędzy obrazem realnym i idealnym jest mniejsza, a więc bardziej osiągalna i nie powodująca zablokowania tendencji rozwojowych. Przekłada się to także na większą motywację do pracy nad sobą.

Istotne zmiany statystyczne, gdzie obraz idealny pacjentów po terapii się obniżył, to liczba przymiotników użytych do opisu obrazu idealnego (No.Ckd: $t=3,137$, $p=0,002$). To jedyna skala kontrolna w obrazie idealnym, gdzie pojawiły się zmiany. Przekłada się to na bardziej powściągliwe i konwencjonalne zachowania. Badani skłonni są do zachowań mniej impulsywnych lub zmiennych. Dążą do standardów nakazujących umiar, trzeźwość i rozwagę. Pacjenci kończący terapię obniżyli swoje wymagania od siebie w zakresie potrzeb wytrwałości i uporządkowania, co także zwiększyło ich szanse ich osiągnięcie poprawy w ideale rozwojowym (End: $t=2,112$, $p=0,036$; Ord: $t=3,009$, $p=0,003$). Podobnie w zakresie potrzeb kontaktów towarzyskich i poczuciu zaufania do siebie oraz męskości i w skali A-4 Welsha (niska oryginalność i wysoka inteligencja). Przekłada się to na zwiększenie szans na osiągnięcie celów rozwojowych w tych obszarach, a więc na lepsze kontakty towarzyskie oparte na życzliwości, subtelności i delikatności. To wyrastać będzie z poczucia zaufania do siebie i swoich możliwości (Aff: $t=2,342$, $p=0,020$; S-cfd: $t=2,035$, $p=0,043$; Mas: $t=2,364$, $p=0,019$; A-4: $t=2,117$, $p=0,035$).

Dwa wymiary obrazu idealnego uległy istotnemu statystycznie podwyższeniu, a mianowicie potrzeba zmian i potrzeba agresji (Agg: $t=-2,00$, $p=0,047$, Cha: $t=-3,032$, $p=0,003$).

Także w tym przypadku kierunek zmiany należy uznać za konstruktywny, gdyż badani w swoim ideale rozwojowym chcą być bardziej otwarci na zmianę i bardziej asertywni. Kierunek tych zmian nabiera szczególnego znaczenia przy zestawieniu go z obrazem realnym.



Wykres 21. Obraz idealny pacjentów rozpoczynających terapię i kończących terapię

Tabela 14 . Obraz idealny pacjentów rozpoczynających terapię i kończących terapię

SKALE	Pomiar początkowy		Pomiar końcowy		Porównanie		
	M	SD	M	SD	T	p	d Cohena
No.Ckd	47,85	11,79	45,71	12,04	3,137	0,002	0,213
Fav	57,31	7,35	56,43	8,22	1,443	0,151	0,098
Unfav	41,53	5,68	41,09	4,88	1,019	0,309	0,069
Com	48,71	7,83	47,54	7,61	1,736	0,084	0,118
Ach	61,17	8,56	59,98	8,48	1,795	0,074	0,122
Dom	59,32	6,63	58,65	6,9	1,196	0,233	0,081
End	58,78	7,1	57,73	6,27	2,112	0,036	0,144
Ord	58,52	7,72	56,76	7,26	3,009	0,003	0,205
Int	55,02	8,41	55,34	8,92	-0,417	0,677	-0,028

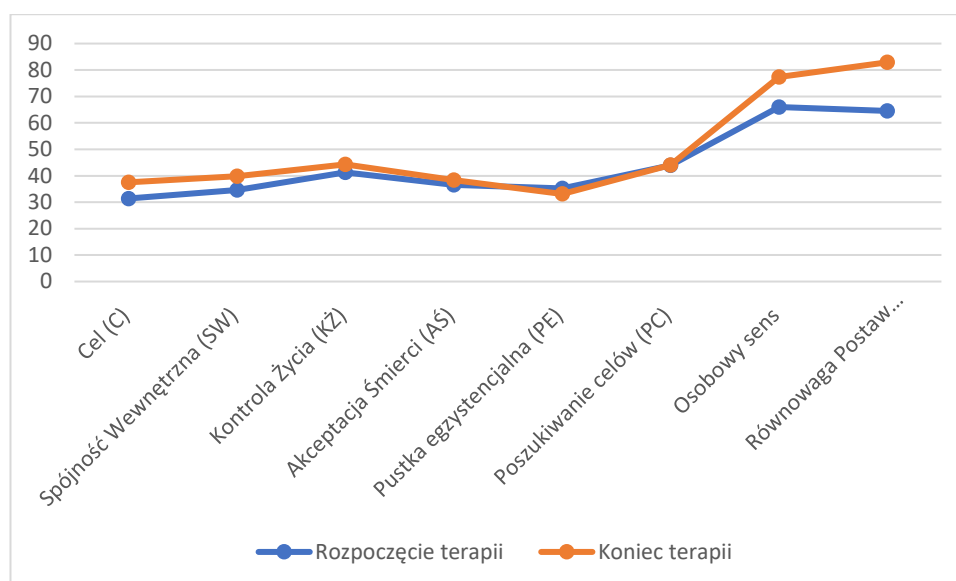
Nur	50,81	8,14	50,8	7,98	-0,052	0,958	-0,004
Aff	54,83	8	53,24	8,56	2,342	0,020	0,159
Het	55,33	7,93	55,72	8,43	-0,616	0,538	-0,042
Exh	51,46	6,07	51,25	5,91	0,473	0,637	0,032
Aut	53,67	7,12	53,29	7,09	0,596	0,552	0,041
Agg	50,09	6,28	51,05	6,4	-2,001	0,047	-0,136
Cha	48,15	8,34	50,37	7,23	-3,032	0,003	-0,206
Suc	40,48	7,65	39,96	8,14	0,689	0,492	0,047
Aba	42,75	6,96	42,72	7,03	0,072	0,942	0,005
Def	48,39	7,22	47,93	6,89	0,839	0,402	0,057
Crs	43,78	8,24	43,47	8,15	0,59	0,556	0,040
S-Cn	49,93	5,82	49,24	5,58	1,342	0,181	0,091
S-Cfd	62,54	7,92	61,16	8,39	2,035	0,043	0,138
P-Adj	55,33	7,19	54,88	7,13	0,758	0,449	0,052
Iss	63,62	7,92	64,13	7,92	-0,805	0,422	-0,055
Cps	61,01	8,21	61,06	8,41	-0,078	0,938	-0,005
Mis	55,18	7,77	54,43	8,1	1,162	0,246	0,079
Mas	58,94	9,37	57,22	9,06	2,364	0,019	0,161
Fem	50,36	8,68	48,8	9,5	1,917	0,057	0,130
CP	51,05	8,6	50,52	8,59	0,727	0,468	0,049
NP.	55,39	6,95	55,23	7,05	0,3	0,765	0,020
A	59,74	7,68	59,04	8,26	1,137	0,257	0,077
FC	57,6	6,43	57,46	6,83	0,266	0,790	0,018
AC	36,95	7,83	36,86	8,66	0,098	0,922	0,007
A-1	55,54	9,25	55,38	9,73	0,178	0,859	0,012
A-2	47,65	8,71	47,24	8,25	0,578	0,564	0,039
A-3	50,31	8,63	49,5	8,52	1,076	0,283	0,073
A-4	55,89	9,42	54,3	8,61	2,117	0,035	0,144

Doświadczane poczucie sensu życia i poczucie koherencji pacjentów rozpoczynających i kończących terapię

Poczucie sensu życia pacjentów rozpoczynających i kończących terapię

Do czynników terapeutycznych zalicza się także czynniki egzystencjalne. Stąd w badaniu użyto Kwestionariusza Postaw Życiowych (Life Attitude Profile-Revised) Requera w polskiej adaptacji Klamuta (2010).

Niemalże we wszystkich wymiarach kwestionariusza nastąpiły istotne statystyczne zmiany podczas terapii (tabela 15). Wyjątkiem jest poszukiwanie celów (PC), gdzie nie zarejestrowano zmian w postawach badanych. Istotnie statystycznie wzrosło u badanych poczucie celowości swego życia, co przekłada się na poczucie sensu życia. Cele te pacjenci identyfikują poprzez wyznaczanie sobie kluczowych wartości ($t=-9,875, p<0,001$). Znaczące zmiany podczas terapii zaszły też w poczuciu tożsamości badanych. Wyraża się ono rozumieniem swojego miejsca w świecie, własnej odrębności, jak i w uporządkowaniu własnych odniesień do otaczającego ich świata. Wszystkie te wymiary składają się na spójność wewnętrzną pacjentów ($t=-8,111, p<0,001$). Kolejna, istotna zmiana w życiu badanych na skutek podjętej terapii to wzrost poczucia kontroli życia (KŻ). Daje ona możliwość podejmowania świadomych decyzji wynikających ze zdystansowania się do swoich doświadczeń – jakiegokolwiek by one były. Taka intencjonalność działania pozwala na pełną odpowiedzialność i otwarcie się na płynące z niej konsekwencje ($t=-5,410, p<0,001$), a przez to sprawne kierowanie swoim życiem. Badani pacjenci doświadczyli też wzrostu ($t=-3,085, p<0,002$) w zakresie postawy akceptacja śmierci (AŚ). Wyraża się ona przyjęciem prawidłowości życia i akceptację przemijalności ludzkiego życia. Pacjenci patrzą na ten życiowy aspekt z mniejszym lękiem i dystansem. Kolejna badana postawa to pustka egzystencjalna (PE). W zakresie tej postawy odnotowano zmniejszenie jej nasilenia ($t=3,227, p<0,001$). Zmiana ta wskazuje na zmniejszenie u pacjentów poczucia beznadziei, apatii i obojętności, a w ich miejsce pojawiło się więcej poczucia sensu i celowości. Znaczące zmiany postaw egzystencjalnych zarejestrowano w obszarze osobowego sensu i równowagi postaw życiowych (OS: $t=-9,666, p<0,001$; RPŻ: $t=-9,270, p<0,001$). To dwie skale złożone z innych skal. Wskazują one na duży wzrost u badanych poczucia sensu życia i odnalezieniu misji w życiu oraz na koncentrację na celach w przyszłości. Jednocześnie mówią o wzroście rozumienia siebie i innych ludzi oraz życia w ogóle, co przekłada się na poczucie wewnętrznej spójności. Pacjenci kończą terapię ze znaczącym zwiększeniem satysfakcji z życia i akceptacji stanu aktualnego, bez poszukiwania dodatkowych stymulacji i wrażeń (por. wyniki ACL w skalach analizy transakcyjnej).



Wykres 22. Poczucie sensu życia pacjentów rozpoczynających i kończących terapię

Tabela 15. Poczucie sensu życia wśród pacjentów rozpoczynających i kończących terapię. Średnie wartości w Kwestionariuszu Postaw Życiowych (KPŻ)

SKALE	Pomiar początkowy		Pomiar końcowy		Porównanie	
	M	SD	M	SD	t	P
Cel (C)	31,41	9,94	37,55	9,33	-9,875	<0,001
Spójność wewnętrzna (SW)	34,59	9,48	39,77	8,63	-8,111	<0,001
Kontrola życia (KŻ)	41,25	8,96	44,32	7,59	-5,410	<0,001
Akceptacja śmierci (AŚ)	36,52	11,28	38,41	10,45	-3,085	0,002
Pustka egzystencjalna (PE)	35,23	8,76	33,11	8,22	3,227	0,001
Poszukiwanie celów (PC)	44,00	7,14	44,05	5,74	-0,149	0,881
Osobowy sens (OS)	66,00	18,33	77,32	17,30	-9,666	<0,001
Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	64,54	32,57	82,91	30,60	-9,270	<0,001

W postawie poszukiwanie celów (PC) nie zaszły statystycznie istotne zmiany w trakcie terapii badanych pacjentów. Zważywszy na fakt, że ta postawa wiąże się z wyjściem z rutyny życia, to brak zmian można upatrywać w tym, że pobyt w ośrodku terapii uzależnień wiąże się jednak z pewną stałością, a przez to z bezpieczeństwem.

Poczucie koherencji pacjentów zgłaszających się na terapię uzależnień

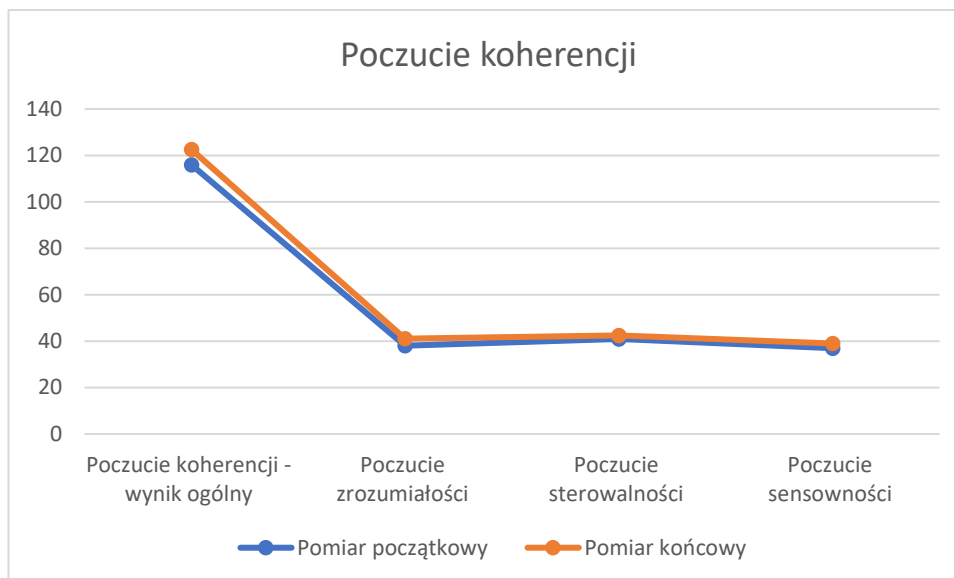
Poczucie koherencji Antonovsky'ego rozumiane jest jako zgeneralizowany, emocjonalno-poznawczy sposób patrzenia na świat. Pozwalający na dostrzeganie i odbieranie otaczających jednostkę zjawisk jako zrozumiałych, sensownych i poddających się kontroli (Januszewski, 2011).

W trakcie terapii uzależnionych pacjentów nastąpił istotny statystycznie wzrost poczucia koherencji, jak i wszystkich jego składowych. Oznacza to, że badani pod koniec terapii charakteryzują się większym poczuciem przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że są bardziej przekonani, iż sprawy potoczą się zgodnie z ich przewidywaniami ($t=-4,306$, $p<0,001$).

Istotnie statystycznie zmieniło się poczucie zrozumiałości u badanych ($t=-4,429$, $p<0,001$). Pod koniec terapii charakteryzują się oni lepszą zdolnością do uporządkowania, ustrukturyzowania docierających informacji. Są oni w większym stopniu przekonani, że w sposób racjonalny jednostka jest zdolna do obiektywnej oceny sytuacji trudnej.

Kolejnym wymiarem teorii salutogenezy jest poczucie sterowalności. I w tym aspekcie badani nabyli sprawności w procesie terapii ($t=-2,608$, $p<0,010$). Świadczy to o tym, że mają poczucie dysponowania większymi zasobami mogącymi wpłynąć na sytuację, są przekonani, że są zdolni do świadomego kierowania swoim zachowaniem, wyborami i decyzjami. Dzięki udziałowi w terapii mają także większe poczucie mocy i sprawstwa.

Ostatnim obszarem poczucia koherencji, gdzie zarejestrowano zmiany, jest poczucie sensowności. Tutaj także w trakcie terapii pojawiły się istotne statystycznie zmiany ($t=-3,405$, $p<0,001$). Badani podnieśli jakość radzenia sobie w sytuacjach stresujących. Nabyli większego przekonania, że to, co się dzieje w ich życiu, ma jakiś sens. Są także w stanie dostrzec, że każda sytuacja może mieć charakter rozwojowy, a trudności są po to, aby je pokonywać. Podniosła się u nich także zdolność do nadawania subiektywnych znaczeń swoim wyborom, decyzjom i czynom.



Wykres 23. Poczucie koherencji pacjentów rozpoczynających i kończących terapię

Tabela 16. Poczucie koherencji u pacjentów rozpoczynających i kończących terapię uzależnień (Kwestionariusz Orientacji Życiowej – SOC-29)

SKALE	Pomiar początkowy		Pomiar końcowy		Porównanie		
	M	SD	M	SD	t	p	d Cohena
Poczucie koherencji - wynik ogólny	115,94	26,09	122,52	21,33	-4,306	<0,001	-0,293
Poczucie zrozumiałości	38,07	10,68	41,11	9,15	-4,429	<0,001	-0,301
Poczucie sterowalności	40,9	10,13	42,43	8,04	-2,608	0,010	-0,177
Poczucie sensowności	36,96	9,42	38,98	8,32	-3,405	<0,001	-0,232

3.5. Grupowe czynniki leczące istotne dla metodyki pracy społecznością terapeutyczną

W pierwszym kroku analizy grupowych czynników leczących zweryfikowano strukturę narzędzia badającego te czynniki (było to narzędzie kwestionariuszowe użyte w połowie procesu leczenia w danej placówce). Opracowując je przyjęto podział zgodny z koncepcją Yaloma, konstruując ekspercko itemy trafne w kontekście tej koncepcji. Opracowano pytania

mierzące percepcję dwunastu obszarów istotnych w terapii metodą społeczności: altruizm, spójność grupy, uniwersalność, uczenie się interpersonalne, rozwój umiejętności społecznych, udzielanie informacji, katharsis, naśladowanie/identyfikacja, korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej, uzyskanie wglądu/zrozumienie siebie, wpajanie nadziei, czynniki egzystencjalne.

Rzetelność 12 skal narzędzia okazała się dobra lub bardzo dobra. Wartości omega przekraczają 0,7 przy 11 skalach i jedynie przy skali mierzącej altruizm wartość ta wynosi 0,675.

Tabela 17. Wskaźniki rzetelności skal narzędzia

Skala	Omega
Altruizm	0,675
Spójność grupy	0,799
Uniwersalność	0,784
Uczenie się interpersonalne	0,723
Rozwój umiejętności społecznych	0,855
Udzielanie informacji	0,789
Katharsis	0,845
Naśladowanie/identyfikacja	0,800
Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej	0,876
Uzyskanie wglądu/zrozumienie siebie	0,757
Wpajanie nadziei	0,883
Czynniki egzystencjalne	0,809

Przeprowadzono również confirmacyjną analizę czynnikową w wersji „odpornej”, choć wyniki należy traktować z ostrożnością ze względu na mało liczną próbę, N=371 (strukturę narzędzia sprawdzano na próbie uczestników terapii, którzy uzupełnili testy w pomiarze pierwszym i drugim, bez koniecznego uzupełnienia pomiaru trzeciego). Wyniki pozwalają na przyjęcie założonej teoretycznie struktury narzędzia: CFI=0,937, TLI=0,932, RMSEA=0,058, SRMR = 0,056.

Strukturę tę potwierdzają także wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej. Przynależność czynników do skal jest w większości zbieżna z wersją teoretyczną, a dokonanie przesunięć w przynależności pozycji testowych do skal nie zmienia własności narzędzia. Przemawia to za możliwością przypisania podskalom narzędzia waloru trafności.

Tabela 18. Całkowita wariancja wyjaśniona czynników leczących i ładunki czynnikowe

Początkowe wartości własne				Sumy kwadratów ładunków po wyodrębnieniu			Sumy kwadratów ładunków po rotacji ^a
Składowa	Ogółem	% wariancji	% skumulowany	Ogółem	% wariancji	% skumulowany	Ogółem
1	19,695	32,826	32,826	19,695	32,826	32,826	9,045
2	3,002	5,004	37,830	3,002	5,004	37,830	4,956
3	2,585	4,308	42,137	2,585	4,308	42,137	5,170
4	2,097	3,495	45,632	2,097	3,495	45,632	3,325
5	1,840	3,067	48,699	1,840	3,067	48,699	7,245
6	1,652	2,754	51,453	1,652	2,754	51,453	7,694
7	1,379	2,298	53,751	1,379	2,298	53,751	8,049
8	1,302	2,171	55,922	1,302	2,171	55,922	7,081
9	1,213	2,022	57,944	1,213	2,022	57,944	7,707
10	1,138	1,896	59,840	1,138	1,896	59,840	8,025
11	1,091	1,818	61,658	1,091	1,818	61,658	1,972
12	1,003	1,672	63,330	1,003	1,672	63,330	6,586
13	0,957	1,595	64,924				
14	0,889	1,481	66,406				
15	0,866	1,444	67,849				
16	0,812	1,353	69,202				
17	0,778	1,296	70,498				
18	0,769	1,282	71,780				
19	0,744	1,241	73,021				
20	0,725	1,209	74,230				
21	0,718	1,197	75,427				
22	0,681	1,135	76,562				
23	0,660	1,100	77,662				
24	0,631	1,051	78,713				
25	0,617	1,029	79,741				
26	0,593	0,988	80,729				
27	0,573	0,955	81,684				
28	0,545	0,909	82,593				
29	0,526	0,876	83,469				
30	0,510	0,851	84,320				
31	0,494	0,823	85,143				

32	0,481	0,801	85,945				
33	0,462	0,770	86,715				
34	0,458	0,764	87,479				
35	0,444	0,740	88,219				
36	0,431	0,719	88,938				
37	0,419	0,698	89,636				
38	0,408	0,680	90,316				
39	0,399	0,665	90,981				
40	0,380	0,633	91,614				
41	0,375	0,625	92,239				
42	0,364	0,607	92,845				
43	0,349	0,582	93,427				
44	0,337	0,562	93,989				
45	0,315	0,525	94,514				
46	0,300	0,500	95,014				
47	0,288	0,479	95,493				
48	0,268	0,447	95,940				
49	0,263	0,439	96,379				
50	0,256	0,427	96,806				
51	0,244	0,407	97,212				
52	0,233	0,388	97,600				
53	0,219	0,365	97,965				
54	0,213	0,356	98,321				
55	0,199	0,332	98,653				
56	0,186	0,311	98,963				
57	0,173	0,289	99,252				
58	0,163	0,272	99,524				
59	0,148	0,247	99,771				
60	0,137	0,229	100,000				

W celu potwierdzenia struktury narzędzia wykorzystania go w kolejnych badaniach i populacjach należy przeprowadzić analizy na próbie liczącej większą liczbę osób (minimum 600). Na potrzeby niniejszego raportu narzędzie badające czynniki leczące ma zadowalające własności psychometryczne.

3.6. Związki między czynnikami leczącymi a efektami terapii oraz interakcja czynników

Uczestnicy terapii oceniali występowanie poszczególnych czynników względnie wysoko (zakres skali ocen to 5 do 25). W społeczności terapeutycznej dostrzegają przejawy każdego z czynników. Na szczycie rankingu, czyli jako najczęściej występujące, znajdują się czynniki egzystencjalne, udzielanie informacji oraz rozwój umiejętności społecznych. W ich

opinii czynnikami najrzadziej występującymi w placówkach są: korektywna rekapitulacja grupy rodzinnej, altruizm oraz naśladowanie/identyfikacja.

Tabela 19. Ranking oceny występowania czynników leczących

	Średnia	Odchylenie standardowe
Czynniki egzystencjalne	21,56	3,47
Udzielanie informacji	21,07	3,33
Rozwój umiejętności społecznych	20,99	3,54
Katharsis	20,75	3,69
Wpajanie nadziei	20,75	3,77
Uzyskanie wglądu w siebie	20,73	3,30
Spójność grupy	20,42	3,63
Uczenie się interpersonalne	20,22	3,29
Uniwersalność	20,03	3,59
Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej	19,36	4,31
Altruizm	18,87	3,46
Naśladowanie/identyfikacja	16,56	4,47

Podobieństwu w ocenie czynników towarzyszą istotne korelacje między każdym z nich. Siła tych związków jest umiarkowana lub wysoka. Badani oceniają występowanie istotnych dla terapii czynników w kontekście całości ich oddziaływań. Wysokim ocenom częstotliwości występowania pojedynczego wymiaru towarzyszą wysokie oceny pozostałych. Tak silne i liczne korelacje dają podstawę do traktowania czynników jako jednego i spójnego układu. Stąd w kolejnym kroku oszacowano pojedynczy wskaźnik będący sumą dwunastu czynników leczących. Rozwiązanie to przyjęto po wcześniejszym sprawdzeniu możliwości wyróżnienia grup opartych na podobieństwie odległości wyników (hierarchiczna analiza skupień). Analiza skupień nie przyniosła jednak klarownego rozwiązania wskazującego na zasadność łączenia czynników w grupy w bardziej zaawansowanych analizach.

Tabela 20. Korelacje występowania poszczególnych czynników leczących

Korelacje

		Altruizm	Spójność grupy	Uniwersalność	Uczenie się interpersonalne	Rozwój umiejętności społecznych	Udzielanie informacji	Katharsis	Naśladowanie/identyfikacja	Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej	Uzyskanie wglądu w siebie	Wpajanie nadziei	Czynniki egzystencjalne
Altruizm	Korelacja Pearsona	1	0,302**	0,337**	0,190**	0,340**	0,305**	0,297**	0,374**	0,351**	0,374**	0,355**	0,234**
	Istotność (dwustronna)		<0,001	<0,001	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
Spójność grupy	Korelacja Pearsona	0,302**	1	0,636**	0,427**	0,704**	0,611**	0,670**	0,388**	0,588**	0,407**	0,551**	0,317**
	Istotność (dwustronna)	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
Uniwersalność	Korelacja Pearsona	0,337**	0,636**	1	0,451**	0,609**	0,582**	0,606**	0,360**	0,561**	0,518**	0,577**	0,481**
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
Uczenie się interpersonalne	Korelacja Pearsona	0,190**	0,427**	0,451**	1	0,373**	0,415**	0,399**	0,285**	0,374**	0,347**	0,363**	0,379**
	Istotność (dwustronna)	0,005	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217

Rozwój umiejętności społecznych	Korelacja Pearsona	0,340**	0,704**	0,609**	0,373**	1	0,603**	0,694**	0,376**	0,658**	0,545**	0,632**	0,462**
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
Udzielanie informacji	Korelacja Pearsona	0,305**	0,611**	0,582**	0,415**	0,603**	1	0,620**	0,463**	0,638**	0,553**	0,616**	0,395**
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
Katharsis	Korelacja Pearsona	0,297**	0,670**	0,606**	0,399**	0,694**	0,620**	1	0,377**	0,632**	0,551**	0,618**	0,426**
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
Naśladowanie/ Identyfikacja	Korelacja Pearsona	0,374**	0,388**	0,360**	0,285**	0,376**	0,463**	0,377**	1	0,453**	0,379**	0,417**	0,288**
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej	Korelacja Pearsona	0,351**	0,588**	0,561**	0,374**	0,658**	0,638**	0,632**	0,453**	1	0,695**	0,690**	0,500**
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217

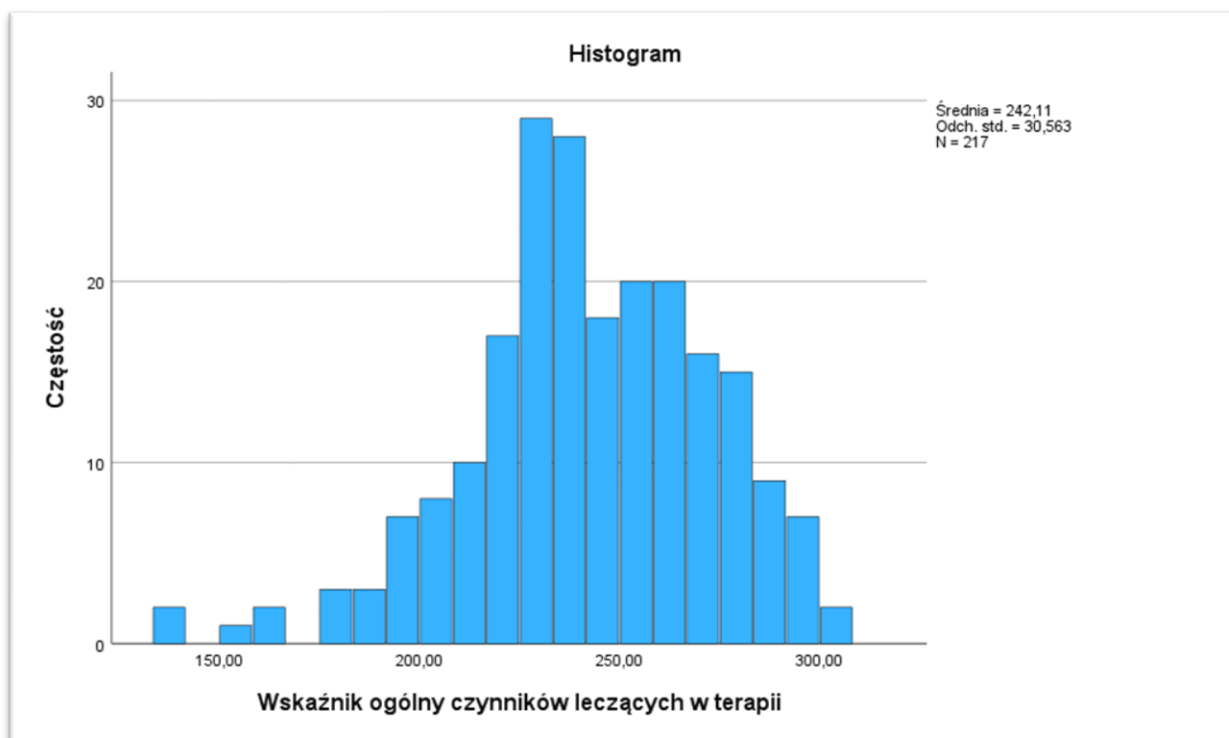
Zyskanie wglądu w siebie	Korelacja Pearsona	0,374**	0,407**	0,518**	0,347**	0,545**	0,553**	0,551**	0,379**	0,695**	1	0,635**	0,498**
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
Wpajanie nadziei	Korelacja Pearsona	0,355**	0,551**	0,577**	0,363**	0,632**	0,616**	0,618**	0,417**	0,690**	0,635**	1	0,539**
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
Czynniki egzystencjalne	Korelacja Pearsona	0,234**	0,317**	0,481**	0,379**	0,462**	0,395**	0,426**	0,288**	0,500**	0,498**	0,539**	1
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
	N	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217

* Korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Dalsze analizy wykorzystywały wskaźnik globalny czynników leczących, stanowiący sumę częstości ich wykorzystania.

Jednym z naszych celów było określenie roli, jaką czynniki leczące mają w efektach terapii. Realizując ten cel chcieliśmy opisać, które efekty towarzyszą wysokiej ocenie czynników leczących. Metodą było tu wyróżnienie dwóch grup, aby uczynić opis bardziej klarownym - grupy wysoko oceniającej udział czynników leczących, i drugiej skrajnej grupy, który udział czynników oceniła nisko.

Poniższy wykres przedstawia rozkład wyników tego wskaźnika w populacji badanych. To właśnie na jego podstawie wyodrębniono dwie skrajne grupy osób badanych (skrajne 27% percentyle wartości zmiennej) – grupę o niskiej ocenie czynników leczących i grupę o wysokiej ocenie tychże (odpowiednio 59 i 58 osób).



Wykres 24. Rozkład wyników globalnego wskaźnika częstości 21czynników leczących w populacji

Następnie sprawdzono związek między czynnikami leczącymi a efektami terapii w dwóch wyodrębnionych grupach.

Tabela 21. Podstawowe statystyki opisowe dotyczące ogólnego wskaźnika postrzegania czynników leczących

		Statystyka
Średnia		242,1060
95% przedział ufności dla średniej	Dolna granica	238,0166
	Górna granica	246,1954
5% średnia obcięta		243,2747
Mediana		241,0000
Wariancja		934,123
Odchylenie standardowe		30,56343
Minimum		134,00
Maksimum		300,00
Rozstęp		166,00

Rozstęp ćwiartkowy		39,00
Skośność		-0,540
Kurtoza		0,659
Kołmogorow-Smirnow^a		
Statystyka	df	Istotność
0,051	217	,200*

Tabela 21a. Dane dotyczące wyodrębnionych podgrup o wysokim i niskim wskaźniku występowania czynników leczących

		Częstość	Procent
Ważne	Niski wskaźnik występowania czynników leczących	59	50,4
	Wysoki wskaźnik występowania czynników leczących	58	49,6
	Ogółem	117	100,0

Tabela 22. Korelacje postrzegania czynników leczących z efektami leczenia w grupie osób o niskim wskaźniku postrzegania czynników leczących

	Efekt: sięganie po substancje (im mniejszy wynik, tym większy spadek sięgania po substancje)	Efekt: zachowania ryzykowne (im mniejszy wynik, tym większy spadek ryzykownego zachowania)	Efekt: akceptacja zachowań ryzykownych (im mniejszy wynik, tym większy spadek akceptacji zachowań ryzykownych)	Efekt: zmiana w obrębie celu życiowego (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie spójności wewnętrznej (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie kontroli życia (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie akceptacji śmierci (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie pustki egzystencjalnej (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie poszukiwania celów (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie osobowego sensu (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie równowagi postaw życiowych (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia koherencji (wynik ogólny SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia zrozumienia (SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia zaradności (SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia sensowności (SOC)
1.	-0,187	0,101	0,009	-0,005	-0,049	-0,060	0,032	0,037	0,112	-0,030	-0,069	-0,026	-0,046	0,010	-0,018
	0,155	0,445	0,946	0,968	0,712	0,653	0,811	0,779	0,399	0,821	0,604	0,847	0,729	0,943	0,894
2.	0,121	-0,013	-0,126	0,126	0,143	-0,009	0,168	-0,157	0,199	0,149	0,130	0,138	0,208	0,034	0,055
	0,361	0,920	0,341	0,341	0,280	0,944	0,202	0,236	0,130	0,259	0,328	0,297	0,114	0,800	0,680
3.	-0,161	-0,069	-0,261*	0,245	0,175	0,113	-0,010	-0,325*	0,043	0,233	0,253	0,307*	0,256	0,117	0,300*
	0,224	0,603	0,046	0,061	0,185	0,395	0,937	0,012	0,744	0,076	0,053	0,018	0,050	0,379	0,021
4.	-0,103	-0,043	-0,166	0,226	0,140	0,064	0,037	-0,423**	-0,146	0,203	0,325*	0,202	0,128	0,048	0,266*
	0,437	0,747	0,209	0,085	0,289	0,631	0,783	0,001	0,270	0,122	0,012	0,125	0,335	0,717	0,041
5.	-0,150	-0,001	0,024	0,090	0,086	0,121	-0,056	0,033	0,044	0,097	0,049	-0,002	0,135	-0,055	-0,094
	0,256	0,994	0,859	0,499	0,519	0,359	0,673	0,805	0,743	0,464	0,713	0,987	0,308	0,678	0,478
6.	0,091	-0,251	0,005	0,268*	0,098	-0,083	0,149	-0,195	-0,005	0,203	0,206	0,097	0,214	0,019	-0,028

	0,493	0,055	0,968	0,040	0,460	0,530	0,261	0,139	0,970	0,122	0,117	0,463	0,104	0,888	0,836
7.	0,003	0,052	-0,038	0,225	0,336**	0,201	0,155	-0,123	-0,020	0,311*	0,333**	0,194	0,245	-0,026	0,196
	0,985	0,694	0,772	0,086	0,009	0,128	0,242	0,355	0,879	0,017	0,010	0,141	0,061	0,845	0,136
8.	-0,011	0,147	-0,008	0,098	0,095	0,083	0,010	-0,004	-0,027	0,107	0,098	0,171	0,121	0,108	0,147
	0,933	0,267	0,955	0,461	0,475	0,531	0,940	0,976	0,842	0,421	0,460	0,196	0,363	0,415	0,266
9.	-0,105	-0,202	-0,153	0,094	-0,108	0,070	-0,023	0,081	-0,118	-0,007	0,018	0,150	0,292*	0,032	-0,007
	0,428	0,124	0,247	0,478	0,415	0,598	0,863	0,540	0,373	0,956	0,895	0,258	0,025	0,809	0,959
10.	-0,192	-0,024	0,073	-0,171	-0,167	-0,009	-0,019	0,146	-0,148	-0,188	-0,120	-0,156	-0,017	-0,113	-0,220
	0,146	0,858	0,583	0,194	0,206	0,945	0,888	0,269	0,263	0,155	0,367	0,237	0,896	0,396	0,094
11.	-0,160	-0,096	-0,133	0,160	0,114	0,221	0,096	0,217	-0,178	0,152	0,168	-0,001	0,221	-0,190	-0,052
	0,225	0,471	0,317	0,226	0,388	0,092	0,471	0,098	0,176	0,250	0,204	0,997	0,093	0,151	0,698
12.	-0,137	-0,018	0,127	-0,092	-0,135	0,082	-0,013	0,139	-0,102	-0,126	-0,067	-0,013	0,094	-0,112	-0,020
	0,300	0,890	0,336	0,490	0,307	0,537	0,921	0,295	0,444	0,343	0,612	0,922	0,477	0,397	0,879

Tabela przedstawia współczynniki korelacji liniowej Pearsona, na żółto zaznaczono $p < 0,05$

Numery w pierwszej kolumnie oznaczają kolejne czynniki leczące: altruizm (1), spójność grupy (2), uniwersalność (3), uczenie się interpersonalne (4), rozwój umiejętności społecznych (5), udzielanie informacji (6), katharsis (7), naśladowanie/identyfikacja (8), korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej (9), uzyskanie wglądu/zrozumienie siebie (10), wpajanie nadziei (11), czynniki egzystencjalne (12).

Tabela 23. Korelacje postrzegania czynników leczących z efektami leczenia w grupie osób o wysokim wskaźniku postrzegania czynników leczących

	Sięganie po substancje (im mniejszy wynik, tym większy spadek sięgania po substancje)	Efekt: zachowania ryzykowne (im mniejszy wynik, tym większy spadek ryzykownego zachowania)	Efekt: akceptacja zachowań ryzykownych (im mniejszy wynik, tym większy spadek akceptacji zachowań ryzykownych)	Efekt: zmiana w obrębie celu życiowego (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie spójności wewnętrznej (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie kontroli życia (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie akceptacji śmierci (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie pustki egzystencjalnej (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie poszukiwania celów (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie osobowego sensu (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie równowagi postaw życiowych (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia koherencji (wynik ogólny SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia zrozumienia (SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia zaradności (SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia sensowności (SOC)
1.	0,052	0,117	0,037	0,049	0,113	-0,087	-0,104	0,066	0,012	0,088	-0,032	0,007	0,057	0,012	-0,064
	0,696	0,383	0,784	0,715	0,398	0,516	0,436	0,620	0,930	0,512	0,810	0,956	0,669	0,930	0,635
2	0,040	-0,049	-0,382 ^{**}	0,027	-0,008	-0,037	-0,229	-0,069	-0,121	0,008	-0,019	0,068	0,054	-0,035	0,151
	0,766	0,717	0,003	0,842	0,950	0,784	0,084	0,607	0,367	0,950	0,886	0,612	0,690	0,792	0,259
3.	0,177	-0,211	-0,079	0,187	0,092	0,156	-0,025	-0,222	0,203	0,144	0,146	0,032	0,039	0,049	-0,006
	0,184	0,112	0,556	0,160	0,491	0,241	0,855	0,094	0,127	0,280	0,273	0,811	0,771	0,715	0,961
4	0,166	-0,246	-0,162	0,104	0,223	0,017	0,000	-0,015	-0,085	0,177	0,142	0,081	0,163	0,064	-0,045
	0,212	0,062	0,225	0,436	0,093	0,900	0,999	0,912	0,528	0,184	0,287	0,546	0,221	0,631	0,737
5	0,188	-0,154	0,015	-0,068	-0,065	-0,203	-0,189	0,006	-0,123	-0,070	-0,125	-0,110	-0,038	-0,120	-0,143
	0,157	0,247	0,911	0,613	0,629	0,127	0,154	0,963	0,356	0,601	0,349	0,412	0,777	0,370	0,285
6	-0,016	-0,080	-0,187	0,090	0,145	0,163	0,187	0,009	0,175	0,126	0,128	-0,030	-0,021	-0,035	-0,023
	0,907	0,550	0,161	0,499	0,278	0,222	0,159	0,947	0,190	0,345	0,339	0,824	0,875	0,794	0,864
7	-0,097	-0,131	-0,316 [*]	-0,060	-0,047	0,017	-0,099	-0,001	0,054	-0,056	-0,078	-0,126	-0,082	-0,156	-0,096
	0,471	0,327	0,016	0,652	0,726	0,899	0,461	0,996	0,685	0,674	0,561	0,347	0,538	0,241	0,472
8	-0,164	-0,126	-0,257	-0,102	-0,130	-0,116	-0,151	0,278 [*]	0,089	-0,124	-0,287 [*]	-0,208	-0,257	-0,106	-0,146

	0,219	0,345	0,051	0,445	0,332	0,386	0,259	0,034	0,505	0,355	0,029	0,117	0,052	0,428	0,273
9	-0,022	-0,151	-0,172	0,073	0,057	0,068	-0,115	-0,035	-0,077	0,068	0,057	-0,110	-0,113	-0,050	-0,113
	0,872	0,257	0,198	0,585	0,672	0,610	0,389	0,796	0,566	0,611	0,673	0,410	0,400	0,709	0,399
10	-0,043	-0,337**	-0,328*	0,106	0,045	-0,269*	-0,221	-0,177	-0,210	0,078	0,032	0,059	0,003	0,114	0,053
	0,750	0,010	0,012	0,428	0,736	0,041	0,096	0,183	0,113	0,561	0,812	0,661	0,981	0,393	0,695
11	0,203	-0,104	-0,081	-0,079	0,041	-0,170	-0,147	-0,061	-0,322*	-0,016	0,013	-0,034	0,093	-0,099	-0,123
	0,126	0,437	0,545	0,554	0,760	0,203	0,272	0,651	0,014	0,904	0,924	0,798	0,487	0,460	0,359
12	0,158	-0,162	-0,117	0,049	0,150	0,090	0,051	0,105	0,065	0,109	0,048	0,017	0,050	0,045	-0,057
	0,236	0,226	0,383	0,715	0,260	0,502	0,705	0,433	0,628	0,416	0,719	0,898	0,711	0,739	0,670

Tabela przedstawia współczynniki korelacji liniowej Pearsona, na żółto zaznaczono $p < 0,05$

Numery w pierwszej kolumnie oznaczają kolejne czynniki leczące: altruizm (1), spójność grupy (2), uniwersalność (3), uczenie się interpersonalne (4), rozwój umiejętności społecznych (5), udzielanie informacji (6), katharsis (7), naśladowanie/identyfikacja (8), korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinne (9), uzyskanie wglądu/zrozumienie siebie (10), wpajanie nadziei (11), czynniki egzystencjalne (12).

Warto zauważyć, że u osób z niskim poczuciem występowania czynników leczących nie występuje wiele korelacji między postrzeganymi czynnikami leczącymi a efektami.

Wybija się tutaj uniwersalność korelująca ze spadkiem akceptacji zachowań ryzykownych oraz wieloma zmiennymi psychologicznymi. Istotne zatem na tle innych czynników okazują się doświadczenia dostrzeżenia podobieństwa problemów innych osób do tych przeżywanych przez pacjentów, co często było niemożliwe lub bardzo ograniczone w środowisku, gdzie przebywali przed leczeniem (Yalom, 2006; Yalom, Leszcz, 2006).

Nieco więcej istotnych związków pojawia się w przypadku grupy o wysokim postrzeganiu czynników ryzyka. W tym przypadku spójność grupy okazała się korelować istotnie ujemnie z akceptacją zachowań ryzykownych, podobnie jak katharsis i uzyskanie wglądu w siebie. Wszystkie te korelacje są umiarkowane, a ich znak jest zgodny z założeniami celów leczenia i działania czynników leczących.

Warto tu wskazać, że trzy wybijające się czynniki stanowią sedno oddziaływań społeczności, gdzie procesy grupowe, w bezpiecznym środowisku (spójność), dają możliwość dzielenia się silnymi przeżyciami (katharsis), co prowadzi do wglądu w siebie (Amram, Benebishty, 2014). Ustalenia dotyczące ważności właśnie tych czynników leczących, w szczególności katharsis, są spójne z wynikami uzyskanymi w innych projektach badawczych (np. Ahmed, i in., 2010).

Zatem istnieje istotny związek między spadkiem akceptacji podejmowania zachowań ryzykownych u osób, które postrzegają grupę terapeutyczną jako akceptującą i gotową do budowania relacji i udzielania wsparcia (spójność grupy). Podobna zależność dotyczy możliwości dzielenia się na forum silnymi emocjami i własnymi przeżyciami, co prowadzi do odreagowania i zrozumienia oraz uzyskanie wglądu w siebie polegające na zrozumieniu swoich mocnych i słabych stron oraz konsekwencji własnych wzorów funkcjonowania (Yalom, 2006; Yalom, Leszcz, 2006).

Zmiany w postawach wobec życia a czynniki leczące

W grupie pacjentów, którzy nisko oceniali znaczenie grupowych czynników terapeutycznych, zauważyć można kilka istotnych statystycznie korelacji pomiędzy postawami życiowymi a grupowymi czynnikami leczącymi. Korelacje te są w większości na poziomie umiarkowanym (patrz tabela 22).

Zmiany w obrębie celu życiowego mają pozytywny związek z udzielaniem informacji. Oznacza to że, dzielenie się w grupie swoim sensem życia i celami, dla których warto żyć,

miało pozytywną wartość dla pacjentów z tej grupy, pomimo, że tego nie dostrzegają. Innym zaobserwowanym związkiem jest zmiana w spójności wewnętrznej badanych z grupowym czynnikiem leczącym katharsis. Tworzenie warunków do uwalniania emocji pomaga w lepszym rozumieniu siebie i budowaniu wewnętrznej tożsamości.

Ciekawym efektem zmiany jest relacja pomiędzy pustką egzystencjalną a czynnikami uniwersalność i uczenie się interpersonalne. W tych wymiarach korelacje są ujemne. Znaczący to, że pacjenci wychodzący z postawy pustki egzystencjalnej nie potrzebują już poczucia podobieństwa do innych uczestników grupy i ich sytuacji życia. Odzyskiwanie sensu prowadzi też do mniejszej potrzeby uczenia się umiejętności interpersonalnych. Można tu zaryzykować stwierdzenie, że znalezienie wewnętrznego sensu ma większe znaczenie niż wspierająca rola grupy.

Zmiany w obrębie osobistego sensu pozytywnie korelują z katharsis, co sugeruje, że głębokie doświadczenie emocjonalne pomaga znaleźć sens własnego życia oraz poczuć jego celowość i koncentrować się na przyjętych na przyszłość celów. Z kolei zmiana w złożonej skali równowagi postaw życiowych pozytywnie koreluje (na umiarkowanym poziomie) z dwoma czynnikami leczącymi, a mianowicie z katharsis i interpersonalnym uczeniem się. Oznacza to, że akceptacja swojego życia i ceniecie stanu aktualnego współwystępują z głębokimi doświadczeniami emocjonalnymi i uczeniem się bycia w relacji z innymi.

W grupie pacjentów wysoko oceniających czynniki leczące pojawiają się zupełnie inne korelacje pomiędzy postawami życiowymi a grupowymi czynnikami leczącymi niż w grupie, która nie dostrzega ich znaczenia. Tu zmiany w zakresie kontroli życia negatywnie korelują z uzyskaniem wglądu w siebie. Być może osoby, które są świadome swoich wyborów i podejmują odpowiedzialne decyzje, nie potrzebują grupy do pogłębienia wglądu w siebie, stąd nie dostrzegają takiego czynnika terapeutycznego.

Z kolei pacjenci doświadczający zmiany w zakresie pustki egzystencjalnej dostrzegają znaczenie czynnika naśladowanie/identyfikacja. Oznaczać to może, że zachowania innych w tym obszarze pomagają nabyć poczucia sensu życia. Odwrotną zależność dostrzega się w zakresie zmiany równowagi postaw życiowych. Im większe poczucie sensu życia i akceptacja siebie, tym mniej zwracają oni uwagę na znaczenie modelowania zachowań przez innych członków grupy.

Zmiany w obrębie jednej ze skal złożonych w kwestionariuszu postaw życiowych, to jest skali postaw życiowych, związane są negatywnie z docenianiem przez pacjentów czynnika wpajanie nadziei. Być może wynika to z faktu, że zmiany w sferze wewnętrznej prowadzą do minimalizacji znaczenia nadziei płynącej ze wspólnoty terapeutycznej.

Zmiany w poczuciu koherencji a spostrzeganie grupowych czynników terapeutycznych

Jedyne związki pomiędzy poczuciem koherencji i czynnikami terapeutycznymi zarejestrowano w grupie pacjentów nisko oceniających znaczenie grupowych mechanizmów leczących (tabela 22). Korelacje te dotyczą zmiany w obrębie ogólnego wyniku poczucia koherencji i czynnika uniwersalizm. Oznacza to, że odporności psychicznej sprzyja spostrzeganie innych jako podobnych.

Z kolei zmianie w zakresie poczucia zrozumienia sprzyja dostrzeganie znaczenia korektywnej rekapitulacji pierwotnej grupy rodzinnej, a zmianie w obrębie poczucia sensowności towarzyszy dostrzeganie znaczenia czynnika terapeutycznego w postaci uniwersalności i interpersonalnego uczenia się. Korelacje te wskazują na znaczenie dostrzegania bliskich relacji i podobieństwa dla rozwoju motywacji i zaangażowania w pokonywanie codziennych trudności.

W grupie pacjentów wysoko oceniających grupowe czynniki leczące nie dostrzeżono żadnych istotnych korelacji pomiędzy grupowymi mechanizmami leczącymi a poczuciem koherencji.

Zmiany w obrazie realnym i idealnym a spostrzeganie grupowych czynników terapeutycznych

Ze względu na liczbę skal w teście ACL (37) do pomiaru obrazu realnego i idealnego, która utrudniałaby jasną i klarowną analizę, do poszukiwania związków pomiędzy zmiennymi osobowościowymi i spostrzeganiem znaczenia grupowych czynników terapeutycznych wykorzystano czynniki. Wynikają one z analiz psychometrycznych, które wskazują, że skale łączą się w sześć głównych czynników: siłę osobowości, asertywność, uspołecznienie, indywidualizm, niezadowolenie i powściągliwość.

Zmiany w obrazie realnym a spostrzeganie grupowych czynników terapeutycznych

W grupie pacjentów nisko oceniających znaczenie grupowych czynników terapeutycznych poszukiwano korelacji w obrazie realnym pacjentów i w obrazie idealnym. W obrazie realnym zanotowano tylko jeden związek, a mianowicie pomiędzy zmianą w obrębie powściągliwości a znaczeniem rozwoju umiejętności społecznych. Im pacjenci stają się bardziej dojrzały w decydowaniu o sobie i skoncentrowani na realizacji swoich celów, tym pozytywniej oceniają znaczenie społecznego uczenia się. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że inni są pomocni w uczeniu się tego, jak te zachowania wdrażać w życie.

W grupie pacjentów wysoko oceniających znaczenie grupowych czynników terapeutycznych zarejestrowano dwie istotne korelacje. Obie dotyczą czynnika ACL – niezadowolenie. Im bardziej u pacjentów zmienia się czynnik niezadowolenie, tym mniej dostrzegają oni znaczenie mechanizmu terapeutycznego w postaci altruizmu i wpajania nadziei. Wskazuje to na taką zależność, że im bardziej pacjenci są niezadowoleni z siebie i swojej sytuacji życiowej, tym mniej pomagają innym i mniej otwierają się na nadzieję, którą dają inne osoby z grupy terapeutycznej. Zapadanie się w sobie i skupianie się na swoich trudnościach nie sprzyja koncentracji na innych, nawet gdy są oni źródłem pomocy.

Grupy różnego poziomu oceny czynników leczących = niska ocena czynników leczących

Tabela 24. Korelacje Efekt: zmiana w obrębie... – obraz **realny** i czynników leczących

	Altruizm	Spójność grupy	Uniwersalność	Uczenie się interpersonalne	Rozwój umiejętności społecznych	Udziałanie informacji	Katharsis	Naśladowanie/identyfikacja	Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy	Uzyskanie wglądu w siebie	Wpajanie nadziei	Czynniki egzystencjalne
Zmiana w obrębie siły osobowości	0,003	0,062	0,198	-0,007	-0,069	0,084	0,067	0,062	-0,003	-0,101	0,100	0,119
Zmiana w obrębie asertywności	0,065	0,121	0,144	0,109	-0,026	0,095	0,032	-0,065	-0,009	0,008	-0,018	0,221
Zmiana w obrębie uspołecznienia	-0,009	0,006	0,195	0,188	-0,040	-0,034	0,147	0,071	0,113	-0,120	0,134	0,013

Zmiana w obrębie powściągliwości	0,100	0,044	0,183	0,019	0,284*	-0,054	0,058	0,145	0,235	0,063	0,237	0,012
Zmiana w obrębie niezadowolenia	-0,166	0,055	-0,001	0,076	0,051	-0,031	0,101	-0,148	-0,084	0,086	-0,090	-0,045
Zmiana w obrębie indywidualizmu	0,064	0,120	0,121	0,058	-0,004	0,182	-0,095	-0,173	0,066	0,140	0,036	0,303*

Adnotacja: * - korelacja istotna na poziomie 0,05

Grupy różnego poziomu oceny czynników leczących = wysoka ocena czynników leczących

Tabela 25. Korelacje Efekt: zmiana w obrębie... – **obraz realny** i czynników leczących

	Altruizm	Spójność grupy	Uniwersalność	Uczenie się interpersonalne	Rozwój umiejętności społecznych	Udzielanie informacji	Katharsis	Naśladowanie/identyfikacja	Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej	Uzyskanie wglądu w siebie	Wpajanie nadziei	Czynniki egzystencjalne
Zmiana w obrębie siły osobowości	0,227	-0,067	0,205	-0,020	-0,016	0,015	-0,087	-0,094	-0,163	0,035	0,095	-0,196
Zmiana w obrębie asertywności	-0,005	-0,091	0,036	0,134	-0,057	0,085	-0,020	-0,126	0,128	0,195	0,022	-0,120

Zmiana w obrębie uspołecznienia	0,063	0,111	0,058	-0,104	0,107	0,170	0,041	-0,172	0,026	-0,103	0,127	-0,136
Zmiana w obrębie indywidualizmu	-0,311*	0,099	-0,129	-0,166	-0,125	0,075	-0,209	0,032	-0,157	-0,255	-0,340**	-0,068
Zmiana w obrębie niezadowolenia	-0,210	0,080	-0,199	-0,068	-0,186	0,125	0,232	-0,083	0,096	0,013	0,059	0,106
Zmiana w obrębie powściągliwości	0,227	-0,067	0,205	-0,020	-0,016	0,015	-0,087	-0,094	-0,163	0,035	0,095	-0,196

Adnotacja: * - korelacja istotna na poziomie 0,05

Zmiany w obrazie idealnym a spostrzeganie grupowych czynników terapeutycznych

W grupie pacjentów nisko oceniających znaczenie grupowych czynników terapeutycznych w zakresie obrazu idealnego pojawiło się wiele korelacji o charakterze negatywnym. Czynniki ACL siła osobowości w obrazie idealnym ujemnie koreluje z dwoma grupowymi mechanizmami leczącymi, a mianowicie z katharsis i udzielaniem informacji. Im większej siły chcą nabierać pacjenci w trakcie terapii, tym mniej dostrzegają znaczenie możliwości odreagowania emocjonalnego i informacji od innych uczestników terapii.

Ponadto, im bardziej chcą być asertywni (czynnik ACL), tym mniejsze ma dla nich znaczenie czynnik leczący w postaci uniwersalizmu. Odwrotną korelację możemy też dostrzec pomiędzy dążeniem do osiągnięcia wysokiego poziomu uspołecznienia a docenianiem czynnika leczącego w postaci nabycia wglądu w siebie. Z tym ostatnim czynnikiem terapeutycznym wiąże się też negatywna korelacja osobowościowego czynnika niezadowolenia z siebie. Z kolei zmiany w zakresie dążenia do powściągliwości wiążą się negatywnie z dostrzeganiem znaczenia czynnika terapeutycznego naśladowanie innych/identyfikacja. Jedyna pozytywna

korelacja w tej grupie pacjentów to zależność pomiędzy niezadowoleniem z siebie a dostrzeganiem znaczenia modelowania innych jako czynnika terapeutycznego.

W grupie pacjentów wysoko oceniających znaczenie grupowych czynników terapeutycznych dostrzeżono tylko trzy istotne korelacje pomiędzy czynnikami idealnego obrazu siebie i grupowymi mechanizmami leczącymi.

Dążenie do uspołecznienia wiąże się z dostrzeganiem znaczenia czynnika spójności grupowej. Z kolei zmiany w dążeniu do niezadowolenia związane są z dostrzeganiem znaczenia czynnika korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej i wpajanie nadziei. Wydaje się, że pacjenci, którzy chcą się koncentrować na swoich porażkach, potrzebują innych, aby dostać akceptację i uwagę oraz pocieszenie i nadzieję na zmianę. Krótko mówiąc, bardziej koncentrują się na wsparciu zewnętrznym niż budowaniu swojej siły.

Grupy różnego poziomu oceny czynników leczących = niska ocena czynników leczących

Tabela 26. Korelacje Efekt: zmiana w obrębie... – obraz **idealny** i czynników leczących

	Altruizm	Spójność grupy	Uniwersalność	Uczenie się interpersonalne	Rozwój umiejętności społecznych	Udzielanie informacji	Katharsis	Naśladowanie/identyfikacja	Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy	Uzyskanie wglądu w siebie	Wpajanie nadziei	Czynniki egzystencjalne
Zmiana w obrębie siły osobowości	-0,066	-0,182	-0,183	0,142	-0,206	-0,376**	0,274*	-0,031	-0,174	-0,106	0,130	0,052
Zmiana w obrębie asertywności	-0,021	-0,061	-0,271*	0,058	-0,145	-0,230	-0,164	0,253	-0,201	-0,117	0,196	0,169
Zmiana w obrębie uspołecznienia	-0,171	0,050	0,118	0,075	-0,066	-0,204	0,050	-0,021	-0,220	0,336**	0,181	0,031

Zmiana w obrębie powściągliwości	-0,143	0,035	0,005	0,004	0,035	-0,032	0,193	-	0,423 **	-0,014	-0,025	-	-
Zmiana w obrębie niezadowolenia	0,049	0,196	0,149	0,065	-0,200	-0,065	0,180	0,322 *	-0,096	-0,271*	-	-	-
Zmiana w obrębie indywidualizmu	-0,034	-0,048	-0,133	0,067	-0,165	-0,058	-0,114	0,210	0,032	-0,097	0,029	-	-

Adnotacja: * - korelacja istotna na poziomie 0,05; ** - korelacja istotna na poziomie 0,01

Grupy różnego poziomu oceny czynników leczących = wysoka ocena czynników leczących

Tabela 27. Korelacje Efekt: zmiana w obrębie... – **obraz idealny** i czynników leczących

	Altruizm	Spójność grupy	Uniwersalność	Uczenie się interpersonalne	Rozwój umiejętności społecznych	Udzielanie informacji	Katharsis	Naśladowanie/identyfikacja	Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej	Uzyskanie wglądu w siebie	Wpajanie nadziei	Czynniki egzystencjalne
Zmiana w obrębie siły osobowości	0,105	0,236	0,158	0,232	0,165	0,071	-0,050	0,160	0,170	0,188	0,126	0,082
Zmiana w obrębie asertywności	0,175	0,149	-0,182	-0,101	-0,062	-0,016	-0,066	0,165	0,176	-0,054	-0,058	-0,123

Zmiana w obrębie powściągliwości	-0,172	0,287*	-0,050	0,051	0,122	0,120	0,235	0,072	0,197	0,213	0,117	0,051
Zmiana w obrębie niezadowolenia	-0,014	0,183	-0,072	0,037	0,002	0,076	-0,092	0,171	0,139	-0,028	-0,083	-0,016
Zmiana w obrębie indywidualizmu	0,126	0,247	0,019	0,228	0,001	0,077	0,034	0,043	0,377**	0,225	0,310*	0,065
Zmiana w obrębie uspoleczenia	-0,223	-0,131	-0,145	0,037	0,051	-0,074	0,073	-0,244	-0,170	-0,036	-0,094	0,045

Adnotacja: * - korelacja istotna na poziomie 0,05; ** - korelacja istotna na poziomie 0,01

Tabela 28. Korelacje postrzegania czynników leczących z efektami leczenia w grupie osób o wysokim wskaźniku występowania czynników leczących

	Efekt: sięganie po substancje (im mniejszy wynik, tym większy spadek sięgania po substancje)	Efekt: zachowania ryzykowne (im mniejszy wynik, tym większy spadek ryzykownego zachowania)	Efekt: akceptacja zachowań ryzykownych (im mniejszy wynik, tym większy spadek akceptacji zachowań ryzykownych)	Efekt: zmiana w obrębie celu życiowego (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie spójności wewnętrznej (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie kontroli życia (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie akceptacji śmierci (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie pustki egzystencjalnej (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie poszukiwania celów (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie osobowego sensu (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie równowagi postaw życiowych (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia koherencji (wynik ogólny SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia zrozumienia (SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia zaradności (SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia sensowności (SOC)
1.	0,052	0,117	0,037	0,049	0,113	-0,087	-0,104	0,066	0,012	0,088	-0,032	0,007	0,057	0,012	-0,064
	0,696	0,383	0,784	0,715	0,398	0,516	0,436	0,620	0,930	0,512	0,810	0,956	0,669	0,930	0,635
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
2.	0,040	-0,049	-0,382	0,027	-0,008	-0,037	-0,229	-0,069	-0,121	0,008	-0,019	0,068	0,054	-0,035	0,151
	0,766	0,717	0,003	0,842	0,950	0,784	0,084	0,607	0,367	0,950	0,886	0,612	0,690	0,792	0,259
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
3.	0,177	-0,211	-0,079	0,187	0,092	0,156	-0,025	-0,222	0,203	0,144	0,146	0,032	0,039	0,049	-0,006
	0,184	0,112	0,556	0,160	0,491	0,241	0,855	0,094	0,127	0,280	0,273	0,811	0,771	0,715	0,961
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
4.	0,166	-0,246	-0,162	0,104	0,223	0,017	0,000	-0,015	-0,085	0,177	0,142	0,081	0,163	0,064	-0,045
	0,212	0,062	0,225	0,436	0,093	0,900	0,999	0,912	0,528	0,184	0,287	0,546	0,221	0,631	0,737
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
5.	0,188	-0,154	0,015	-0,068	-0,065	-0,203	-0,189	0,006	-0,123	-0,070	-0,125	-0,110	-0,038	-0,120	-0,143
	0,157	0,247	0,911	0,613	0,629	0,127	0,154	0,963	0,356	0,601	0,349	0,412	0,777	0,370	0,285
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58

6.	-0,016	-0,080	-0,187	0,090	0,145	0,163	0,187	0,009	0,175	0,126	0,128	-0,030	-0,021	-0,035	-0,023
	0,907	0,550	0,161	0,499	0,278	0,222	0,159	0,947	0,190	0,345	0,339	0,824	0,875	0,794	0,864
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
7.	-0,097	-0,131	-0,316	-0,060	-0,047	0,017	-0,099	-0,001	0,054	-0,056	-0,078	-0,126	-0,082	-0,156	-0,096
	0,471	0,327	0,016	0,652	0,726	0,899	0,461	0,996	0,685	0,674	0,561	0,347	0,538	0,241	0,472
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
8.	-0,164	-0,126	-0,257	-0,102	-0,130	-0,116	-0,151	0,278	0,089	-0,124	-0,287	-0,208	-0,257	-0,106	-0,146
	0,219	0,345	0,051	0,445	0,332	0,386	0,259	0,034	0,505	0,355	0,029	0,117	0,052	0,428	0,273
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
9.	-0,022	-0,151	-0,172	0,073	0,057	0,068	-0,115	-0,035	-0,077	0,068	0,057	-0,110	-0,113	-0,050	-0,113
	0,872	0,257	0,198	0,585	0,672	0,610	0,389	0,796	0,566	0,611	0,673	0,410	0,400	0,709	0,399
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
10.	-0,043	-0,337	-0,328	0,106	0,045	-0,269	-0,221	-0,177	-0,210	0,078	0,032	0,059	0,003	0,114	0,053
	0,750	0,010	0,012	0,428	0,736	0,041	0,096	0,183	0,113	0,561	0,812	0,661	0,981	0,393	0,695
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
11.	0,203	-0,104	-0,081	-0,079	0,041	-0,170	-0,147	-0,061	-0,322	-0,016	0,013	-0,034	0,093	-0,099	-0,123
	0,126	0,437	0,545	0,554	0,760	0,203	0,272	0,651	0,014	0,904	0,924	0,798	0,487	0,460	0,359
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
12.	0,158	-0,162	-0,117	0,049	0,150	0,090	0,051	0,105	0,065	0,109	0,048	0,017	0,050	0,045	-0,057
	0,236	0,226	0,383	0,715	0,260	0,502	0,705	0,433	0,628	0,416	0,719	0,898	0,711	0,739	0,670
	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58

Numery w pierwszej kolumnie oznaczają kolejne czynniki leczące: altruizm (1), spójność grupy (2), uniwersalność (3), uczenie się interpersonalne (4), rozwój umiejętności społecznych (5), udzielanie informacji (6), katharsis (7), naśladowanie/identyfikacja (8), korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej (9), uzyskanie wglądu/zrozumienie siebie (10), wpajanie nadziei (11), czynniki egzystencjalne (12).

Tabela 29. Korelacje pomiędzy wskaźnikami aktywności społecznej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	Korzystałam/em z różnych form kultury, np. chodziłam/em do kina/teatru/na koncerty	Oglądałam/em filmy i seriale na różnych platformach (w telewizji lub w Internecie)	Czytałam/em e-booki, książki, czasopisma lub słuchałam/em audiobooków	Oglądałam/em, słuchałam/em, czytałam/em informacje o tym, co się dzieje w kraju/na świecie	Przygotowywałam/em, gotowałam/em sobie/innym posiłki	Podjęmowałam/em praktyki duchowe (modliłam/em się, medytowałam/em itp.)	Rozwijałam/em swoje pasje/hobby	Działam/em razem z innymi, realizując swoje pasje/hobby	Uprawiałam/em sport	Dbalam/em o higienę swojego ciała	Dbalam/em o swoje otoczenie, czystość, estetykę	Tworzyłam/em coś artystycznie (np. wiersze, teksty, muzykę, rysunki)	Poświęcałam/em czas na naukę nowych umiejętności (np. języka obcego)	Zabierałam/em głos (mówiłam/em swoje zdanie), kiedy rozmawiałam/em z innymi	Słuchałam/em w Internecie wykładów, podcastów itp.	Spełniałam/em, wywiązywałam/em się z tego, na co umówiłam/em się z innymi ludźmi	Przestrzegałam/em przepisów prawa	Brałam/em udział w wolontariacie	Na co dzień dbalam/em o środowisko naturalne, np. segregując śmieci, oszczędzając wodę itp.	Podjęmowałam/em wysiłki, żeby moje relacje z ważnymi dla mnie osobami były lepsze	Byłam/em aktywna/ny fizycznie, np. chodziłam/em na długie spacery lub jeździłam/em na rowerze/rolkach/deskorolce, itp.	Uprawiałam/em turystykę
1.	1,000	0,161*	0,178**	0,224**	0,188**	0,109	0,354**	0,386**	0,341**	0,254**	0,180**	0,291**	0,246**	0,112	0,194**	0,146*	0,033	0,183**	0,121	0,110	0,316**	0,326**
		0,018	0,008	0,001	0,006	0,110	0,000	0,000	0,000	0,000	0,008	0,000	0,000	0,101	0,004	0,031	0,632	0,007	0,076	0,107	0,000	0,000
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
2.	0,161*	1,000	0,209**	0,181**	0,234**	-0,004	0,064	0,016	0,053	0,096	0,025	0,058	0,099	0,052	0,116	0,039	0,095	0,030	0,014	0,191**	0,073	-0,045
	0,018		0,002	0,008	0,001	0,952	0,344	0,815	0,439	0,159	0,711	0,399	0,146	0,446	0,087	0,563	0,164	0,662	0,838	0,005	0,283	0,513
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
3.	0,178**	0,209**	1,000	0,172*	0,184**	0,265**	0,227**	0,203**	0,224**	0,246**	0,196**	0,287**	0,412**	0,152*	0,366**	0,134*	0,264**	0,230**	0,115	0,189**	0,251**	0,127

	0,008	0,002		0,011	0,007	0,000	0,001	0,003	0,001	0,000	0,004	0,000	0,000	0,025	0,000	0,048	0,000	0,001	0,092	0,005	0,000	0,062
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
4.	0,224**	0,181**	0,172*	1,000	0,188**	0,125	0,149*	0,140*	0,176**	0,143*	0,160*	0,073	0,296**	0,196**	0,395**	0,149*	0,067	0,065	0,191**	0,145*	0,106	0,144*
	0,001	0,008	0,011		0,006	0,066	0,028	0,039	0,009	0,035	0,018	0,282	0,000	0,004	0,000	0,028	0,328	0,341	0,005	0,032	0,119	0,034
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
5.	0,188**	0,234**	0,184**	0,188**	1,000	0,053	0,147*	0,119	0,232**	0,342**	0,324**	0,138*	0,241**	0,290**	0,147*	0,217**	0,211**	0,169*	0,219**	0,260**	0,311**	0,168*
	0,006	0,001	0,007	0,006		0,437	0,030	0,081	0,001	0,000	0,000	0,042	0,000	0,000	0,030	0,001	0,002	0,013	0,001	0,000	0,000	0,013
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
6.	0,109	-0,004	0,265**	0,125	0,053	1,000	0,281**	0,277**	0,237**	0,132	0,168*	0,241**	0,336**	0,070	0,284**	0,049	0,120	0,180**	0,157*	0,186**	0,137*	0,188**
	0,110	0,952	0,000	0,066	0,437		0,000	0,000	0,000	0,052	0,013	0,000	0,000	0,303	0,000	0,473	0,078	0,008	0,021	0,006	0,043	0,005
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
7.	0,354**	0,064	0,227**	0,149*	0,147*	0,281**	1,000	0,795**	0,597**	0,315**	0,358**	0,423**	0,439**	0,211**	0,182**	0,247**	0,052	0,151*	0,198**	0,294**	0,416**	0,208**
	0,000	0,344	0,001	0,028	0,030	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,007	0,000	0,445	0,027	0,003	0,000	0,000	0,002
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
8.	0,386**	0,016	0,203**	0,140*	0,119	0,277**	0,795**	1,000	0,602**	0,282**	0,360**	0,335**	0,424**	0,239**	0,222**	0,342**	0,064	0,227**	0,271**	0,338**	0,518**	0,354**
	0,000	0,815	0,003	0,039	0,081	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,347	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
9.	0,341**	0,053	0,224**	0,176**	0,232**	0,237**	0,597**	0,602**	1,000	0,318**	0,415**	0,195**	0,343**	0,239**	0,180**	0,307**	0,141*	0,235**	0,240**	0,345**	0,617**	0,323**
	0,000	0,439	0,001	0,009	0,001	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,004	0,000	0,000	0,008	0,000	0,039	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217

	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
10	0,254**	0,096	0,246**	0,143*	0,342**	0,132	0,315**	,282*	0,318**	1,000	0,633**	0,066	0,228**	0,217**	0,070	0,405**	0,204**	0,155*	0,260**	0,320**	0,339**	0,207**	
	0,000	0,159	0,000	0,035	0,000	0,052	0,000	0,000	0,000		0,000	0,336	0,001	0,001	0,303	0,000	0,003	0,022	0,000	0,000	0,000	0,002	
		217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
11	0,180**	0,025	0,196**	0,160*	0,324**	0,168*	0,358**	0,360**	0,415**	0,633**	1,000	0,124	0,255**	0,218**	0,103	0,428**	0,230**	0,158*	0,299**	0,400**	0,467**	0,234**	
	0,008	0,711	0,004	0,018	0,000	0,013	0,000	0,000	0,000	0,000		0,068	0,000	0,001	0,129	0,000	0,001	0,020	0,000	0,000	0,000	0,001	
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	
12	0,291**	0,058	0,287**	0,073	0,138*	0,241**	0,423**	0,335**	0,195**	0,066	0,124	1,000	0,448**	0,139*	0,338**	0,174*	0,059	0,178**	0,229**	0,164*	0,261**	0,188**	
	0,000	0,399	0,000	0,282	0,042	0,000	0,000	0,000	0,004	0,336	0,068		0,000	0,041	0,000	0,010	0,385	0,009	0,001	0,016	0,000	0,005	
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	
13	0,246**	0,099	0,412**	0,296**	0,241**	0,336**	0,439**	0,424**	0,343**	0,228**	0,255**	0,448**	1,000	0,340**	0,329**	0,291**	0,226**	0,233**	0,319**	0,314**	0,364**	0,350**	
	0,000	0,146	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,001	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	
14	0,112	0,052	0,152*	0,196**	0,290**	0,070	0,211**	0,239**	0,239**	0,217**	0,218**	0,139*	0,340**	1,000	0,287**	0,321**	-0,019	0,085*	0,138*	0,199**	0,219**	0,084	
	0,101	0,446	0,025	0,004	0,000	0,303	0,002	0,000	0,000	0,001	0,001	0,041	0,000		0,000	0,000	0,776	0,213	0,043	0,003	0,001	0,220	
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	
15	0,194**	0,116	0,366**	0,395**	0,147*	0,284**	0,182**	0,222**	0,180**	0,070	0,103	0,338**	0,329**	0,287**	1,000	0,144*	0,135*	0,120	0,225**	0,167*	0,190**	0,157*	
	0,004	0,087	0,000	0,000	0,030	0,000	0,007	0,001	0,008	0,303	0,129	0,000	0,000	0,000		0,034	0,047	0,078	0,001	0,014	0,005	0,021	
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	
16	0,146*	0,039	0,134*	0,149*	0,217**	0,049	0,247**	0,342**	0,307**	0,405**	0,428**	0,174*	0,291**	0,321**	0,144*	1,000	0,302**	0,123	0,329**	0,452**	0,415**	0,185**	

	0,03 1	0,563	0,048	0,028	0,001	0,473	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,010	0,000	0,000	0,034		0,000	0,070	0,000	0,000	0,000	0,006
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
17	0,03 3	0,095	0,264 **	0,067	0,211 **	0,120	0,052	0,064	0,141 *	0,204 **	0,230 **	0,059	0,226 **	- 0,019	0,135 *	0,302 **	1,000	0,129	0,445 **	0,261 **	0,195 **	0,115
	0,63 2	0,164	0,000	0,328	0,002	0,078	0,445	0,347	0,039	0,003	0,001	0,385	0,001	0,776	0,047	0,000		0,058	0,000	0,000	0,004	0,091
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
18	0,18 3**	0,030	0,230 **	0,065	0,169 *	0,180 **	0,151 *	0,227 **	0,235 **	0,155 *	0,158 **	0,178 **	0,233 **	0,085	0,120	0,123	0,129	1,000	0,199 **	0,196 **	0,247 **	0,225**
	0,00 7	0,662	0,001	0,341	0,013	0,008	0,027	0,001	0,000	0,022	0,020	0,009	0,001	0,213	0,078	0,070	0,058		0,003	0,004	0,000	0,001
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
19	0,12 1	0,014	0,115	0,191 **	0,219 **	0,157 *	0,198 **	0,271 **	0,240 **	0,260 **	0,299 **	0,229 **	0,319 **	0,138 *	0,225 **	0,329*	0,445 **	0,199 **	1,000	0,347 **	0,308 **	0,234**
	0,07 6	0,838	0,092	0,005	0,001	0,021	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,043	0,001	0,000	0,000	0,003		0,000	0,000	0,001
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
20	0,11 0	0,191 **	0,189 **	0,145 *	0,260 **	0,186 **	0,294 **	0,338 **	0,345 **	0,320 **	0,400 **	0,164 *	0,314 **	0,199 **	0,167 *	0,452 **	0,261 **	0,196 **	0,347 **	1,000	0,433 **	0,195**
	0,10 7	0,005	0,005	0,032	0,000	0,006	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,016	0,000	0,003	0,014	0,000	0,000	0,004	0,000		0,000	0,004
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
21	0,31 6**	0,073	0,251 **	0,106	0,311 **	0,137 *	0,416 **	0,518 **	0,617 **	0,339 **	0,467 **	0,261 **	0,364 **	0,219 **	0,190 **	0,415 **	0,195 **	0,247 **	0,308 **	0,433 **	1,000	0,397**
	0,00 0	0,283	0,000	0,119	0,000	0,043	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,005	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000		0,000
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217
22	0,32 6**	- 0,045	0,127	0,144 *	0,168 *	0,188 **	0,208 **	0,354 **	0,323 **	0,207 **	0,234 **	0,188 **	0,350 **	0,084	0,157 *	0,185 **	0,115	0,225 **	0,234 **	0,195 **	0,397 **	1,000

	0,00 0	0,513	0,062	0,034	0,013	0,005	0,002	0,000	0,000	0,002	0,001	0,005	0,000	0,220	0,021	0,006	0,091	0,001	0,001	0,004	0,000		
	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217	217

Warto podkreślić szereg korelacji (także umiarkowanych i silnych) pomiędzy zaangażowaniem w różne rodzaje aktywności. Takie powiązanie jest spodziewane, a w niektórych przypadkach „oczywiste”, gdy istnieje istotna korelacja między aktywnościami o zbliżonym charakterze (np. związanych z aktywnością fizyczną).

Interesujące są analizy wskazujące na związki wstępnej aktywności społecznej (sumarycznych odpowiedzi na pytanie o zaangażowanie w różne aktywności) z wynikami terapii.

Tabela 30. Globalny wskaźnik wstępnej aktywności społecznej a wyniki terapii

Sumaryczny wskaźnik działalności społecznej	Korelacja Pearsona	Efekt: zmiana w obrębie...													
		Efekt: sięganie po substancje (im mniejszy wynik, tym większy spadek sięgania po substancje)	Efekt: zachowania ryzykowne (im mniejszy wynik, tym większy spadek ryzykownego zachowania)	Efekt: akceptacja zachowań ryzykownych (im mniejszy wynik, tym większy spadek akceptacji zachowań ryzykownych)	Efekt: zmiana w obrębie celu życiowego (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie spójności wewnętrznej (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie kontroli życia (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie akceptacji śmierci (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie pustki egzystencjalnej (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie poszukiwania celów (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie osobowego sensu (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie równowagi postaw życiowych (KPŻ)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia koherencji (wynik ogólny SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia zrozumienia (SOC)	Efekt: zmiana w obrębie poczucia zaradności (SOC)
	-0,025	0,075	0,151*	-0,273**	-0,165*	-0,108	-0,037	0,166*	0,015	-0,235**	-0,239*	-0,198**	-0,150*	-0,103	-0,237**
Istotność (dwustronna)	0,717	0,270	0,026	0,000	0,015	0,113	0,592	0,015	0,829	0,001	0,000	0,003	0,027	0,132	0,000

Okazuje się, że osoby bardziej zaangażowane społecznie przed terapią mają niższe wyniki w zakresie akceptacji zachowań ryzykownych. Być może należy to interpretować tak, że duża aktywność i wynikająca z niej satysfakcja nie wiązała się z odczuciem porażki (sięgnięcia dna), które może być skuteczną trampoliną dla zaangażowania w terapię. Trudno jednak przesądzać, co spowodowało ten zaskakujący w kontekście teorii wynik.

W zakresie postaw życiowych zaangażowanie społeczne wiąże się także z wieloma istotnymi zmianami, aczkolwiek wnioski z nich nie są oczywiste i zgodne z założeniami teoretycznymi. Otóż okazuje się, że badani zaangażowani społecznie przed terapią mają trudności w znalezieniu celu życiowego, z którego wyprowadzają swój sens życia. Ten rodzaj aktywności koreluje też negatywnie z poczuciem spójności i wzmocnieniem swojej tożsamości. Podobną zależność można też dostrzec w innych zmianach postaw życiowych, a mianowicie w równowadze postaw życiowych i w obrębie osobowego sensu. Im większa aktywność społeczna, tym mniejsze zmiany w poczuciu sensu życia i akceptacji siebie, i swojego miejsca życiowego.

Pozytywny związek zarejestrowano jedynie w poczuciu pustki egzystencjalnej. Wyniki te mogą sugerować, że zaangażowanie społeczne przed terapią miało na celu uciekanie od poszukiwania refleksji nad sobą i swoim życiem, czyli miało raczej charakter instrumentalny.

Podobną sytuację można dostrzec w obszarze poczucia koherencji. Istotny statystycznie związek pojawił się w wyniku ogólnym oraz w skalach poczucia zrozumienia i sensowności. Wszystkie korelacje mają wartość ujemną, co wskazuje na fakt, że aktywność społeczna badanych nie sprzyja budowaniu zdrowia i wewnętrznej spójności.

3.7. Wnioski z badań

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Terapia metodą społeczności przynosi szereg korzyści, które są zgodne z oczekiwaniami. Generalnie osoby po zakończeniu terapii mają bardziej negatywne postawy wobec używania substancji psychoaktywnych (zarówno na poziomie wskaźnika globalnego, jak i poszczególnych substancji – marihuany, alkoholu, kokainy i innych psychostymulantów), mają bardziej negatywne postawy wobec innych zachowań ryzykownych (np. uzależnień behawioralnych), używają mniej substancji psychoaktywnych i lepiej oceniają swoje zdrowie. Jednocześnie niektóre spodziewane wskaźniki, jak poprawa poziomu tolerancji wobec osób defaworyzowanych, czy zmniejszenie częstotliwości palenia wyrobów tytoniowych, nie uległy poprawie.
2. W wyniku terapii pojawia się także wiele zmian o charakterze psychologicznym:
 - W zasadniczym stopniu w trakcie terapii zmienił się obraz realny u badanych, co świadczy o poprawie jakości funkcjonowania osobistego w większości analizowanych obszarów. Zmiany te miały charakter jakościowy i ilościowy, co przekłada się na zdrowszy styl funkcjonowania, ale też zbliża badanych do ich ideału rozwojowego. Osiągnięte zmiany wskazują, że badani wyszli z kryzysu rozwojowego wynikającego z zablokowanych tendencji rozwojowych (zbyt duża różnica pomiędzy obrazem realnym i idealnym). Ich realny obraz podniósł się, a idealny pozostał w większości taki, jaki był wcześniej (por. Higgins, 1996; Bąk, 2002).
 - Obraz idealny zmienił się nieznacznie, a zanotowane zmiany miały charakter konstruktywny, zgodny z założeniami terapii.
 - Zmiany w obrazie siebie na skutek uczestnictwa w terapii zaowocowały pogłębieniem rozumienia siebie i innych ludzi oraz wzrostem dojrzałości osobistej (NoCkd, Int, NP.,

A), co przekłada się na uruchomienie czynnika terapeutycznego w postaci uzyskania wglądu w siebie. Potwierdzają to wyniki Kwestionariusza Postaw Życiowych – zwłaszcza skale: osobowy sens i równowaga postaw życiowych.

- Wzrost jakości funkcjonowania w relacjach interpersonalnych (Int, Aff, Het). Badani sprawniej czują się w kontaktach towarzyskich i lubią towarzystwo innych ludzi oraz łatwiej im się przystosowywać do zmiennych sytuacji w grupie. Wzrosło także poczucie ich atrakcyjności w relacjach damsko-męskich, witalność oraz swoboda nawiązywaniu takiego typu relacji. Pozwala to zakładać uruchomienie podczas terapii mechanizmu leczącego w postaci uczenia się interpersonalnego.
- Zmiany w obrazie realnym w skalach funkcjonowania społecznego (Suc, Aba, Crs) wskazują mniejszą koncentrację na sobie i gotowość do wspierania innych. Badanych po ukończeniu terapii charakteryzuje większe poczucie bezpieczeństwa. Bardziej polegają na sobie i umiejętnie radzą sobie z kryzysami oraz konfliktami. Na skutek terapii stali się bardziej pewni siebie i odważnie upominają się o to, co ich zdaniem im się należy. W mniejszym stopniu zgłaszają też zapotrzebowanie na pomoc profesjonalną. U badanych pacjentów można dostrzec większą opiekuńczość i odpowiedzialność w relacjach z innymi, a także gotowość do wspierania innych.
- W porównaniu do poprzedniego badania charakteryzuje ich większa produktywność i niezawodność działania, a jednocześnie w większym stopniu są gotowi do wyrzeczeń, przedkładają obowiązki i zobowiązania nad przyjemności, czy szybkie nagrody. Podsumowując można ich określić jako osoby bardziej dojrzałe i kontrolujące swoje popędy. Ponadto, badanych charakteryzuje większa niezależność działania, sprawniejsze radzenie sobie z presją i stresem oraz bardziej realna ocena siebie i środowiska (NP, A, FC, AC), a więc możemy mówić o związku tych zmian z czynnikiem terapeutycznym: uniwersalizm, altruizm i rozwój umiejętności społecznych.
- Większa jest elastyczność funkcjonowania w zakresie relacji z innymi osobami, większe zrównoważenie, pilność i obowiązkowość kosztem spontaniczności i niepoahamowanych reakcji. Inną pozytywną zmianą jest zdolność do życia z inicjatywą i wierność swoim celom oraz łatwość odnajdywania się w relacjach towarzyskich czy też w grupie (P-Adj, S-Cfd, NP, A, AC). Można założyć, iż jest to wynik działania grupowego czynnika terapeutycznego w postaci spójności w grupie.

- Zmiany wyników Kwestionariusza Postaw Życiowych wskazują na uruchomienie w trakcie terapii czynnika nadziei i czynników egzystencjalnych.
- Istotne statystycznie zmiany badanych w zakresie analizy transakcyjnej (NP, A, FC, AC) można łączyć z czynnikiem terapeutycznym w postaci korektywnej rekapitulacji pierwotnej grupy rodzinnej.
- Silne zmiany w zakresie koherencji wskazują na znaczące podniesienie u badanych czynnika terapeutycznego w postaci uzyskania wglądu w siebie.

3. Badani postrzegają występowanie wszystkich dwunastu badanych czynników leczących:

- Postrzeganie przez badane osoby, które leczą się w społeczności terapeutycznej, poszczególnych czynników leczących jest zróżnicowane, niemniej występowanie wszystkich czynników oceniane jest wysoko.
- Najczęściej rozpoznawalnymi z perspektywy badanych czynnikami są: czynniki egzystencjalne, udzielanie informacji, rozwój umiejętności społecznych, katharsis oraz wpajanie nadziei.
- W perspektywie badanych społeczność terapeutyczna daje możliwość wymiany informacji zwrotnych między członkami grupy, a co za tym idzie – pozwala na lepsze rozumienie siebie i innych.
- Warunki społeczności terapeutycznej w opinii badanych uczestników terapii sprzyjają odreagowaniu napięć i skrywanych emocji.
- Prawdopodobne jest, że nauka nowych umiejętności, lepsze rozumienie siebie oraz poprawa umiejętności życia z ludźmi i gotowość do korzystania z ich pomocy powoduje wzrost nadziei na poprawę swojej sytuacji życiowej.
- Osoby uczestniczące w terapii dostrzegają spójność grupy, uniwersalność problemów, możliwość uczenia się od siebie nawzajem oraz zwiększanie świadomości swojego funkcjonowania.
- Najmniej zauważalne czynniki wśród badanych to: korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej, altruizm oraz naśladowanie/identyfikacja.
- Uświadamianie sobie związku między przeszłymi doświadczeniami związanymi z rodziną a obecną sytuacją ma w perspektywie badanych szczególne znaczenie. Jednak nie zawsze świadomość ta oznacza gotowość do zmiany relacji rodzinnych.
- Badani uczestnicy społeczności terapeutycznej dostrzegają warunki sprzyjające pomaganiu innym, jednak wydaje się, że w ich perspektywie osobom leczącym się najtrudniej jest zrezygnować z własnych potrzeb na rzecz potrzeb innych.

- W perspektywie uczestników badania społeczność terapeutyczna stwarza możliwość ujawniania wstydlivych dla nich spraw, identyfikacji z innymi. Prawdopodobne jest, że niskie postrzeganie gotowości do naśladowania kogoś, starania się do bycia jak ktoś, kto funkcjonuje lepiej, wynika z rosnącej świadomości autonomii i życia w zgodzie z sobą.
4. Generalnie badanie potwierdziło, że zastosowana typologia czynników leczących jest trafna, a narzędzie do jej pomiaru okazało się wysoko rzetelne. Wyniki sugerują raczej, że czynniki leczące (w kontekście percepcji pacjentów) stanowią jeden spójny konstrukt i tylko w ograniczony sposób mogą być traktowane oddzielnie jako predykatory efektów leczenia. Jednocześnie, w wymiarze postaw wobec zachowań ryzykownych (w tym używania substancji psychoaktywnych) jako najistotniejsze jawią się czynniki leczące, takie jak spójność grupy, katharsis i uzyskanie wglądu w siebie.
 5. Sytuacja życiowa na etapie rozpoczęcia terapii ma przełożenie na efekty. Nie we wszystkich przypadkach wpływ ten jest oczywisty. Może jednak stanowić pewną przesłankę do indywidualizacji oddziaływań.

4. Bibliografia

Ahmed, S., Abolmagd, S., Rakhawy, M., Erfan, S., Mamdouch, R. (2010). Therapeutic Factors in group psychotherapy: A study of Egyptian drug addicts. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5 (3-4), 194–213.

Amram, Y., Benbenishty, R. (2014). The impact of therapeutic factors on locus of control of addicts in therapeutic communities. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 9(4), 313–325. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2014.967576>.

Banaszak, M. (2018). *Głos w dyskusji o celach i metodach leczenia w Polsce osób uzależnionych od opioidów*. W: *Diagnozy, doświadczenia, praktyki*. Warszawa. Wyd. UW.

Banaszak, M. (2022). *Przewyciężyć uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Życie po terapii – sukcesy, nawroty, uwarunkowania*. Niepublikowana rozprawa doktorska roz. I. cz. 3. Repozytorium UW (0000-DR-72169-praca.pdf).

Barłóg, M.J. (2015). Uzależnienie od Internetu i jego osobowościowe determinanty. *Hygeia Public Health*, 50(1), 197–202.

Barney, A. (2021). *The evidence supporting therapeutic communities: the other side academy model*. Barneyattheothersideacademy.com, dostęp dn. 27.11.2023.

Bazuń, D. (2010). *MONAR- fenomen ruchu społecznego*. Zielona Góra; Wyd.UZ.

- Bąk, W. (2002). E. Tory Higginsa teoria rozbieżności ja. *Przegląd Psychologiczny*, T. 45, nr 1, 39–55.
- Bętkowska-Korpała, B., Gierowski, J. K., Ryniak, J., Kasprzak, J., Nolbrzak-Drozd, J., Starowicz, A. (2012). Profile osobowości w modelu Wielkiej Piątki u osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie. *Alkoholizm i Narkomania*, 25(2), 151–165.
- Bisaga, A., Wojnar, M. (2012). *Farmakologiczne leczenie uzależnień*. [W:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. KBPN.
- Bujalski, M., Moskalewicz, J. (2021). *Rozpowszechnienie zaburzeń związanych z alkoholem*. W: J. Moskalewicz, J. Wciórka, (red.). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Caplehorn, J.R., Dalton, M.S., Haldar, F., Petrenas, A.M., Nisbet, J.G. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance Use & Misuse*, 31(2), 177–196.
- Caputo, A. (2019). The experience of therapeutic community: Emotional and motivational dynamics of people with drug addiction following rehabilitation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(1), 151–165.
- Castonguay, L.G., Beutler L.E. (2005). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: Oxford University Press, 3–12.
- Cekiera, Cz. (1992). *Profilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*. Lublin. Wyd. KUL.
- Centrum e-Zdrowie. (2021). *Informacje o liczbie pacjentów, którym sprawozdano świadczenia związane z leczeniem uzależnienia*. Pobrane 24 listopada 2022 z: <https://ezdrowie.gov.pl/pobierz/uzaleznienia>.
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. (2012). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja*, Tom I, wydanie 2008.
- Chotim, E.R. (2022). Social Rehabilitation and Its Effectiveness in Narcotics Institutions for Integrated Citizens in Indonesia. *Budapest International Research and Critics Institute (BIRCI-Journal): Humanities and Social Sciences*, 5(2), 12138–12144.
- Cierpiałkowska, L. (2003). *Szanse i pułapki badań naukowych nad efektywnością psychoterapii*. [W:] M. Fajkowska-Stanik, K. Drat-Ruszczak, M. Marszał-Wiśniewska, Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej. Warszawa. Wydawnictwo Akademia Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.

- Cierpiałkowska, L., Kubiak, J. (2010). Niespecyficzne czynniki leczące a efektywność terapii alkoholików. *Nauka 2*.
- Cierpiałkowska, L., Ziarko, M. (2010). *Psychologia uzależnień: alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Profesjonalne.
- Clarke, J., Waring, ?. (2018). The Transformative Role of Interaction Rituals within Therapeutic Communities. *Sociology of Health and Illness* 40(8), 1277–93.
- Condelli, W.S., Dunteman, G.H. (1993). Exposure to methadone programs and heroin use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(1), 65–78.
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Velasquez, M., Donovan, D.M. (2015). *Etapy zmiany w terapii uzależnień. Wybór i planowanie interwencji*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Czabała, J.C. (1997). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czabała, C. (2023). Philip J. Flores, Jeffrey Roth, Barney Straus: Group psychotherapy with addicted populations. An Integration of Theory and Practice. 4th edition. New York, NY: Routledge; 2023, p. 282. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 36(2), 141–146. <https://doi.org/10.5114/ain.2023.133215>.
- Czapiński, J. (2015). Indywidualna jakość i styl życia. Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i Jakość Życia Polaków – Raport. *Contemporary Economics*, 9/4, 200–331, <https://doi.org/10.5709/ce.1897-9254.190>.
- Czuchry, M., Dansereau, D., Sia, T., Simpson, D. (1998). Using peer, self, and counselor ratings to evaluate treatment progress. *Journal of Psychoactive Drugs* 30, 81–87.
- Dąbrowski, K. (2021). *Dezintegracja pozytywna*. Wyd. PIW.
- De Leon, G. (2003). *Społeczność terapeutyczna. Teoria. Model. Metoda*. Warszawa; Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- De Leon, G., Unterrainer, H.F. (2020). The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders. *Front. Psychiatry*, 11: 786. Doi: 10.3389/fpsyt.2020.00786, dostęp dn. 3.11.2022.
- .
- DiClemente, C.C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. The Guilford Press.
- EMCDDA. (2022). *Statistical Bulletin 2022 — problem drug use*. Pobrane 13 listopada 2022 z: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/pdu_en.

- Etheridge, R.M., Hubbard, R.L. (2000). Conceptualizing and assessing treatment structure and process in community-based drug dependency treatment programs. *Substance Use Misuse*, 35(12-14), 1757–1795.
- Frankl, V.E. (2012). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Geller, S., Greenberg, L., (2017). *Obecność i zaangażowanie terapeuty*. Warszawa. Wyd. IPZ PTP.
- Gelso, R., Hayes, P. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk. Wyd. GWP.
- Gerhant, A., Olajossy, M. (2019). Self-image and selected clinical variables in the context of childhood abuse in subjects with alcohol dependence. *Current Problems of Psychiatry*, 20, 245–258.
- Głowik, T. (2019). Zmiana paradygmatów w leczeniu uzależnień. *Resocjalizacja Polska* 17, 91–101.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021*. Pobrano 26 listopada z: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/2/21/1/rocznik_statystyczny_rzeczypospolitej_polskiej_2021_18-02-2022.pdf.
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r*. Pobrane 24 listopada 2022 z: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/11/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_2020_korekta.pdf.
- Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r*. Pobrane 7 grudnia 2023 z: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/en/defaultaktualnosci/3325/1/14/1/health_and_health_care_in_2021.pdf.
- Haigh, R. (2023). The quintessence of a therapeutic environment Therapeutic Communities. *The International Journal of Therapeutic Communities*, 34 (1), 6–15. DOI: [org/10.1108/09641861311330464](https://doi.org/10.1108/09641861311330464), dostęp dn. 5.04.2023.
- Hartel, D.M., Schoenbaum, E.E., Selwyn, P.A., Kline, J., Davenny, K., Klein, R.S., Friedland, G.H. (1995). Heroin use during methadone maintenance treatment: the importance of methadone dose and cocaine use. *American Journal of Public Health*, 85(1), 83–88.
- Higgins, E.T. (1996). The „self digest”: Self-knowledge serving self-regulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1062–1083.

- Itzhar-Nabarro, Z., Silberschatz, G., Curtis, J.T. (2009). The Adjective Check List as an outcome measure: Assessment of personality change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19: 6, 707–717. DOI: [10.1080/10503300902988760](https://doi.org/10.1080/10503300902988760).
- Jabłoński, P., Puławska-Popielarz, K. (2012). *Zarys historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol*. [W:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. Wyd. KBPN.
- Jakubik, A., Popławska, J. (2002). Zespół uzależnienia od Internetu. *Studia Psychologica UKSW*, 4, 123–131.
- Januszewski, A. (2011). Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29). A comparison of the classical and hierarchical sense of coherence model. [W:] K. Janowski, S. Steuden (eds.). *The Multidisciplinary Approach to Health and Disease. Selected Papers*. Lublin: CPPP Scientific Press, s. 236–251.
- Jarczyńska, J. (2021). *Tożsamość młodzieży w świecie mediów cyfrowych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Życie – piękna katastrofa*. Wyd. Czarna Owca.
- Karpowicz, P. (2002). *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie. Duchowe aspekty leczenia uzależnienia*. Instytut Wydawniczy Kreator.
- Klamut, R. (2010). *Kwestionariusz Postaw KPŻ. Podręcznik do polskiej adaptacji kwestionariusza Life Attitude Profile Revised (LAP-R) Gary'ego T. Reker*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Koczurowska, J. (2012). *Spoleczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień*. [W:] Jabłoński, P., Bukowska, B., Czabała J.C. (red.). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 183–198.
- Koczurowska, J. (2012). *Psychoterapia dzieci i młodzieży z problemem narkotykowym*. [W:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Wyd. KBPN.
- Komenda Główna Policji, Biuro Ruchu Drogowego. (2022). *Wypadki drogowe w Polsce w 2021 roku*. Pobrane 24 listopada 2022 z: <https://statystyka.policja.pl/download/20/381967/Wypadkidrogowe2021.pdf>.
- Komenda Główna Policji, Biuro Ruchu Drogowego, (2023). *Wypadki drogowe w Polsce w 2022 roku*. Pobrane 07 grudnia 2023 z: <https://statystyka.policja.pl/download/20/403374/Wypadkidrogowe2022.pdf>.
- Kooyman, M. (2002). *Spoleczność terapeutyczna dla uzależnionych*. Wyd. KBPN.
- Kressel, D., De Leon, G., Palij, M., Rubin, G. (2000). Measuring client clinical progress in therapeutic community treatment: the therapeutic community client assessment inventory,

- client assessment summary, and staff assessment summary. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 267–272.
- Laudet, A.B., White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), 51–59. doi:10.1016/j.jsat.2009.06.003.
- Laudet, A.B., Becker, J.B., White, W.L. (2009). Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission 183 from illicit drug misuse. *Substance Use & Misuse*, 44(2), 227–252. doi:10.1080/10826080802714462.
- Lees, J., Manning, N., Rawlings, B. (2004). A culture of enquiry: research evidence and the therapeutic community. *Psychiatr Q.*, Fall; 75(3), 279–94. doi: 10.1023/b:psaq.0000031797.74295.f8. PMID: 15335230.
- Leon, G.D., Perfas, F.B., Joseph, A., Bunt, G. (2021). Therapeutic communities for addictions: essential elements, cultural, and current issues. [W:] *Textbook of Addiction Treatment* (pp. 697–707). Springer, Cham.
- Malczewski, A., Bevez, M., Dalmata, M., Jędruszek, Ł., Kidawa, M. (2020). *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020*. Wyd. KBPN.
- Marceau, E.M., Berry, J., Lunn, J., Kelly, P.J., Solowij, N. (2017). Cognitive remediation improves executive functions, self-regulation and quality of life in residents of a substance use disorder therapeutic community. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 150–158. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.04.023>, dostęp dn. 5.04.2023.
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. Wyd. IPZ.
- Melnick, G., Hawke, J., Wexler, H.K. (2004). Client perceptions of prison-based therapeutic community drug treatment programs. *The Prison Journal*, 84, 121–138.
- Michalak, M. (2013). Czynniki leczące w psychoterapii. Co naprawdę leczy? *Psychoterapia*, 1 (164), 15–21.
- Mikołajczyk, M. (2007). Korelaty osobowościowe używania substancji psychoaktywnych przez studentów. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88, 301–313.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265–277.
- Miller, W.R., Rolnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*. Kraków: Wyd. UJ.

Modrzyński, R. (2019). Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – propozycje zmian w klasyfikacji ICD-11. *Polskie Forum Psychologiczne*, 3(24), 324–333. <https://doi.org/10.14656/PFP20190304>.

Moskalewicz, J., Bujalski, M., Dąbrowska, K., Ostaszewski, K., Pisarska, A., Sierosławski, J., Stokwiszewski, J., Wciórka J., Wieczorek, Ł. (2021). *EZOP II Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań. Zaburzenia związane z używaniem substancji, hazard i ich uwarunkowania*. Pobrane 13 listopada 2022 z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Uzywanie-substancji.pdf

Moskalewicz, J., Langiewicz, W., Wciórka, J. (2021). Wstęp. W: J. Moskalewicz, J. Wciórka, (red.). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Moskalewicz, J., Wciórka, J. (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Orlinsky, D.E., Grawe, K., Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. [W:] A.E. Bergin, S.L. Garfield (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–376). John Wiley & Sons.

Ostaszewski, K., Poleszak, W. (2019). *Skuteczna profilaktyka stosowania substancji psychoaktywnych*. [W:] R. Porzak (red.). *Profilaktyka w szkole. Stan i rekomendacje dla systemu oddziaływań profilaktycznych w Polsce*. Lublin: Fundacja „Masz Szansę”, 190–204.

PARPA. (2014). *Przeciwdziałanie marginalizacji społecznej w kontekście rozwiązywania problemów alk. w Polsce*. Pobrane 11 listopada 2022 z: <https://www.parpa.pl/index.php/33-analazy-badania-raporty> .

Phillips, L.M. (2019). *Addiction recovery: an exploration of therapeutic community impact in Brazil*. Theses and Dissertations. 1057. <https://digitalcommons.pepperdine.edu/etd/1057>.

Poleszak, W. (2019). *Rekomendowane kierunki działań profilaktycznych*. [W:] M. Pawelec (red.). *Psychologia w zmieniającym się świecie*. Lublin: Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji.

Poleszak, W.P. (red.). (2013). *Oblicza uzależnień: Terapia jako przywracanie wolności*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe WSEI.

Poleszak, W., Porzak, R., Kata, G. (2019). *Profilaktyka a rozwój osobowości uczniów w wieku 17–19 lat*. [W:] R. Porzak (red.). *Profilaktyka w szkole. Stan i rekomendacje dla systemu oddziaływań profilaktycznych w Polsce*. Lublin: Fundacja „Masz Szansę”, 157–173.

- Pospiszyl, K. (1998). *Resocjalizacja. Teoretyczne podstawy oraz przykłady programu oddziaływań*. Warszawa, Wyd. Akademickie Żak.
- Prendergast, M.L., Wellisch, J., Wong, M. (1996). Residential treatment for women parolees following prison-based drug treatment experiences, needs and services outcomes. *Prison Journal*, 76(3), 253–274.
- Pyżalski, J. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*. Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Rachowska, E. (2012). *Społeczna reintegracja osób uzależnionych od narkotyków*. [W:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. Wyd. KBPN.
- Rakowska, J.M. (2019). Użyteczność kliniczna interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie - podsumowanie dyskusji. *Roczniki Psychologiczne*, 14(1), 69–89.
- Rogers, C.R. (1991). *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*. Wrocław: Thesaurus Press.
- Rowicka, M. (2021). Ryzykowne picie alkoholu. W: M. Rowicka, S. Postek, M. Zin-Sędek. *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.* (s. 23–25). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Pobrane 27 listopada 2022 z: https://www.parpa.pl/images/wzorykonsumpcji_2020.pdf
- Rowicka, M., Postek, S., Zin-Sędek M. (2021). Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Pobrane 27 listopada 2022 z: https://www.parpa.pl/images/wzorykonsumpcji_2020.pdf
- Ruiz, M.A., Pincus, A.L., Dickinson, K.A. (2003). NEO PI-R Predictors of alcohol use and alcohol related problems. *Journal of Personality Assessment*, 3, 226–236.
- Rybczyńska-Abdel-Kawy, ?. (2018). Cechy profilu osobowości pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. [W:] A. Kamiński, M. Dobijański. *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*. Warszawa: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pracowników Resocjalizacji oraz Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego, 19–34.
- Sempruch-Malinowska, K., Zygadło, M. (2012). *Redukcja szkód związana z przyjmowaniem środków psychoaktywnych*. [W:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. Wyd. KBPN.
- Sierosławski, J. (2012). Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 4(25), 347–356.

- Sierosławski, J. (2018). The ESPAD project: history and assumptions. Introduction to series of papers from the ESPAD study 1995-2015. Poland against the background of Europe. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 31(1), 1–16.
- Sierosławski, J. (2021). Rozpowszechnienie problemu narkotyków. [W:] J. Moskalewicz, J. Wciórka (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Sierosławski, J., Malczewski, A., Misiurek, A., Strzelecka, A., Jędruszek Ł., Leszczyńska, M. (2015). Część II. Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2014 roku. [W:] *Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych*. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Stachowiak-Andrysiak, M., Stelcer, B., Mikstacki, A., Kuliński, D., Tamowicz, B. (2012). Ocena stanu psychicznego pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek (pnn) i ich adaptacji do stresu spowodowanego chorobą. *Nowiny Lekarskie*, 81, 6, 636–640.
- Steward, S.H., Devine, H. (2000). Relations between personality and drinking motives in young people. *Personality and Individual Differences*, 29, 495–511.
- Strzelecki, J. (2018b). Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień, cz. II. *Serwis informacyjny Uzależnienia*, 2(82), 28–30.
- Strzelecki, J. (2018a). Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień, cz. I. *Serwis informacyjny Uzależnienia*, 1 (81), 26–31.
- Styła, R., Jędrasik-Styła, M. (2009). Co leczy w psychoterapii? [W:] Grzesiuk L., Styła R., (red.). *Psychoterapia bez tajemnic. Podstawowa wiedza i praktyczne wskazówki*. Warszawa: Difin, 97–113.
- Szcześniak, E. (2011). Proces psychoterapii indywidualnej i grupowej w leczeniu uzależnień. *Studia Gdańskie, Wizje i rzeczywistość*, 8, 293–302.
- Szulc, M. (2017). The change of the sense of coherence and self-efficacy of drug dependent persons treated in therapeutic community. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 30(3), 185–204. <https://doi.org/10.5114/ain.2017.71864>.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (2017). Cechy i doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii oraz skuteczność psychoterapii. Podejście strukturalne. *Psychiatria Polska*, 51(4), 619–631. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/62483>, dostęp dn. 4.05.2023.

- Tatarsky, A. (2020). *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*. Wyd. KBPN.
- Tokarska, B. (2012). Społeczność korekcyjna jako metoda pracy z młodzieżą zagrożoną niedostosowaniem społecznym w świetlicy środowiskowej. W: P. Adamiak, J. Pyżalski (red.). *Model Działań Systemowych*. Łódź.
- Tokarska, B. (2022). Specyfika i uwarunkowania sytuacji pracy terapeutów uzależnień pracujących metodą społeczności terapeutycznej. (Niepublikowana rozprawa doktorska, dostępna w repozytorium.amu.edu.pl).
- Trujols, J., Iraurgi, I., Oviedo-Joekes, E., Guàrdia-Olmos, J. (2014). A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient preference and adherence*, 8, 107–117. <https://doi.org/10.2147/PPA.S52060>.
- Vanderplasschen, W., Vandeveldel, S., Broekaert, E. (2018). Background, current state and future of therapeutic communities for addictions in Europe. *Wege aus der Sucht*, nr 108.
- Vanderplasschen, W., Vandeveldel, S., Broekaert, E. (2013). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. Wyd. European monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Vinogradov, S., Yalom, I. (2006). *Psychoterapia grupowa*. Krótki przewodnik dla terapeutów. Wyd. IPZ.
- WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Pobrane 11 listopada 2022 z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> .
- WHO. (b.d.). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (wersja: 02/2022)*. Pobrane 11 listopada 2022 z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> .
- WHO. (b.d.). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. Pobrane 11 listopada 2022 z: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> .
- Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Wyd. Media Rodzina.
- Yalom, I., Leszcz, M. (2006). *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Wyd. UJ.
- Zalewska, E. (2009). Osobowościowe korelaty uzależnienia od alkoholu oraz efekty terapii osób uzależnionych. [W:] Siuta, J. (red.). *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 191–205.
- Zboralski, K., Gałęcki, P., Orzechowska, A., Berent, D., Talarowska, M. (2011). Obraz własnej osoby i akceptacja siebie a osiągnięte efekty terapeutyczne u pacjentów chorych psychicznie oraz

somatycznie – badania porównawcze. *Current Problem of Psychiatry*, Vol.12 (Issue 3), 276–284.

ANEKS

ZAŁĄCZNIK 1

Dzień dobry,

W ciągu następných kilkunastu miesięcy będziemy Cię prosić o udzielenie odpowiedzi na kilka ankiet. W celu wykonania analiz statystycznych musimy połączyć ankiety wypełnione przez tę samą osobę w różnym czasie. Jednocześnie pragniemy zagwarantować Ci anonimowość. Dlatego postanowiliśmy wykorzystać pewien system pozwalający na spełnienie obu powyższych warunków: bardzo prosimy, abyś w poniższe kratki wpisał/a trzecią literę pierwszego imienia, trzecią literę nazwiska, pierwszą literę miejscowości urodzenia oraz ostatnią cyfrę roku urodzenia.

Trzecia litera pierwszego imienia (w wersji bez zdrobnienia): np. Grzegorz, proszę niżej wpisać “Z”	Trzecia litera nazwiska np. Kowalski, proszę niżej wpisać “W”	Pierwsza litera miejscowości urodzenia np. Kraków, proszę niżej wpisać “K”	Ostatnia cyfra roku urodzenia np. 1997, proszę niżej wpisać “7”

1. Poniżej pytamy, czy i z jakich form pomocy i leczenia korzystałaś/eś kiedykolwiek przed przyjściem do obecnego Ośrodka

Forma pomocy	Nie korzystałam /em	Korzystałam /em raz	Korzystałam /em dwa-trzy razy	Korzystałam /em więcej razy
Leczenie psychiatryczne (pobyt) w szpitalu				
Oddział dzienny szpitala				
Konsultacje/leczenie u psychiatry w poradni lub gabinecie				
Psychoterapia lub pomoc psychologiczna nie związana z uzależnieniem				
Detoksykacja				

Spotkania indywidualne (konsultacje, terapia) w poradni leczenia uzależnień				
Spotkania grupowe w poradni leczenia uzależnień				
Grupy wsparcia (Anonimowi Alkoholicy, Anonimowi Narkomani itp.)				
Leczenie substytucyjne				
Leczenie w ośrodku stacjonarnym				
Korzystanie z programów postrehabilitacyjnych (hostel, mieszkanie readaptacyjne)				

2. Poniżej zamieszczono listę różnych działań, które mogłaś/eś podejmować w okresie **SZEŚCIU MIESIĘCY PRZED PRZYJŚCIEM** do obecnego Ośrodka. Zaznacz proszę, **czy i jak często** je podejmowałaś/eś

W okresie sześciu miesięcy przed przyjściem do obecnego Ośrodka:	Wcale	Bardzo rzadko	Rzadko	Często	Bardzo często
Korzystałam/em z różnych form kultury, np. chodziłam/em do kina/teatru/na koncerty					
Oglądałam/em filmy i seriale na różnych platformach (w telewizji lub w Internecie)					
Czytałam/em e-booki, książki, czasopisma lub słuchałam/em audiobooków					
Oglądałam/em, słuchałam/em, czytałam/em informacje o tym, co się dzieje w kraju/na świecie					
Przygotowywałam/em, gotowałam/em sobie/innym posiłki					

Podejmowałam/em praktyki duchowe (modliłam/em się, medytowałam/em itp.)					
Rozwijałam/em swoje pasje/hobby					
Działałam/em razem z innymi, realizując swoje pasje/hobby					
Uprawiałam/em sport					
Dbiałam/em o higienę swojego ciała					
Dbiałam/em o swoje otoczenie, czystość, estetykę					
Tworzyłam/em coś artystycznie (np. wiersze, teksty, muzykę, rysunki)					
Poświęcałam/em czas na naukę nowych umiejętności (np. języka obcego)					
Zabierałam/em głos (mówiłam/em swoje zdanie), kiedy rozmawiałam/em z innymi					
Słuchałam/em w Internecie wykładów, podcastów itp.					
Spełniałam/em, wywiązywałam się z tego, na co umówiłam/em się z innymi ludźmi					
Przestrzegałam/em przepisów prawa					
Brałam/em udział w wolontariacie					
Na co dzień dbałam/em o środowisko naturalne, np. segregując śmieci, oszczędzając wodę itp.					
Podejmowałam/em wysiłki, żeby moje relacje z ważnymi dla mnie osobami były lepsze					

Byłam/em aktywna/y fizycznie, np. chodziłam/em na długie spacery lub jeździłam/em na rowerze/rolkach/deskorolce, itp.					
Uprawiałam/em turystykę					

3. Poniżej pytamy o używanie przez Ciebie różnych substancji psychoaktywnych w ciągu kilku okresów Twojego życia (kiedykolwiek, w ostatnim roku i ostatnich 30 dniach).

Rodzaj substancji	Używałam/em kiedykolwiek w życiu	Używałam/em w ciągu ostatniego roku	Używałam/em w ciągu ostatnich 30 dni
Papierosy lub e-papierosy			
Heroina, metadon lub inne środki o podobnym działaniu			
Marihuana, haszysz lub inne środki o podobnym działaniu			
Barbiturany, benzodiazepiny, leki uspokajające i nasenne lub inne środki o podobnym działaniu			
Kokaina, crack lub inne środki o podobnym działaniu			
Amfetamina, metamfetamina, ekstazy lub inne środki o podobnym działaniu			
LSD, grzyby halucynogenne lub inne środki o podobnym działaniu			
Alkohol			
Substancje wziewne			
GHB, GBL, inne leki lub inne substancje wcześniej nie wymienione			
Dopalacze			

4. Poniżej wymieniliśmy różne zachowania, z którymi człowiek może mieć problemy. Proszę zaznaczyć, czy dotyczą one Ciebie.

	Mam z tym problemy	Nie mam z tym problemów
Nadmierne korzystanie z komputera, Internetu		
Uprawianie hazardu		
Korzystanie z pornografii		
Nadmierne zakupy		
Niekontrolowane zachowania seksualne		

5. Zaznacz, w jakim stopniu akceptujesz lub nie akceptujesz wykonywanie przez Ciebie czynności wymienionych niżej

	Zdecydowanie akceptuję	Raczej akceptuję	Nie mam zdania/ trudno powiedzieć	Raczej nie akceptuję	Zdecydowanie nie akceptuję
Palenie papierosów/ e-papierosów					
Używanie marihuany i substancji o podobnym działaniu					
Używanie innych narkotyków/ Dopalaczy					
Picie alkoholu					
Uprawianie hazardu					
Korzystanie z pornografii					
Nadmierne					

korzystanie z Internetu, komputera lub smartfona					
Podejmowanie przypadkowych kontaktów seksualnych					

6. Odnieś się proszę do poniższych stwierdzeń dotyczących Ciebie w okresie **SZEŚCIU MIESIĘCY PRZED PRZYJŚCIEM** do obecnego Ośrodka.

W okresie sześciu miesięcy przed przyjściem do obecnego Ośrodka:	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
Potrafiłam/em radzić sobie z nieprzyjemnymi emocjami bez alkoholu i narkotyków				
Potrafiłam/em nawiązywać nowe kontakty bez alkoholu i narkotyków				
Umiałam/em znaleźć rozwiązania swoich problemów bez alkoholu i narkotyków				
Byłam/em zadowolona/y z tego, jak spędzam czas z innymi bez alkoholu i narkotyków				
Byłam/em zadowolona/y ze sposobu, w jaki żyję bez alkoholu i narkotyków				
Miałam/em bliskie, ważne dla mnie relacje bez alkoholu i narkotyków				

7. W stosunku do większości moich rówieśniczek/rówieśników moje zdrowie jest:
(zaznacz właściwą odpowiedź)

● dużo gorsze

● trochę gorsze

- takie samo/bardzo podobne
- trochę lepsze
- dużo lepsze

8. Uważam się za osobę tolerancyjną, jeśli chodzi o:

- wyznanie/religię inną niż moja TAK NIE
- orientację seksualną innych ludzi TAK NIE
- kolor skóry lub narodowość innych ludzi TAK NIE
- niepełnosprawność innych ludzi TAK NIE

9. Proszę zaznaczyć swoją płeć:

Kobieta

Mężczyzna

inna

10. Rok urodzenia (rozwijana lista: 1992-2004)

11. Proszę zaznaczyć swoje wykształcenie:

niepełne podstawowe

podstawowe

niepełne gimnazjalne

gimnazjalne

- niepełne zawodowe
- zawodowe
- niepełne średnie
- średnie
- niepełne wyższe licencjackie
- wyższe z tytułem licencjata
- niepełne wyższe magisterskie
- wyższe magisterskie
- niepełne wyższe inżynierskie
- wyższe z tytułem inżyniera
- niepełne doktoranckie
- doktorat lub wyżej

12. Jaka jest aktualnie Twoja sytuacja osobista? (możesz zaznaczyć wiele)

- jestem zamężna/żonaty
- jestem w związku partnerskim (krócej niż pół roku)
- jestem w związku partnerskim (dłużej niż pół roku)
- jestem w separacji
- jestem rozwiedziony/rozwiedziona
- jestem wdową/wdowcem
- jestem sam/a

13. Czy masz orzeczenie o niepełnosprawności?

Tak Nie

14. Poniżej są różne zdania dotyczące sytuacji zawodowej. Odnieś się proszę do każdej z nich w zależności od tego, czy dotyczyła Ciebie w OSTATNICH SZEŚCIU MIESIĄCACH

pracowałam/em na umowę o pracę Tak Nie

pracowałam/em na umowę zlecenie Tak Nie

prowadziłam/em własną działalność Tak Nie

pracowałam/em bez umowy Tak Nie

byłam/em bezrobotna/y Tak Nie

korzystałam/em z zasiłków stałych Tak Nie

korzystałam/em z zasiłków okresowych Tak Nie

korzystałam/em z renty Tak Nie

Załącznik 2 (narzędzie do badania czynników leczących w społeczności terapeutycznej)

Poniżej znajdują się pytania dotyczące społeczności terapeutycznych.

Zakreśl proszę swoją opinię pod każdym stwierdzeniem zawartym w tabeli poniżej, odnosząc się w odpowiedzi do społeczności, której członkiem jestes obecnie.

OPIS /charakterystyka czynnika leczącego				
1. Bycie członkiem społeczności sprawia, że w niektórych sytuacjach potrafię postawić potrzeby innych nad moje własne				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. W społeczności doświadczam, że potrzeby innych ludzi mogą być/są ważniejsze niż moje własne				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. W społeczności doświadczam sytuacji, w których zapominam o sobie i myślę o tym, jak pomóc innym				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. Mam poczucie, że w społeczności daję innym część siebie				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. W społeczności mam możliwość pomagania innym i bycia dla nich kimś ważnym				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
1. Czuję, że przynależę do społeczności i jestem przez nią akceptowana/y				

Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. W społeczności ważny jest dla mnie ciągły bliski kontakt z innymi ludźmi				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. W społeczności doświadczam sytuacji, w których mogę ujawnić krępujące rzeczy o sobie i mimo to jestem akceptowana/y przez grupę				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. Będąc w społeczności doświadczam tego, że nie jestem samotna/y				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. Mam poczucie, że będąc członkiem społeczności jestem wśród grupy ludzi, którzy mnie rozumieją				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
1. Będąc w społeczności mam poczucie, że wiele osób ma problemy podobne do moich				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. Będąc wśród członków społeczności zauważam, że byłam/em w równie dobrym położeniu jak inni				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. W społeczności inni dzielą ze mną niektóre przykre myśli i uczucia				
Zdecydowa	Raczej	Raczej	Zdecydow	Trudno

nie tak <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	anie nie <input type="checkbox"/>	powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. W społeczności przekonuję się, że inni członkowie społeczności mieli sytuację rodzinną lub doświadczenie życiowe podobne jak moje				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. W społeczności przekonuję się, że nie różnię się bardzo od innych, co daje mi poczucie, że jestem wśród swoich				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
1. Osoby, z którymi przebywam w społeczności, uświadamiają mi, jakie wrażenie na nich wywieram				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. W społeczności przekonuję się, jakie emocje wywołuję w innych ludziach				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. Inni członkowie społeczności zwykle szczerze mówią, co o mnie myślą				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. W społeczności inni pokazują mi, że niektóre moje nawyki lub charakterystyczne zachowania drażnią innych ludzi				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. W społeczności przekonuję się, że niekiedy wprawiam ludzi w zakłopotanie, nie mówiąc im tego, co naprawdę o nich myślę				
Zdecydowa	Raczej	Raczej	Zdecydow	Trudno

nie tak <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	anie nie <input type="checkbox"/>	powiedzieć <input type="checkbox"/>
1. Będąc w społeczności poprawiam swoje umiejętności życia z ludźmi				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. Mam poczucie, że coraz bardziej ufam członkom społeczności i innym ludziom				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. W społeczności uświadamiam sobie, w jaki sposób / nawiązuję relacje z innymi ludźmi				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. W społeczności uczę się, jak być bliżej z innymi ludźmi				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. Mam możliwość przezwyciężania moich trudności w relacjach z niektórymi członkami społeczności				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>

1. W ośrodku otrzymuję sugestie lub porady od terapeutów , dotyczące tego, co mam zrobić.				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. W ośrodku otrzymuję sugestie lub porady od członków społeczności dotyczące tego, co mam zrobić				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dzięki wypowiedziom innych członków społeczności mogę lepiej zrozumieć swojej problemy.				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. W społeczności mam okazję dostać od kogoś konkretne sugestie, dotyczące rozwiązania jakiegoś życiowego problemu				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. Członkowie społeczności, udzielają mi porad, abym zachowywał się inaczej w stosunku do ważnych osób w moim życiu				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
1. Będąc wśród członków społeczności czuję, że mogę powiedzieć o wszystkim, co mnie boli				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. Będąc w społeczności uczę się wyrażania uczuć wobec innych osób w społeczności				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. Będąc w społeczności czuję, że mogę wyrażać uczucia wobec terapeutów				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. Będąc w społeczności uczę się wyrażania swoich uczuć				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>

5. Będąc w społeczności uczę się mówienia o tym, co mnie dęczy				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
1. Staram się o to, żeby brać przykład z kogoś, kto lepiej ode mnie funkcjonuje w społeczności				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. Dzięki temu, że inni członkowie społeczności otwarcie mówią o wstydlivych sprawach, ja też mogę mówić o takich rzeczach				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. Będąc w społeczności przyswajam sobie niektóre charakterystyczne zachowania lub styl bycia innego członka społeczności				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. Terapeuta jest dla nie wzorem, dlatego staram się zachowywać tak jak on				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. Będąc w społeczności znajduję w grupie kogoś, na kim mogę się wzorować				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
1. Bycie w społeczności jest w pewnym sensie jak ponowne przeżycie i zrozumienie mojego życia w rodzinie, w której dorastałem.				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. Bycie w społeczności pomaga mi zrozumieć dawne konflikty z				

rodzicami, rodzeństwem lub innymi ważnymi osobami				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. W społeczności doświadczam akceptacji i zrozumienia				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. Bycie w społeczności pomaga lepiej zrozumieć, jak byłem wychowywany w rodzinie				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. W społeczności niektórzy członkowie lub terapeuci są jak rodzina. Dzięki temu lepiej rozumiem swoje dawne relacje z rodzicami (rodzeństwem itd.)				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>

1. Będąc w społeczności lepiej rozumiem, że mój stosunek do różnych osób wynika z wcześniejszych doświadczeń z ludźmi				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. Będąc w społeczności lepiej rozumiem niektóre przyczyny moich problemów				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. Będąc w społeczności odkrywam i akceptuję wcześniej nieznaną lub nieakceptowaną część mojego Ja				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. Będąc w społeczności przekonuję się, że na niektórych ludzi lub sytuacje reaguję nierealistycznie (uczuciami, które w jakiś sposób				

należą do wcześniejszych okresów mojego życia)				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. Będąc w społeczności przekonuję się, że moje dzisiejsze uczucia i zachowania mają związek z moim dzieciństwem i dorastaniem				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
1. Dostrzegam, że u innych osób w społeczności następuje poprawa i to dodaje mi otuchy				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. Będąc w społeczności dowiaduję się, że inni członkowie społeczności rozwiązali problemy podobne do moich				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. Będąc w społeczności obserwuję, jak inni członkowie społeczności rozwiązują problemy podobne do moich				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. Obserwowanie postępów innych członków społeczności motywuje mnie do pracy nad sobą				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. Świadomość, że społeczność pomogła innym z problemami podobnymi do moich, jest dla mnie zachętą do korzystania z pomocy innych				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>

1. Będąc w społeczności uczę się godzić z tym, że życie jest czasami krzywdzące i niesprawiedliwe.				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
2. Będąc w społeczności godzę się z tym, że ostatecznie nie ma ucieczki od niektórych życiowych cierpień				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
3. Będąc w społeczności zaczynam rozumieć, że niezależnie od tego, jak bardzo zbliżę się do innych ludzi, sam/a muszę mierzyć się z trudnościami				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
4. Będąc w społeczności odkrywam, że zmaganie się z najważniejszymi sprawami dotyczącymi życia i śmierci sprawia, że staram się żyć bardziej uczciwie i nie przejmować się tak bardzo błahostkami				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>
5. W społeczności przekonuję się, że muszę wziąć na siebie ostateczną odpowiedzialność za własne życie, niezależnie od porad i wsparcia, jakie otrzymuję od innych				
Zdecydowa nie tak <input type="checkbox"/>	Raczej tak <input type="checkbox"/>	Raczej nie <input type="checkbox"/>	Zdecydow anie nie <input type="checkbox"/>	Trudno powiedzieć <input type="checkbox"/>

Dziękujemy za poświęcony czas!

