



Złożenie pracy online:
2025-06-12 11:12:19
Kod pracy:
15232/49701/CloudA

Karina Chrzanowska
(nr albumu: 25358)

Praca magisterska

Struktura osobowości i lęk, a skłonność do uzależnień od substancji psychoaktywnych - wielokrotne studium przypadku

Personality structure and anxiety and propensity to substance abuse - a multiple case study

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Agnieszka Chmielowska-Marmucka

Streszczenie

Celem pracy było zbadanie zależności pomiędzy strukturą osobowości i poziomem lęku a skłonnością do uzależnień od substancji psychoaktywnych. Analizie poddano wielokrotne studia przypadków osób uczestniczących w terapii uzależnień w specjalistycznych ośrodkach leczenia. W badaniu zastosowano standaryzowane narzędzia psychometryczne, takie jak NEO-FFI, EPQ-R, STAI oraz test Cattella, w celu oceny cech osobowości i poziomu lęku. Wyniki wskazują na istotne powiązania między wysokim poziomem neurotyczności, niską ugodowością oraz nasilonym lękiem a podatnością na uzależnienia. Ponadto zauważono specyficzne wzorce osobowościowe w odniesieniu do rodzaju używanych substancji. Wnioski z pracy mogą przyczynić się do skuteczniejszego różnicowania strategii terapeutycznych i profilaktycznych w pracy z osobami uzależnionymi.

Słowa kluczowe

osobowość, lęk, uzależnienie, substancje psychoaktywne, neurotyczność, wielokrotne studium przypadku



Abstract

The aim of this thesis was to examine the relationship between personality structure and anxiety levels, and the tendency to develop addictions to psychoactive substances. The study involved multiple case analyses of individuals undergoing addiction therapy in specialized treatment centers. Standardized psychometric tools, including the NEO-FFI, EPQ-R, STAI, and Cattell's test, were used to assess personality traits and anxiety levels. The results indicate significant associations between high levels of neuroticism, low agreeableness, and elevated anxiety with susceptibility to addiction. Furthermore, specific personality patterns were observed in relation to the types of substances used. The findings may contribute to more effective differentiation of therapeutic and preventive strategies in working with individuals struggling with addiction.

Keywords

personality, anxiety, addiction, psychoactive substances, neuroticism, multiple case study



Spis treści

Spis treści.....	1
Wstęp.....	5
Rozdział 1. Osobowość - istota, definicje i znaczenie	6
1.1. Definicje osobowości.	6
1.2. Główne teorie osobowości.....	8
1.2.1. Teoria osobowości według W.G. Allporta.	8
1.2.2. Teoria pięcioczynnikowa P.T. Costy i R.R. McCare.....	10
1.3. Wpływ osobowości na zachowanie i podejmowane decyzje	12
1.3.1. Osobowość a indywidualne wzorce zachowań	12
1.3.2. Wpływ osobowości na funkcjonowanie psychiczne i społeczne	13
Rozdział 2. Problematyka uzależnień	13
2.1. Definicje uzależnień	15
2.1.1. Kryteria diagnostyczne uzależnień według ICD-10 i DSM-5	16
2.1.2. ICD-10 -klasyczne podejście do diagnozy uzależnień	16
2.1.3. ICD-11 - współczesne podejście.....	17
2.1.4. DSM-5 - zintegrowany model diagnozy	18
2.1.5. Podobieństwa i różnice między klasyfikacjami.....	19
2.2. Podstawowe typy uzależnień psychoaktywnych	20
2.3. Objawy uzależnień i jego skutki	21
2.3.1. Uzależnienie od alkoholu	22
2.3.2. Uzależnienie od opioidów.....	24
2.3.3. Uzależnienie od substancji stymulujących	25
2.3.4. Uzależnienie od leków uspokajających i nasennych.....	26
2.3.5. Uzależnienie od kannabinoidów	27
2.3.6. Uzależnienie od halucynogenów.....	28
2.4. Mechanizmy powstawania uzależnień	29
2.4.1. Czynniki podmiotowe w rozwoju uzależnień	30
2.4.2. Czynniki środowiskowe.....	32
2.5. Rola substancji psychoaktywnych w uzależnieniach	34
Rozdział 3. Związek między osobowością, a uzależnieniem	35



3.1.	Osobowość i lęk jako kluczowy element rozwoju uzależnienia	36
3.2.	Cechy osobowości sprzyjające uzależnieniom	38
3.3.	Modele psychologiczne wyjaśniające zależność między osobowością, a uzależnieniem	40
3.3.1.	Modele uzależnień od dopaminy.....	42
3.3.2.	Teorie temperamentu Cloninger'a	43
3.3.3.	Rola temperamentu w rozwoju uzależnienia.....	44
3.3.4.	Zastosowanie teorii temperamentu w terapii uzależnień	44
3.4.	Osobowość a procesie uzależnienia od substancji psychoaktywnych	45
3.4.1.	Cechy osobowości sprzyjające uzależnieniom	45
3.4.2.	Zdolność do samoregulacji emocji a uzależnienia.....	46
3.5.	Przegląd badań	46
Rozdział 4 Analiza badań własnych.....		48
4.1.	Procedura studium przypadku.....	50
4.2.	Uzasadnienie wyboru tematu i zastosowania studium przypadku	50
4.3.	Problemy i hipotezy badawcze.....	51
4.4.	Charakterystyka zastosowanych metod badawczych.....	52
4.4.1.	Inwentarz osobowości NEO-FFI.....	53
4.4.2.	Kwestionariusz osobowości Eysencka EPQ-R.....	54
4.4.3.	Inwentarz stanu i cechy lęku STAI	55
4.4.4.	Arkusze Samopoznania R. B. Cattella-lęk jawny, ukryty.....	56
4.5.	Grupa badana	57
4.5.1.	Kryteria doboru osób badanych.	58
4.5.2.	Liczebność i struktura grupy.....	58
Rozdział 5. Wielokrotne studia przypadków.....		58
5.1.	Studium przypadku (osoba badana I)	59
5.1.1.	Informacje z wywiadu	60
5.1.2.	Interpretacja wyników poszczególnych testów test	61
5.1.3.	Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii	65
5.1.4.	Podsumowanie studium przypadku i wnioski.....	66
5.2.	Studium przypadku (osoba badana II)	67
5.2.1.	Informacja z wywiadu	67



5.2.2.	Interpretacja wyników poszczególnych tekstów.....	69
5.2.3.	Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii	73
5.2.4.	Podsumowanie studium przypadku i wnioski.....	73
5.3.	Studium przypadku (osoba badana III)	74
5.3.1.	Informacja z wywiadu	75
5.3.2.	Interpretacja wyników poszczególnych tekstów.....	76
5.3.3.	Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii	80
5.3.4.	Podsumowanie studium przypadku i wnioski.....	81
5.4.	Studium przypadku (osoba badana IV)	82
5.4.1.	Informacja z wywiadu	82
5.4.2.	Interpretacja wyników poszczególnych tekstów.....	84
5.4.3.	Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii	88
5.4.4.	Podsumowanie studium przypadku i wnioski.....	88
5.5.	Studium przypadku (osoba badana V)	89
5.5.1.	Informacja z wywiadu	89
5.5.2.	Interpretacja wyników poszczególnych tekstów.....	91
5.5.3.	Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii	95
5.5.4.	Podsumowanie studium przypadku i wnioski.....	96
5.6.	Studium przypadku (osoba badana VI)	96
5.6.1.	Informacja z wywiadu	97
5.6.2.	Interpretacja wyników poszczególnych tekstów.....	98
5.6.3.	Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii	102
5.6.4.	Podsumowanie studium przypadku i wnioski.....	103
5.7.	Studium przypadku (osoba badana VII)	103
5.7.1.	Informacja z wywiadu	104
5.7.2.	Interpretacja wyników poszczególnych tekstów.....	106
5.7.3.	Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii	110
5.7.4.	Podsumowanie studium przypadku i wnioski.....	111
5.8.	Studium przypadku (osoba badana VIII)	111
5.8.1.	Informacja z wywiadu	112
5.8.2.	Interpretacja wyników poszczególnych tekstów.....	113
5.8.3.	Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii	117



5.8.4. Podsumowanie studium przypadku i wnioski.....	118
Rozdział 6. Analiza i interpretacja badań własnych	119
6.1. Podsumowanie wyników badań własnych wraz z analizą, interpretacją oraz weryfikacją postawionych hipotez.....	127
6.2. Dyskusja wyników	131
Rozdział 7. Zakończenie.....	132
Bibliografia	138
Spis tabel	143



Wstęp

Zagadnienie uzależnień od substancji psychoaktywnych stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań współczesnej psychologii i medycyny. Problem ten nie dotyczy wyłącznie zdrowia jednostki, ale obejmuje również jej funkcjonowanie społeczne, rodzinne i zawodowe, nierazkdo prowadząc do poważnych konsekwencji w różnych obszarach życia. W literaturze naukowej coraz większy nacisk kładzie się na wieloczynnikowe rozumienie uzależnienia, w którym obok aspektów biologicznych i środowiskowych szczególne znaczenie przypisuje się cechom osobowości.

Osobowość jako względnie stała organizacja cech psychicznych, odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu sposobu reagowania jednostki na stres, emocje i wyzwania życiowe. Cechy takie jak impulsywność, skłonność do poszukiwania doznań czy podatność na lęk mogą znacząco zwiększać ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne oraz utrudniać proces wychodzenia z uzależnienia. Zrozumienie tych zależności pozwala na lepsze planowanie działań terapeutycznych i profilaktycznych, dostosowanych do indywidualnych predyspozycji osoby uzależnionej.

Niniejsza praca koncentruje się na analizie związku pomiędzy osobowością a uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem roli lęku jako czynnika sprzyjającego powstawaniu i utrzymywaniu zachowań nałogowych. W części teoretycznej przedstawiono definicje i koncepcje osobowości oraz uzależnień, omówiono główne modele psychologiczne opisujące to zjawisko, a także przybliżono mechanizmy neurobiologiczne i emocjonalne zaangażowane w rozwój uzależnienia. W części empirycznej zaprezentowano wyniki badań własnych, opartych na analizie przypadków osób przebywających na terapii odwykowej.

Podjęcie tej tematyki podyktowane było potrzebą pogłębienia wiedzy na temat roli indywidualnych różnic psychologicznych w procesie uzależniania się oraz możliwości wykorzystania tej wiedzy w praktyce klinicznej. W świetle rosnącej liczby osób borykających się z uzależnieniami, szczególnie istotne wydaje się indywidualne podejście do pacjenta, uwzględniające zarówno jego profil osobowościowy, jak i występujące trudności emocjonalne.



Rozdział 1. Osobowość - istota, definicje i znaczenie

Osobowość stanowi jedno z kluczowych zagadnień w psychologii, będąc punktem wyjścia do analizy wielu zjawisk psychicznych oraz zachowań jednostki, w tym mechanizmów prowadzących do rozwoju uzależnień. Zrozumienie osobowości umożliwia nie tylko wnikliwe poznanie, w jaki sposób człowiek interpretuje otaczającą go rzeczywistość, jak reaguje emocjonalnie czy też jak podejmuje decyzje, ale także pozwala uchwycić wzorce indywidualnego funkcjonowania w różnych kontekstach życiowych.

Pomimo, że w literaturze naukowej jest brak jednolitej i powszechnie akceptowanej definicji osobowości, badacze są zgodni co do tego, że jest ona względnie stałym układem cech oraz mechanizmów wewnętrznych, które kształtują sposób postrzegania świata, emocjonalne reagowanie oraz działania podejmowane przez jednostkę (Pervin, Cervone, John, 2005). Współczesne podejścia teoretyczne obejmują szerokie spektrum ujęć: od koncepcji strukturalnych, opisujących budowę osobowości, przez modele funkcjonalne, analizujące mechanizmy adaptacyjne, aż po teorie podkreślające rolę środowiska społecznego w procesie rozwoju osobowości (McCrae, Costa, 2003).

Celem niniejszego rozdziału jest przybliżeniem podstawowych definicji osobowości, omówienie głównych teorii dotyczących jej struktury i rozwoju oraz ukazanie sposobów, w jakie osobowość wpływa na ludzkie zachowanie i procesy decyzyjne. Przyjęcie takiego kontekstu teoretycznego pozwoli na głębsze zrozumienie związków między specyfiką osobowości, a podatnością na uzależnienia, które zostaną szczegółowo omówione w dalszych częściach pracy.

1.1. Definicje osobowości.

Osobowość należy do najczęściej analizowanych i zarazem najbardziej złożonych pojęć w psychologii. Choć do dziś nie wypracowano jednej, uniwersalnie przyjętej definicji, badacze są zgodni co do tego, że osobowość odzwierciedla względnie trwałe układy cech oraz mechanizmów psychicznych, które kształtują sposób postrzegania rzeczywistości, reagowanie na bodźce oraz wchodzenia w interakcje z otoczeniem (Pervin, John, 2002). Na strukturę osobowości wpływają zarówno czynniki biologiczne, jak i doświadczenia środowiskowe, a jej rozwój przebiega dynamicznie w ciągu życia, mimo wykazywania dużej stabilności w czasie.

Jedno z klasycznych ujęć osobowości przedstawił Gordon W. Allport (1937), definiując ją jako „dynamiczną organizację wewnątrz jednostki systemów psychofizycznych, które



determinują jej charakterystyczne sposoby przystosowania się do środowiska” (s.48). Podkreślał on nie tylko złożoność wewnętrznej struktury osobowości, ale także jej unikalny, indywidualny charakter oraz adaptacyjną funkcję wobec zmieniającego się otoczenia.

Współczesne podejścia teoretyczne, takie jak model pięcioczynnikowy (Big Five), traktują osobowość jako układ wymiarów możliwych do ilościowego opisu i porównania między jednostkami. Costa i McCrae (1992) opisują osobowość jako „zintegrowany system cech biologicznych i nabytych, wyrażający się w stałych wzorcach poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych reakcji” (s.5). W podobnym duchu Hans Eysenck (1990) definiował osobowość jako zespół względnie trwałych cech wpływających w sposób reagowania jednostki na bodźce środowiskowe, zwracając szczególną uwagę na biologiczne uwarunkowania temperamentalne.

Z punktu widzenia psychologii rozwoju oraz badań nad różnicami indywidualnymi, osobowość kształtuje się w wyniku złożonego oddziaływania zarówno czynników biologicznych, jak i środowiskowych. Dziedziczne predyspozycje genetyczne stanowią pewien fundament, jednak to doświadczenia wyniesione z relacji rodzinnych, wychowania, przeżywanych wydarzeń oraz wpływ kultury i otoczenia społecznego w decydujący sposób formują indywidualne wzorce funkcjonowania. Ostateczna struktura osobowości jest więc efektem wieloletnich procesów rozwojowych, w których czynniki biologiczne i społeczne nieustannie się przenikają i wzajemnie kształtują.

W niektórych ujęciach teoretycznych osobowość pełni także funkcję regulacyjną, organizując doświadczenia jednostki oraz ukierunkowując jej działania. Roberts, Wood i Caspi (2007) zwracają uwagę, że osobowość można postrzegać jako system samoregulujący się, który wpływa na motywację, przekonania, strategie radzenia sobie i podejmowanie decyzji. W świetle podejścia dynamicznego osobowość postrzegana jest jako system adaptacyjny, który w sposób aktywny reaguje na zmieniające się warunki życia, a nie jako stały zestaw niezmiennych cech.

Choć definicje osobowości różnią się w zależności od przyjętej perspektywy teoretycznej, w większej koncepcji podkreśla się jej względną trwałość, indywidualność, złożenia uwarunkowania biologiczno-społeczne oraz wpływ na procesy adaptacyjne i poznawcze. Zrozumienie tych mechanizmów stanowi istotny fundament dla dalszych rozważań nad rolą osobowości w rozwoju zachowań nawykowych i uzależnień, które będą podmiotem kolejnych części pracy.



1.2. Główne teorie osobowości

Rozwój psychologii jako samodzielnej nauki, który nastąpił pod koniec XIX wieku, zaowocował powstaniem licznych, często konkurencyjnej koncepcji osobowości. Poszczególne teorie osobowości różnią się nie tylko zakresem analizowania zagadnień, ale także odmiennymi podstawami dotyczącymi metod badawczych, założeń o naturze rzeczywistości oraz sposobów zdobywania wiedzy. W zależności od reprezentowanej perspektywy - biologicznej, behawioralnej, poznawczej, psychoanalitycznej czy humanistycznej - osobowość bywa postrzegana jako zbiór trwałych cech, system motywacyjno-behawioralnym struktura nieświadomości popędów lub wynik interakcji społeczno-kulturowych (Pervin, Cervone, 2010).

W literaturze naukowej wyróżnia się różnorodne podziały i klasyfikacje podejść teoretycznych do osobowości. Do najważniejszych należą teorie typologiczne, które dzielą ludzi na określone kategorie na podstawie wspólnych cech (np. Jung); teorie cech, które ujmują osobowość jako zbiór względnie stałych dyspozycji do określonych zachowań (np. Allport, Cattell, Eysenck); oraz podejście psychodynamiczne, skupiające się na roli nieświadomych konfliktów, lęków i mechanizmów obronnych (np. Horney, Freud).

Taka duża różnorodność teoretyczna w badaniach nad osobowością nie jest traktowana jako słabość tej dziedziny, ale raczej jako dowód na wielowymiarowość i złożoność ludzkiego funkcjonowania psychicznego. Każde z podejść wnosi własną, unikalną perspektywę, podkreślając inne aspekty osobowości - od jej biologicznych podstaw, poprzez doświadczenia interpersonalne, aż po kulturowe i narracyjne formy wyrazu.

W dalszej części podrozdziału omówione zostaną trzy wybrane teorie, które w istotny sposób przyczyniły się do rozwoju badań nad osobowością i pozostają aktualne współczesnej psychologii. Będą to: teoria cech osobowości autorstwa Gordona W. Allporta, model pięcioczynnikowy Paula T. Costy i Roberta R. McCrae oraz psychodynamiczna teoria osobowości stworzona przez Karen Horney.

1.2.1. Teoria osobowości według W.G. Allporta.

Współczesne rozumienie osobowości zakłada, że stanowi ona dynamicznie zorganizowany system struktur psychicznych i fizjologicznych, odpowiedzialnych za charakterystyczny sposób przystosowywania się jednostki do otaczającego świata. Ujęcie to odchodzi od postrzegania osobowości jako stałego zbioru cech, akcentując jej zdolność do



rozwoju i modyfikacji pod wpływem indywidualnych doświadczeń oraz zmieniających się warunków społecznych.

Jednym z kluczowych elementów teorii Allporta jest klasyfikacja cech osobowości, które określał jako względnie trwałe predyspozycje do określonych sposobów reagowania. Cechy te różnią się między jednostkami pod względem siły intensywności oraz wpływu na zachowanie. W ramach klasyfikacji cech osobowości wyróżnia się trzy główne ich typy. Pierwszą kategorię stanowią cechy kardynalne, czyli dominujące właściwości, które przenikają niemal wszystkie sfery życia jednostki i w istotny sposób kształtują jej tożsamość. Przykładem takiej cechy może być całkowite oddanie idei altruizmu, jak w przypadku Matki Teresy. Drugą grupę tworzą cechy centralne, czyli główne predyspozycje, które ujawniają się w codziennym funkcjonowaniu człowieka. Do cech tych zalicza się między innymi sumienność, uczciwość czy niezależność. Trzecią kategorię stanowią cechy drugorzędne, które mają charakter mniej trwałe i sytuacyjny. Obejmują one na przykład preferencje smakowe, przejściowe nastroje lub inne zachowania pojawiające się w określonych kontekstach (Feist i.in., 2018).

Istotnym wkładem Allporta w rozwój psychologii była także koncepcja funkcjonalnej autonomii motywacji. Zakłada ona, że motywy ludzkiego działania mogą z czasem uniezależnić się od swoich pierwotnych źródeł - potrzeby biologiczne lub instrumentalnie mogą ewoluować w kierunku autonomicznych celów, które zaczynają kierować zachowaniem jednostki (Allport, 1961).

Allport podkreślał również wagę indywidualności w rozumieniu osobowości. W jego przekonaniu każdy człowiek jest unikalną jednostką, a próby sprowadzania osobowości do uśrednionych modeli statystycznych prowadzą do zniekształceń obrazu człowieka. Z tego względu opowiadał się za podejściem idiograficznym, skoncentrowanym na dogłębnym opisie pojedynczych przypadków i ich unikalnej historii (Pervin, John, 2002).

Ważnym aspektem jego teorii jest również koncepcja rozwoju dojrzałej osobowości. Allport wskazywał, że zdrowa, w pełni ukształtowana osobowość cechuje się realistycznym postrzeganiem siebie i otaczającego świata, zdolnością do tworzenia głębokich relacji interpersonalnych, akceptacją własnych emocji oraz świadomym wyznaczaniem i realizowaniem celów życiowych. W centrum procesu dojrzewania osobowości znajduje się rozwój *proprium* - centralnego „ja” jednostki, które integruje jej tożsamość, wartości, samoświadomość i dążenia (Allport, 1961).



Allport sprzeciwiał się także redukcjonistycznym ujęciom, które tłumaczyły osobowość wyłącznie wpływami przeszłości. Podkreślał aktywną rolę człowieka w kształtowaniu własnego życia psychicznego. Jak pisał: „Osobowość jest czymś, co człowiek robi, a nie czymś, co dzieje się z nim” (Allport, 1961, s. 122), oraz „Człowiek nie jest jedynie reakcją na swoje środowisko, lecz aktywnym twórcą swojego życia” (Allport, 1961, s. 45).

Teoria osobowości Allporta wywarła istotny wpływ na rozwój psychologii różnic indywidualnych oraz badania nad autonomią i podmiotowością jednostki. Współcześnie pozostaje jednym z fundamentów refleksji nad unikalnością człowieka w psychologii, psychoterapii oraz filozofii człowieka.

1.2.2. Teoria pięcioczynnikowa P.T. Costy i R.R. McCare

Pięcioczynnikowy model osobowości opracowany przez Paula T. Costę oraz Roberta R. McCrae jest jednym z najbardziej wpływowych i uznanych podejść we współczesnej psychologii osobowości. Koncepcja ta zakłada, że strukturę osobowości człowieka można opisać za pomocą pięciu podstawowych wymiarów, znanych pod nazwą Wielkiej Piątki. Wymiary te, według licznych badań, występują w różnych kulturach oraz grupach wiekowych, co świadczy o ich uniwersalnym charakterze.

Jednym z podstawowych wymiarów w modelu Wielkiej Piątki jest neurotyczność, która opisuje poziom emocjonalnej stabilności jednostki oraz jej podatność na odczuwanie stresu. Osoby charakteryzujące się wysokim natężeniem tej cechy częściej doświadczających niepokoju, lęku, wahań nastroju i gniewu. Z kolei niski poziom neurotyczności wskazuje na większą odporność psychiczną i zdolność do zachowania spokoju w trudnych sytuacjach.

Drugim wymiarem jest ekstrawersja, odnosząca się do stopnia otwartości na relacje społeczne, energiczności oraz asertywności. Osoby o wysokiej ekstrawersji są zazwyczaj rozmowne, aktywne i skłonne do poszukiwania bodźców w otoczeniu. Natomiast osoby o niskim natężeniu tej cechy, określane jako introwertyczne, preferują ciszę, spokój i bardziej samotne formy aktywności.

Otwartość na doświadczenia to kolejny wymiar modelu, obejmujący ciekawość świata, skłonność do eksplorowania nowych idei oraz zainteresowanie sztuką i kulturą. Wysoka otwartość cechuje osoby kreatywne, otwarte na zmiany i poszukujące nowych doświadczeń, natomiast niski poziom tej cechy wiąże się z konserwatyzmem oraz przywiązaniem do tradycyjnych wartości.



Czwarty wymiarem jest ugodowość, która odzwierciedla sposób, w jaki jednostka odnosi się do innych ludzi. Osoby wysoko ugodowe są zwykle uprzejme, skłonne do współpracy, empatyczne i chętne do niesienia pomocy. Niska ugodowość może przejawiać się natomiast większym sceptycyzmem, rywalizacyjnością oraz skłonnością do konfliktów interpersonalnych.

Ostatni z wymiarów to sumienność, odnosząca się do poziomu organizacji, samodyscypliny oraz odporności jednostki. Wysoka sumienność charakteryzuje osoby staranne, zorientowane na cele i wytrwałe realizacji zadań, podczas gdy niski poziom może prowadzić do impulsywności, nieprzewidywalności i trudności w planowaniu.

Model Wielkiej Piątki zdobył szerokie uznanie w różnych dziedzinach, takich jak psychologia, rekrutacja pracowników czy badania międzykulturowe. Jest uznawany za jedno z najbardziej trafnych i wiarygodnych narzędzi służących do opisu osobowości, głównie dzięki swojej wysokiej wartości predykcyjnej. Współcześnie przyjmuje się, że pięć głównych wymiarów modelu stanowi podstawę dla różnic indywidualnych w zachowaniu, emocjach oraz procesach poznawczych.

Według twórców koncepcji, osobowość można zrozumieć jako stosunkowo trwałe układy cech, które determinują sposób myślenia, odczuwania i działania człowieka (Costa, McCrae, 1992). Zaznaczają oni również, że znajomość kultury osobowości pozwala przewidywać funkcjonowanie jednostki w różnych kontekstach życiowych (McCrae, Costa, 2003).

1.2.3. Teoria osobowości według Karen Horney.

W nurcie psychologii humanistycznej i neopsychoanalizy rozwinięto koncepcję osobowości, w której akcentowano znaczenie czynników kulturowych, społecznych oraz relacjach międzyludzkich. Odrzucono dominujące wcześniejsze podejście deterministyczne, opierające się na biologicznych popędach, na rzecz rozumienia rozwoju osobowości jako efektu złożonych doświadczeń interpersonalnych, zwłaszcza z wczesnego dzieciństwa. W szczególności zakwestionowano tradycyjne teorie seksualności i kompleksu Edypa, uznając, że źródłem wewnętrznych konfliktów są przede wszystkim interakcje społeczne, a nie czynniki biologiczne.

W ramach tego podejścia wyróżniono trzy podstawowe strategie radzenia sobie z podstawowym lękiem: dążenie ku ludziom, przeciwstawianie się ludziom i wycofanie się od



ludzi. Tendencja dążenia ku innym przejawia się w poszukiwaniu bliskości i aprobaty, często kosztem własnych potrzeb. Przecistawianie się obejmuje strategię dominacji i agresji w relacjach społecznych, mająca na celu ochronę przed zranieniem. Wycofanie się natomiast polega na emocjonalnym dystansowaniu się i izolacji, której celem jest unikanie bliskości i potencjalnych zagrożeń. Choć każda z tych strategii może pełnić funkcję ochronną, ich sztywne i jednostronne zastosowanie może prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym i relacjach z innymi ludźmi.

Ważnym elementem tej koncepcji jest również opis mechanizmów tworzenia idealnego obrazu siebie. Jednostki często konstruują nierealistyczne wyobrażenia własnej osoby do tzw. tyrani pewności, czyli wewnętrznego przymusu spełniania nierealnych i często sprzecznych standardów. Konsekwencją tego procesu może być chroniczne niezadowolenie z siebie, poczucie niedoskonałości oraz frustracja wynikająca z niemożności sprostania własnym oczekiwaniom.

Opisano także zjawisko neurotycznych potrzeb, które pojawiają się jako nieadaptacyjne reakcje na poczucie podstawowego lęku. Wyróżniono dziesięć głównych rodzajów takich potrzeb, takich jak potrzeba uznania, dominacji, niezależności czy dostosowania się do innych. Gdy któraś z tych potrzeb zaczyna dominować w życiu danej osoby, może to prowadzić do poważnych wewnętrznych konfliktów i trudności w relacjach z innymi ludźmi

1.3. Wpływ osobowości na zachowanie i podejmowane decyzje

W poprzednich częściach rozdziału ukazano, jak różne koncepcje teoretyczne definiują osobowość oraz jak wieloaspektowe jest jej znaczenie w życiu człowieka. Osobowość, rozumiana jako względnie trwała organizacja cech, wartości, przekonań i wzorców zachowań, to wszystko odgrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu sposobu, w jaki jednostka postrzega rzeczywistość, reaguje na bodźce z otoczenia oraz podejmuje decyzje. Jest to konstrukcja dynamiczna, w której komponenty biologiczne, psychiczne i społeczne wzajemnie się przenikają, wpływając na funkcjonowanie człowieka w różnych obszarach życia.

1.3.1. Osobowość a indywidualne wzorce zachowań

Z perspektywy psychologii cech osobowości, indywidualne predyspozycje wpływają na preferowane sposoby reagowania w określonych sytuacjach. Stałość cech nie wyklucza możliwości rozwoju, jednak sugeruje pewne utrwalone schematy funkcjonowania, które determinują zachowania jednostki, jej style radzenia sobie oraz procesy decyzyjne. Teoria cech



pozwala zrozumieć, dlaczego ludzie w podobnych warunkach prezentują odmienne reakcje i wybory.

Ważną rolę w badaniach nad osobowością odgrywają także model Wielkiej Piątki, opisujący pięć podstawowych wymiarów: otwartość na doświadczenia, sumienność, ekstrawersję, ugodowość i neurotyczność. Każdy z tych wymiarów istotnie kształtuje jaki sposób działa dana jednostka w jaki sposób kształtuje relacje społeczne oraz pozwala zobaczyć w jaki sposób kształtowane jest podejmowanie decyzji przez daną osobę.

Otwartość na doświadczenia sprzyja elastyczności poznawczej i kreatywności, lecz zwiększa również skłonność do ryzyka. Sumienność wzmacnia tendencje do planowania i analizy, a ekstrawersja sprzyja szybkim, a czasem impulsywnym decyzjom. Ugodowość wpływa na podporządkowanie się potrzebom innym, a wysoki poziom neurotyczności wiąże się z większą wrażliwością na stres i lęk, co z kolei rzutuje na sposób funkcjonowania w sytuacjach kryzysowych.

1.3.2. Wpływ osobowości na funkcjonowanie psychiczne i społeczne

Z perspektywy koncepcji neopsychoanalitycznej osobowość kształtuje się nie tylko pod wpływem wrodzonych cech, ale także w wyniku doświadczeń w relacjach z innymi ludźmi i wpływów kulturowych. To jak dana jednostka radzi sobie z lękiem - w sposób adaptacyjny lub nieadaptacyjny - wpływa na budowanie relacji, wyrażania emocji i kształtowania własnej tożsamości. Zrozumienie osobowości ma ogromne znaczenie praktyczne, zwłaszcza w psychoterapii, profilaktyce zaburzeń psychicznych, w pracy z osobami uzależnionymi oraz w działaniach edukacyjnych z zakresu psychologii.

Rozdział 2. Problematyka uzależnień

Uzależnienie należą do najpoważniejszych problemów, z jakimi mierzy się współczesna psychologia i medycyna. Ich wpływ nie ogranicza się wyłącznie do indywidualnego funkcjonowania jednostki, ale obejmuje również aspekty społeczne, ekonomiczne i kulturowe. Pomimo rosnącej wiedzy na temat profilaktyki oraz metod terapeutycznych, liczba osób borykających się z różnymi formami uzależnień nieustannie rośnie. Nowe substancje psychoaktywne oraz rozwijające się formy uzależnień behawioralnych dodatkowo komplikują obraz tego zjawiska.

Współczesne spojrzenie na problematykę uzależnień odchodzi od postrzegania nałogu jako efektu świadomego wyboru czy słabej woli jednostki. Uzależnienie uznawane jest dziś za



poważne zaburzenie, które wymaga profesjonalnej interwencji oraz kompleksowego leczenia. Proces zdrowienia przez osobę, która doświadczyła uzależnienia od substancji psychoaktywnych nie ogranicza się jedynie do zaprzestania używania tych substancji, ale również stanowi długoterminowy wysiłek osoby uzależnionej, który obejmuje utrzymanie abstynencji, odbudowę zdrowia psychicznego jak i również zdrowia fizycznego, ważnym elementem, o którym nie można zapomnieć jest też reintegracja społeczna. Samo odstawienie substancji jest zaledwie wstępem do wieloetapowego procesu wychodzenia z uzależnienia, który wymaga aktywnego udziału zarówno osoby dotkniętej nałogiem, jak i otoczenie oraz specjalistów.

Niniejszy rozdział ma na celu szczegółowe omówienie kluczowych zagadnień dotyczących uzależnień, z uwzględnieniem przede wszystkim perspektywy psychologicznej. Na początku przedstawione zostaną podstawowe definicje uzależnienia jako główne cechy oraz klasyfikacja według uznanych schematów diagnostycznych, takich jak DSM-5 oraz ICD-10. Następnie omówione zostaną najczęstsze typy uzależnień od substancji psychoaktywnych, które stanowią znaczną część przypadków diagnozowanych w praktyce klinicznej.

W dalszej części rozdziału analizie poddane zostaną mechanizmy prowadzące do rozwoju uzależnienia, ze szczególnym uwzględnieniem zarówno czynników indywidualnych, takich jak wrodzone predyspozycje biologiczne, cechy osobowości i współwystępujące zaburzenia psychiczne, jak i czynników środowiskowych, obejmujących wpływ rodziny, grupy rówieśniczej oraz uwarunkowania społeczno-ekonomiczne. Kolejna część poświęcona będzie symptomatologii uzależnień oraz ich konsekwencjom, obejmującym zdrowie fizyczne, stan psychiczny i funkcjonowanie w społeczeństwie.

Ostatnia część rozdziału skoncentruje się na omówieniu roli substancji psychoaktywnych w procesie rozwoju uzależnienia, ze szczególnym uwzględnieniem ich oddziaływania na ośrodkowy układ nerwowy oraz mechanizmów neurobiologicznych, które warunkują przymus ich przyjmowania. Zrozumienie tych procesów pozwala wyjaśnić, dlaczego osoby uzależnione często nie są w stanie samodzielnie zaprzestać używania substancji, nawet pomimo świadomości ich szkodliwego wpływu.

Złożoność zjawiska uzależnień wymaga podejścia integrującego różne dziedziny wiedzy - psychologię, medycynę, socjologię oraz pedagogikę. Przedstawione w rozdziale zagadnienia mają na celu pogłębienie rozumienia natury uzależnień i podkreślenie ich wielowymiarowego charakteru.



2.1. Definicje uzależnień

Problematyka uzależnień od wielu lat pozostaje przedmiotem intensywnych badań prowadzonych w różnych dyscyplinach naukowych, takich jak psychologia, medycyna, socjologia oraz pedagogika. Wraz z postępem wiedzy na temat mechanizmów uzależnienia, ewoluowało również jego rozumienie - obejmując nie tylko biologiczne podstawy tego zjawiska, ale także jego psychologiczne i społeczne uwarunkowania.

Niniejszy podrozdział ma na celu ukazanie kluczowych definicji uzależnień, ze szczególnym uwzględnieniem ich psychologicznych aspektów oraz systemów klasyfikacyjnych stosowanych w procesie diagnozy.

Zjawisko „uzależnienie” wywodzi się z łacińskiego *addictus*, co pierwotnie odnosiło się do stanu oddania w niewolę, podkreślając brak kontroli jednostki nad własnym zdrowiem. Współczesne rozumienie uzależnienia obejmujący zarówno wymiar fizyczny - związany ze zmianami w funkcjonowaniu organizmu - jak i psychiczny, odnoszący się do nieodpartego przymusu przyjmowania substancji.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje uzależnienie jako stan okresowy lub przewlekły, wynikający ze stosowania substancji naturalnych lub syntetycznych, które prowadzi do przymusu ich dalszego przyjmowania, aby uzyskać efekt psychiczny bądź uniknąć objawów odstawienia. (World Health Organization, 1994).

W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że uzależnienie składa się z dwóch głównych komponentów. Pierwszym z nich - uzależnienie fizyczne - odnosi się do zmian zachodzących w organizmie na skutek długotrwałego stosowania substancji psychoaktywnych. Zjawisku temu towarzyszy rozwój tolerancji, czyli potrzeby przyjmowania coraz większych dawek w celu osiągnięcia tego samego efektu oraz występowanie objawów odstawianych, takich jak drżenie mięśni, nudności, nadmierne pocenie się, trudności ze snem, a w cięższych przypadkach drgawki i majaczenie.

Drugi aspekt to uzależnienie psychiczne, które przejawia się silnym, nieodpartym pragnieniem ponownego sięgnięcia po substancję, nawet wówczas, gdy objawy fizycznego odstawienia ustąpiły. Mechanizm ten powiązany jest z funkcjonowaniem układu nagrody w mózgu, a w szczególności zaburzeniami w transmisji dopaminergicznej, co prowadzi do kompulsywnego poszukiwania substancji jako sposobu regulowania emocji i odczucia ulgi.



Obecne powszechnie podkreśla się, że uzależnienie fizyczne i psychiczne rzadko występują w izolacji, a najczęściej współistnieją, wzajemnie się wzmacniając. Skuteczna terapia wymaga zatem holistycznego podejścia, uwzględniającego zarówno aspekty biologiczne, jak i psychologiczne uzależnienia.

2.1.1. Kryteria diagnostyczne uzależnień według ICD-10 i DSM-5

W praktyce klinicznej powszechnie stosuje się dwa podstawowe systemy klasyfikacyjne: Międzynarodową Klasyfikację Chorób (ICD) oraz Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych (DSM). Oba systemy dotyczące zestandaryzowania kryteriów umożliwiających rozpoznanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

2.1.2. ICD-10 -klasyczne podejście do diagnozy uzależnień

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), stanowi jedno z podstawowych narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych w psychiatrii, w tym również w diagnozowaniu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. W systemie tym uzależnienia zostały skwalifikowane w grupie F10-F19, gdzie każda podkategoria odnosi się do konkretnego typu substancji, na przykład F10 do alkoholu, F12 do kannabiodów, a F14 do kokainy. Klasyfikacja ta opiera się na podejściu medycznym, według którego uzależnienie nie jest postrzegane jako wynik braku silnej woli czy słabości moralnej, lecz jako zaburzenie zdrowotne o złożonej etiologii i wyraźnie określonym obrazie klinicznym.

ICD-10 definiuje zespół uzależnienia jako zbiór objawów natury psychicznej, behawioralnej i fizjologicznej, które pojawiają się w wyniku powtarzającego się i długotrwałego używania substancji psychoaktywnej. Wraz z rozwojem uzależnienia, zachowanie jednostki ulega znaczącej reorganizacji – substancja staje się centralnym punktem życia, wpływając na podejmowanie decyzje, priorytety, relacje interpersonalne, a także funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze. Diagnoza zespołu uzależnienia w ICD-10 opiera na sześciu podstawowych kryteriach diagnostycznych. Należą do nich: silne pragnienie lub przymus zażywania substancji (tzw. craving), trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z jej używaniem, występowanie objawów abstynencyjnych po zaprzestaniu stosowania, rozwój tolerancji wymagającej przyjmowania coraz większych dawek, stopniowe zaniechanie innych źródeł przyjemności i zainteresowań oraz kontynuowanie używania mimo wyraźnych szkód zdrowotnych, psychicznych lub społecznych. Aby postawić diagnozę



uzależnienia, zgodnie z wytycznymi klasyfikacjami ICD-10, u pacjenta powinny występować co najmniej trzy z wymienionych objawów, utrzymujące się przez okres minimum jednego miesiąca lub pojawiające się cyklicznie w ciągu roku.

System ICD-10, dzięki swojej spójności i szerokiemu zastosowaniu, umożliwia prowadzenie jednolitej diagnostyki na poziomie międzynarodowym oraz tworzenie porównywalnych statystyk epidemiologicznych. Jest również przydatny w planowaniu leczenia i monitorowaniu jego efektów. Niemniej jednak, klasyfikacja ta koncentruje się głównie na objawach i zachowań jednostki, co może prowadzić do uproszczenia obrazu klinicznego w sytuacjach, gdy czynniki społeczno-kulturowe, osobowościowe czy traumatyczne mają istotny wpływ na rozwój uzależnienia. W praktyce klinicznej diagnoza powinna zatem być zawsze uzupełniona o dokładny wywiad psychologiczny, analizę funkcjonowania psychospołecznego oraz, jeśli to możliwe, o zastosowanie dodatkowych narzędzi diagnostycznych, które pozwalają lepiej zrozumieć kontekst powstania i utrzymywania się zaburzenia.

2.1.3. ICD-11 - współczesne podejście

Wprowadzenie jedenastej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) przez Światową Organizację Zdrowia w 2019 roku stanowi istotny krok w kierunku modernizacji podejścia do diagnozowania zaburzeń psychicznych, w tym także uzależnień. W porównaniu do poprzedniej wersji, ICD-11 oferuje bardziej kompleksowe i sprecyzowane ujęcie problematyki używania substancji oraz uzależnień behawioralnych, uwzględniając najnowsze badania naukowe, zmieniający się kontekst społeczny oraz rozwój praktyki klinicznej.

Jedną z kluczowych zmian w ICD-11 jest rozszerzenie zakresu rozpoznawanych zaburzeń na obszary, które wcześniej nie były formalnie uznawane za jednostki diagnostyczne. Obok klasycznych uzależnień od substancji psychoaktywnych, w nowej klasyfikacji pojawiły się również uzależnienia o charakterze behawioralnym, takie jak zaburzenie grania w gry cyfrowe (gaming disorder), które zostało umieszczone w sekcji zaburzeń spowodowanych zachowaniami uzależniającymi. Włączenie tego rodzaju jednostek diagnostycznych odzwierciedla rosnącą świadomość kliniczną i społeczną dotyczącą potencjalnie destrukcyjnego wpływu niektórych form aktywności, które – choć nie wiążą się z przyjmowaniem substancji – mogą prowadzić do zaburzeń o podobnym przebiegu klinicznym, mechanizmach psychologicznych i konsekwencjach funkcjonalnych.



ICD-11 wprowadza również bardziej precyzyjne różnicowanie pomiędzy szkodliwym wzorcem używania substancji (ang. harmful pattern of substance use), a zaburzeniem używania substancji (ang. substance use disorder). Pierwsza z tych kategorii odnosi się do sytuacji, w których używanie substancji prowadzi do wyraźnych szkód zdrowotnych – zarówno fizycznych, jak i psychicznych, jednak nie musi spełniać pełnych kryteriów uzależnienia. Jest to szczególnie ważne z perspektywy profilaktyki i wczesnej interwencji, ponieważ pozwala na uchwycenie problemowego używania substancji na etapie, w którym możliwa jest skuteczna pomoc bez konieczności leczenia długoterminowego. Z kolei zaburzenie używania substancji w ICD-11 rozumiane jako zaburzenie przewlekłe, obejmujące utratę kontroli nad używaniem, rozwój tolerancji, objawy abstynencyjne oraz kontynuowanie przyjmowania substancji pomimo negatywnych konsekwencji, co odpowiada klasycznemu ujęciu uzależnienia.

Nowa klasyfikacja kładzie również większy nacisk na ciągłość objawów oraz ich wpływ na codzienne funkcjonowanie. Diagnostyka nie opiera się już wyłącznie na zaliczaniu objawów spełnionych w określonym czasie, ale bierze pod uwagę stopień nasilenia trudności oraz ich kontekst psychospołeczny. Ułatwia to tworzenie indywidualnych planów terapeutycznych, dostosowując go do potrzeb pacjenta oraz etapu, na jakim się znajduje w swoim procesie uzależnienia. Ponadto, ICD-11 w większym stopniu niż wcześniejsze edycje uwzględnia wpływ współwystępujących zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęki czy zaburzenia osobowości, co sprzyja bardziej zintegrowanemu podejściu diagnostycznemu i terapeutycznemu.

W praktyce klinicznej zastosowanie ICD-11 może zatem sprzyjać wcześniejszemu wykrywaniu problemów związanych z używaniem substancji oraz włączeniu adekwatnych form wsparcia jeszcze przed rozwojem pełnoobjawowego uzależnienia. Jednocześnie umożliwia lepsze zrozumienie złożoności uzależnień behawioralnych i ich miejsca w spektrum zaburzeń psychicznych, co ma istotne znaczenie zarówno dla diagnostów, terapeutów, jak i decydentów odpowiedzialnych za tworzenie systemów opieki zdrowotnej.

2.1.4. DSM-5 - zintegrowany model diagnozy

Piąta edycja Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychicznych (DSM-5) wprowadziła istotne zmiany w klasyfikacji zaburzeń związanych z używaniem substancji. Zrezygnowano z wcześniejszego podziału na „nadużywanie substancji” i „uzależnienie”, wprowadzając pojęcie zaburzeń używania substancji (substance use disorder) ujmowanych jako kontinuum problemów o różnym stopniu nasilenia. W nowym modelu



diagnoza uzależnienia opiera się na ocenie liczby spełnionych kryteriów - od dwóch do jedenastu - co pozwala określić stopień zaawansowania zaburzenia jako łagodny, umiarkowany lub ciężki.

Kryteria diagnostyczne w DSM-5 obejmują: przyjmowanie substancji w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż planowano, nieudane próby ograniczenia lub zaprzestania używania, poświęcanie znacznej ilości czasu na zdobywanie, używanie lub wychodzenie z działania substancji, występowanie silnego pragnienia jej użycia, trudności w wywiązywaniu się z obowiązków zawodowych, domowych lub szkolnych na skutek używania substancji, kontynuowanie używania mimo problemów interpersonalnych, rezygnację lub ograniczenie ważnych aktywności społecznych i zawodowych, używanie substancji w sytuacjach zagrażających bezpieczeństwu, utrzymywanie używania pomimo świadomości szkód zdrowotnych lub psychicznych, rozwój tolerancji, a także występowanie objawów zespołu abstynencyjnego lub używanie substancji w celu ich złagodzenia.

W zależności od liczby spełnianych kryteriów DSM-5 klasyfikuje zaburzenia jako łagodne (2-3 kryteria), umiarkowane (4-5 kryteriów) lub ciężkie (6 lub więcej kryteriów). Taki model pozwala na elastyczniejszą ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz lepsze dostosowanie strategii terapeutycznych.

Ważnym elementem nowej klasyfikacji jest również uwzględnienie zaburzeń uzależnień behawioralnych, takich jak patologiczne uprawianie hazardu. Inne formy uzależnień behawioralnych, jak na przykład uzależnienie od gier komputerowych, pozostają w fazie badań i nie zostały jeszcze formalnie włączone do głównych kategorii diagnostycznych DSM-5. Zmiany te odzwierciedlają rosnącą świadomość, że mechanizmy uzależnień dotyczą nie tylko substancji chemicznych, ale mogą także obejmować określone wzorce zachowań.

2.1.5. Podobieństwa i różnice między klasyfikacjami

Zarówno ICD, jak i DSM, traktują uzależnienie jako chroniczne zaburzenie o charakterze nawrotowym, wymagające kompleksowej terapii. Różnią się jednak w szczegółach: DSM-5 stosuje precyzyjny system punktowy, umożliwiający ocenę stopnia nasilenia problemu, natomiast ICD-10 i ICD-11 koncentrują się bardziej na ogólnym opisie zaburzeń. Kolejną różnicą jest podejście do uzależnień behawioralnych - ICD-11 wprowadził oficjalną klasyfikację takich zaburzeń, natomiast DSM-5 pozostaje bardziej ostrożny w tej kwestii. W praktyce klinicznej ICD-11 znajduje zastosowanie głównie w systemach publicznej



opieki zdrowotnej, natomiast DSM-5 jest szeroko wykorzystywany w badaniach naukowych i prywatnej praktyce psychoterapeutycznej.

2.2. Podstawowe typy uzależnień psychoaktywnych

Uzależnienia od substancji psychoaktywnych od wielu lat pozostają i dalej stanowią jedno z najistotniejszych zagadnień w obszarze psychologii, psychiatrii i zdrowia publicznego. Problematyka ta nie ogranicza się jedynie do kwestii diagnostycznych i terapeutycznych, lecz obejmuje również rosnącą potrzebę skutecznych działań prewencyjnych. Współczesne wyzwania w tym zakresie są szczególnie wyraźne w świetle przyspieszających zmian społecznych i kulturowych, zwiększonego dostępu do substancji odurzających oraz nasilających się trudności emocjonalnych wynikających z presji i tempa życia w dzisiejszym świecie.

Substancje psychoaktywne to związki chemiczne, które wpływają na pracę ośrodkowego układu nerwowego, wywołując różnorodne zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i fizycznym człowieka. Ich działanie może objawiać się uczuciem odprężenia, euforii, pobudzeniem, halucynacjami lub zaburzeniami świadomości i percepcji. Przy regularnym stosowaniu tych substancji często rozwija się uzależnienie - zarówno fizyczne, jak i psychiczne - które stopniowo zaburza codzienne funkcjonowanie i pogarsza ogólną równowagę psychiczną osoby uzależnionej.

Klasyfikacja uzależnień opiera się głównie na właściwościach farmakologicznych substancji oraz ich oddziaływaniu na organizm. Poszczególne środki różnią się mechanizmem działania, dynamiką rozwoju tolerancji, objawami abstynencyjnymi oraz skutkami przewlekłego stosowania. Jednym z najczęściej występujących rodzajów uzależnień jest uzależnienie od alkoholu, który - mimo powszechnej akceptacji społecznej - cechuje się wysokim potencjałem destrukcyjnym zarówno w wymiarze psychicznym, jak i somatycznym. Wśród substancji o szczególnie silnym działaniu uzależniającym należy wymienić opioidy, przyjmowanie których wiąże się z dużym ryzykiem ciężkich zespołów abstynencyjnych. Znaczną grupę stanowią również środki stymulujące, takie jak amfetamina czy kokaina, prowadzące do wzmożonej aktywności psychoruchowej, ale także zwiększające ryzyko powikłań psychotycznych.

Ważnym problemem klinicznym pozostaje także uzależnienie od leków uspokajających i nasennych, zwłaszcza benzodiazepin, które stosowane przewlekłe mogą powodować poważne trudności w procesie odstawienia i zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego. W ostatnich



latach obserwuje się również wzrost popularności używania kannabinoidów, w szczególności marihuany, której przewlekłe stosowanie może prowadzić do zaburzeń poznawczych oraz psychicznego uzależnienia. Do grupy substancji, które wymagają szczególnej uwagi, należą także halucynogeny, takie jak LSD i psylocybina. Choć ich stosowanie rzadziej skutkuje uzależnieniem fizycznym, mogą one prowadzić do istotnych zaburzeń psychicznych oraz silnej potrzeby psychicznego powrotu do doświadczeń związanych z użyciem substancji.

Dogłębne poznanie różnic pomiędzy poszczególnymi rodzajami uzależnień od substancji psychoaktywnych jest kluczowe dla skutecznej diagnozy, doboru metod terapeutycznych oraz planowania działań profilaktycznych. Każdy przypadek uzależnienia niesie ze sobą odmienną dynamikę rozwoju, charakterystyczny obraz kliniczny oraz inne wyzwania terapeutyczne, dlatego skuteczna pomoc wymaga indywidualnego podejścia, uwzględniającego nie tylko rodzaj używanej substancji, ale także cechy osobowości, kontekst środowiskowy oraz wcześniejsze doświadczenia psychiczne danej osoby.

2.3. Objawy uzależnień i jego skutki

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych to przewlekłe i nawracające zaburzenie, które powoduje zmiany nie tylko na poziomie biologicznym, ale również w funkcjonowaniu psychicznym, somatycznym i społecznym jednostki. Zaburzenie te dotyczą ośrodkowego układu nerwowego, wpływając negatywnie na mechanizmy odpowiedzialne za motywację, regulację impulsów oraz zdolność do oceny skutków własnych działań. Obraz kliniczny uzależnienia jest zróżnicowany i zależy od wielu czynników, takich jak czynniki genetyczne, cechy osobowościowe czy wpływ środowiska.

Jednym z charakterystycznych zjawisk rozwoju uzależnienia jest pojawienie się tolerancji czy konieczności zwiększania dawek substancji w celu uzyskania oczekiwanych efektów. Równocześnie rozwija się zespół odstawieni, którego objawy są takie jak drżenie mięśni, zaburzenie snu, nadmierna potliwość, dolegliwości bólowe, nasilony lęk oraz napięcie emocjonalne, które świadczą o uzależnieniu fizycznym i psychicznym.

Od strony biologicznej, uzależnienie prowadzi do głębokich zaburzeń funkcjonowaniu układu nagrody w mózgu. Substancje psychoaktywne powodują wzrost wydzielania dopaminy, co wywołuje uczucie intensywnej przyjemności i euforii. Jednak z czasem dochodzi do neuroadaptacji: zmniejsza się wrażliwość mózgu na naturalne źródła nagrody, a głównym motywatorem staje się dążenie do kolejnego użycia substancji. Zmiany te obejmują



przebudowę szlaków neuronalnych, prowadząc do upośledzenia funkcji kontroli impulsów i osłabienia zdolności do podejmowania świadomych decyzji.

Długotrwałe stosowanie substancji psychoaktywnych może powodować trwałe zmiany w ekspresji genów oraz w funkcjonowaniu połączeń synaptycznych. W efekcie, negatywne skutki biologiczne utrzymują się często nawet po odstawieniu substancji, co sprawia, że proces powrotu do pełnej równowagi psychicznej i fizycznej wymaga czasochłonnej terapii oraz wsparcia procesów neuroplastyczności i odbudowy zdolności emocjonalnych.

Układ nagrody obejmuje struktury takie jak jądro pólężące (nucleus accumbens) - odpowiedzialne za doświadczanie przyjemności - oraz korę przedczołową (PFC), która reguluje impulsy i procesy decyzyjne. Również hipokamp i ciało migdałowe odgrywają ważną rolę, utrwalając emocjonalne ślady związane z przyjmowaniem substancji. Zaburzenia w tych strukturach powodują dominację bodźców uzależniających nad naturalnymi formami gratyfikacji, co dodatkowo utrudnia proces leczenia i powrotu do zdrowia.

Podsumowując, uzależnienie od substancji psychoaktywnych to złożony proces, który obejmuje zarówno rozwój tolerancji, występowanie objawów abstynencyjnych, jak i trwałe zmiany neurobiologiczne. Skuteczne leczenie powinno być kompleksowe i obejmować zarówno interwencje biologiczne, psychologiczne, jak i społeczne, aby skutecznie wspierać osobę uzależnioną w procesie zdrowienia.

2.3.1. Uzależnienie od alkoholu

Uzależnienie od alkoholu należy do najczęściej diagnozowanych i najlepiej udokumentowanych form zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Proces ten zazwyczaj rozpoczyna się od sporadycznego, towarzyskiego picia, które z biegiem czasu przeradza się w regularne i kompulsywne spożywanie alkoholu, znacząco zakłócające codzienne funkcjonowanie. Rozwój uzależnienia ma charakter stopniowy i obejmuje kilka wyraźnych faz, które różnią się objawami, dynamiką oraz poziomem utraty kontroli nad zachowaniem.

W literaturze opisuje się cztery główne etapy tego procesu. W fazie prealkoholowej alkohol jest wykorzystywany głównie w celach towarzyskich lub jako środek rozluźniający po stresujących sytuacjach. Spożywanie alkoholu wydaje się wówczas nieszkodliwe i nie wzbudza niepokoju ani osoby pijącej, ani jej otoczenia. Stopniowo jednak alkohol zaczyna pełnić funkcję regulującą napięcia emocjonalne i staje się narzędziem radzenia sobie ze stresem. Kolejnym



stadium jest faza ostrzegawcza, w której alkohol zaczyna odgrywać coraz większą rolę w codziennym życiu jednostki. Pojawiają się trudności z kontrolowaniem ilości wypijanego alkoholu, epizody nadmiernego picia oraz fragmentaryczne zaniki pamięci, tzw. luki alkoholowe. Osoba zaczyna usprawiedliwiać swoje picie, a także ukrywać je przed bliskimi, co świadczy o rosnącym znaczeniu substancji w jej życiu.

W fazie krytycznej uzależnienie staje się dominującym elementem codzienności. Pojawia się całkowita utrata kontroli nad ilością i częstotliwością spożywania alkoholu. Próby zaprzestania picia są krótkotrwałe i często towarzyszą im objawy zespołu abstynencyjnego, takie jak drżenie mięśni, nadmierne pocenie się, bezsenność, niepokój czy drażliwość. Alkohol staje się wówczas nieodzownym elementem codziennego funkcjonowania, prowadząc do poważnych zaniedbań zdrowotnych, zawodowych i społecznych. Ostatecznym etapem rozwoju choroby jest faza przewlekła, w której życie osoby uzależnionej koncentruje się niemal wyłącznie na zdobywaniu i spożywaniu alkoholu. Występują znaczące zaniki funkcji poznawczych, degradacja osobowości, zubożenie emocjonalne oraz wyraźne zmiany nastroju. Długotrwałe nadużywanie alkoholu skutkuje poważnymi uszkodzeniami narządów wewnętrznych, takimi jak marskość wątroby, niewydolność serca czy zmiany w obrębie układu nerwowego, prowadzące często do alkoholowego otępienia.

Alkohol etylowy (etanol) działa depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy, początkowo wywołując stan euforii i rozluźnienia, ale przy dłuższym stosowaniu zaburza funkcje poznawcze, koordynację ruchową oraz kontrolę emocji. Przewlekła ekspozycja na alkohol prowadzi do rozwoju tolerancji, co wymusza konieczność zwiększania dawek, aby uzyskać ten sam efekt. Z czasem pojawiają się objawy zespołu abstynencyjnego, w tym drżenia, pobudzenie psychoruchowe, lęk, a w ciężkich przypadkach majaczenie alkoholowe (delirium tremens).

Neurobiologiczne konsekwencje przewlekłego picia obejmują uszkodzenie struktur mózgu odpowiedzialnych za kontrolę emocji, podejmowanie decyzji i pamięć, takich jak kora przedczołowa i układ limbiczny. W wyniku uszkodzenia tych obszarów następuje spadek zdolności samokontroli, impulsywność oraz zaburzenia funkcjonowania społecznego. Alkohol działa również toksycznie na inne narządy, powodując uszkodzenia wątroby, serca i układu odpornościowego. Długotrwałe spożywanie alkoholu wiąże się z wyraźnym spadkiem sprawności intelektualnej oraz pogorszeniem jakości życia w sferze osobistej i zawodowej.

Uzależnienie od alkoholu ma zatem charakter przewlekły, postępujący i potencjalnie śmiertelny. Skuteczne leczenie wymaga wieloaspektowego podejścia obejmującego zarówno



oddziaływania medyczne, jak i psychoterapeutyczne, a także odpowiednie wsparcie społeczne i środowiskowe.

2.3.2. Uzależnienie od opioidów

Opioidy to grupa substancji wskazujących silne działanie przeciwbólowe i uspokajające, działających poprzez wiązanie się z określonymi receptorami w układzie nerwowym. Efektem ich stosowanie jest łagodzenie bólu, wywołanie uczucia odprężenia, a niektórych przypadkach również euforii. Do grupy tej zalicza się zarówno naturalne środki, jak morfina, jak i syntetyczne, takie jak heroina czy fentanyl.

Proces uzależnienia od opioidów rozwija się niezwykle dynamicznie. Już krótki okres regularnego stosowania może prowadzić do silnego przymusu ponownego zażycia substancji, co często nie w celu osiągnięcia przyjemności, lecz w celu uniknięcia nieprzyjemnych objawów odstawienia. Objawy te obejmują między innymi silne bóle mięśniowe, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nasilony lęk, dreszcze oraz trudności ze snem. Rozwijająca się tolerancja sprawia, że użytkownicy muszą zwiększać dawki, by osiągnąć podobny efekt działania, a odstawienie wywołuje intensywny zespół abstynencyjny, który jest zarówno fizycznie, jak i psychicznie bardzo obciążający.

Uzależnienie od opioidów prowadzi do głębokich zmian neurobiologicznych, szczególnie w układzie nagrody mózgu. Początkowe wzmocnienie uczucia przyjemności poprzez zwiększone wydzielanie dopaminy z czasem ustępuje miejsca trwałym zmianom adaptacyjnym w układzie nerwowym. Prowadzi to do zaburzeń w kontroli impulsów, osłabienia zdolności podejmowania decyzji, ograniczenia kompetencji społecznych oraz stępienia emocjonalnego.

Przewlekłe stosowanie opioidów niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne. Jednym z największych zagrożeń jest ryzyko przedawkowania, mogącego skutkować zatrzymaniem oddechu i śmiercią. Ponadto osoby uzależnione, zwłaszcza stosujące opioidy drogą dożylną, są szczególnie narażone na zakażenia wirusowe, takie jak HIV czy wirusowe zapalenie wątroby typu C.

Podsumowując, uzależnienie od opioidów jest jednym z najbardziej wyniszczających typów nałogów, charakteryzującym się szybkim rozwojem tolerancji, głębokimi zmianami w układzie nerwowym oraz wysokim ryzykiem poważnych konsekwencji zdrowotnych. Skuteczne leczenie wymaga wieloaspektowego podejścia, obejmującego zarówno interwencję



medyczną, jak i długoterminową terapię psychologiczną, wspieraną przez działania społeczne i profilaktyczne.

2.3.3. Uzależnienie od substancji stymulujących

Substancje stymulujące stanowią grupę środków psychoaktywnych, które poprzez swoje działanie na ośrodkowy układ nerwowy wywołują wzmożoną aktywność psychiczną i fizyczną. Wśród najczęściej stosowanych stymulantów wymienia się amfetaminę, metamfetaminę, kokainę oraz różnego rodzaju pochodne katynonu, określane potocznie jako dopalacze. Mechanizm ich działania polega głównie na zwiększeniu stężenia neuroprzekazników odpowiedzialnych za regulację nastroju, motywację oraz poziom energii, co prowadzi do szybkiego pojawienia się uczucia euforii, intensywnego pobudzenia, wzmożonej koncentracji i subiektywnego poczucia kontroli.

Choć w krótkim czasie efekty te mogą być postrzegane jako korzystne, szczególnie w sytuacjach wymagających dużego wysiłku umysłowego lub fizycznego, regularne stosowanie substancji stymulujących bardzo szybko prowadzi do powstania silnego uzależnienia psychicznego. Osoby przyjmujące stymulanty często doświadczają przymusu ponownego sięgnięcia po substancję, niezależnie od świadomości ryzyka oraz negatywnych konsekwencji. Typowymi objawami przewlekłego używania są zaburzenia koncentracji, impulsywność, problemy ze snem, wzmożona drażliwość oraz napady lęku i niepokoju.

W miarę postępującego uzależnienia mogą rozwijać się poważniejsze zaburzenia psychiczne, takie jak głęboka depresja, epizody paranoidalne czy stany psychotyczne. W wyniku długotrwałego działania stymulantów dochodzi także do poważnych uszkodzeń układu nerwowego. Mózg osoby uzależnionej traci zdolność do prawidłowej reakcji na naturalne źródła przyjemności, co jest związane z trwałymi zmianami w funkcjonowaniu układu limbicznego i zmniejszeniem wrażliwości na bodźce emocjonalne.

Długofalowe skutki zdrowotne są równie poważne. U osób nadużywających kokainy obserwuje się zwiększone ryzyko wystąpienia udaru mózgu, zawału serca oraz ciężkich zaburzeń rytmu serca. W przypadku stosowania kokainy donosowo często dochodzi do trwałego uszkodzenia błony śluzowej nosa, a nawet jego deformacji. Przewlekłe przyjmowanie amfetaminy lub metamfetaminy prowadzi do znacznego wyniszczenia organizmu, utraty masy ciała, zaburzeń snu, a także do obniżenia funkcji poznawczych i zdolności społecznych.



Uzależnienie od substancji stymulujących jest jednym z trudniejszych do leczenia typów uzależnień, ze względu na głębokie zakorzenienie mechanizmów psychicznych oraz poważne zmiany neurobiologiczne. Proces terapii wymaga kompleksowego podejścia obejmującego zarówno interwencje farmakologiczne, jak i intensywną psychoterapię. Często niezbędne jest również długotrwałe wsparcie w celu odbudowania zdolności do samoregulacji emocji oraz przywrócenia motywacji do życia bez substancji.

2.3.4. Uzależnienie od leków uspokajających i nasennych

Leki uspokajające i nasenne, zwłaszcza z grupy benzodiazepin, od wielu lat zajmują istotne miejsce w leczeniu zaburzeń lękowych, stanów nadmiernego napięcia oraz problemów ze snem. Substancje takie jak diazepam, alprazolam czy lorazepam są powszechnie przepisywane ze względu na ich szybki i skuteczny działanie. Mechanizm działania benzodiazepin polega na nasileniu funkcji neuroprzekaźnika GABA w ośrodkowym układzie nerwowym, co prowadzi do uspokojenia organizmu, redukcji lęku i poprawy jakości snu.

Chociaż krótkotrwałe stosowanie benzodiazepin może być skutecznym sposobem na szybkie złagodzenie objawów lękowych i poprawę jakości snu, ich długotrwałe używanie wiąże się z wysokim ryzykiem rozwoju uzależnienia. Proces ten przebiega stopniowo i często niezauważalnie zarówno przez pacjentów, jak i przez specjalistów prowadzących terapię. Z czasem dawka leku, która kiedyś była wystarczająca, staje się niewystarczająca, co skłania pacjentów do jej zwiększania, a to z kolei pogłębia mechanizmy uzależnienia.

Szczególną trudność stanowi uzależnienie od benzodiazepin u osób leczonych z powodu zaburzeń lękowych i bezsenności, ponieważ pacjenci ci są najbardziej narażeni na długotrwałe stosowanie tych środków. Często problem ten ujawnia się dopiero wtedy, gdy zaczynają występować wyraźne objawy odstawienne.

W przypadku nagłego ograniczenia lub całkowitego zaprzestania przyjmowania benzodiazepin mogą pojawić się bardzo uciążliwe symptomy, takie jak nasilony niepokój, drażliwość, zaburzenia snu czy problemy z koncentracją. W cięższych przypadkach mogą wystąpić drgawki, stany paniki oraz poważne zmiany afektywne. Dlatego też kluczowym elementem terapii jest stopniowa redukcja dawki leku, przeprowadzana pod ścisłą kontrolą specjalistów, co pozwala zminimalizować ryzyko pojawienia się niebezpiecznych objawów odstawiennych oraz zapobiec pogłębieniu zaburzeń neurobiologicznych.



Współczesne podejście terapeutyczne kładzie również nacisk na zwiększanie samodzielności pacjenta. Terapia obejmuje wsparcie psychoterapeutyczne, które ma na celu rozwijanie zdrowszych strategii radzenia sobie ze stresem i lękiem oraz budowanie świadomości własnych potrzeb emocjonalnych. Dzięki takim interwencjom możliwe jest stopniowe przywracanie równowagi psychofizycznej i znacząca poprawa jakości życia osób dotkniętych uzależnieniem od leków uspokajających i nasennych.

2.3.5. Uzależnienie od kannabinoidów

Kannabinoidy to naturalnie występujące związki chemiczne w roślinie konopi, z których najważniejszym składnikiem aktywnym jest tetrahydrokannabinol (THC). Substancje te, obecne między innymi w marihuanie i haszyszu, oddziałują na receptory CB1 w ośrodkowym układzie nerwowym, wywołując efekty takie jak uczucie relaksu, poprawa nastroju czy działanie przeciwbólowe. Choć początkowe działanie kannabinoidów może być odczuwane jako przyjemne, regularne ich stosowanie prowadzi do długofalowych zmian w strukturze i funkcjonowaniu układu nerwowego. W konsekwencji pojawia się spadek motywacji, problemy z pamięcią, trudności w koncentracji oraz tendencja do izolacji społecznej. Najbardziej narażoną grupą są osoby młode, u których układ nerwowy jest wciąż w trakcie intensywnego rozwoju.

Mimo powszechnego przekonania o "łagodności" działania marihuany i haszyszu, badania naukowe pokazują, że długotrwałe używanie kannabinoidów może prowadzić do rozwoju uzależnienia psychicznego, a w niektórych przypadkach także do występowania objawów odstawiennych. Osoby przerywające stosowanie mogą doświadczać rozdrażnienia, trudności ze snem, braku apetytu oraz problemów z koncentracją.

Długotrwałe używanie marihuany wiąże się również ze znacznym pogorszeniem funkcji poznawczych i społecznych. Regularne stosowanie kannabinoidów obniża zdolność zapamiętywania, zmniejsza motywację do działania i może prowadzić do trudności w budowaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych. W przypadku młodych osób konsekwencje mogą obejmować problemy z nauką, ograniczenie możliwości rozwoju osobistego i trudności zawodowe.

Chociaż proces uzależnienia od kannabinoidów zazwyczaj przebiega wolniej niż w przypadku innych substancji psychoaktywnych, takich jak opioidy czy stymulanty, jego skutki mogą być równie poważne. Szczególnie niepokojące jest wykorzystanie marihuany jako głównej metody radzenia sobie ze stresem i trudnymi emocjami. Skuteczna terapia uzależnienia



opiera się najczęściej na podejściu poznawczo-behawioralnym, w połączeniu z kompleksowym wsparciem społecznym i środowiskowym.

2.3.6. Uzależnienie od halucynogenów

Halucynogeny stanowią grupę substancji psychoaktywnych, które w znacznym stopniu wpływają na odbiór bodźców zmysłowych i sposób postrzegania rzeczywistości. Ich zażycie może prowadzić do zniekształcenia wrażeń związanych z czasem, przestrzenią oraz własną tożsamością. Efekty działania obejmują intensywne przeżycia wizualne, zmiany w odbiorze dźwięków, a także silne doświadczenia emocjonalne i duchowe. Wśród najczęściej używanych halucynogenów znajdują się LSD, psylocybina oraz meskalina.

W odróżnieniu od wielu innych substancji psychoaktywnych, klasyczne halucynogeny rzadko powodują uzależnienie fizyczne. Nie generują one typowych objawów abstynencyjnych ani przymusu biologicznego do ponownego przyjęcia. Niemniej jednak, osoby często sięgające po te środki mogą rozwinąć uzależnienie psychiczne, zwłaszcza gdy traktują halucynogeny jako sposób radzenia sobie z emocjami lub trudną rzeczywistością. Regularne używanie tych substancji może prowadzić do trwałych zmian w funkcjonowaniu układu nerwowego, zaburzeń nastroju, stanów lękowych, a w niektórych przypadkach także do rozwoju psychoz.

Istotnym zagrożeniem związanym z przyjmowaniem halucynogenów są tzw. „bad tripy” - nieprzyjemne doświadczenia halucynacyjne, którym towarzyszy lęk, paranoja oraz poczucie utraty kontroli. Takie przeżycia mogą pozostawiać trwały ślad w psychice osoby i przyczyniać się do powstania poważnych zaburzeń emocjonalnych i poznawczych. Badania wskazują, że stosowanie halucynogenów w niemonitorowanych warunkach może mieć poważne i długoterminowe konsekwencje dla zdrowia psychicznego.

Obecnie obserwuje się rosnące zainteresowanie potencjalnym terapeutycznym zastosowaniem halucynogenów, między innymi w leczeniu depresji czy PTSD. Jednak podkreśla się konieczność prowadzenia badań klinicznych w kontrolowanych warunkach oraz szczególną ostrożność w ich stosowaniu. Pomimo obiecujących wyników badań, używanie tych substancji poza kontekstem medycznym nadal niesie za sobą wysokie ryzyko poważnych skutków ubocznych.

Reasumując, chociaż klasyczne halucynogeny rzadko prowadzą do rozwoju uzależnienia fizycznego, ich przewlekłe nadużywanie wiąże się z istotnym ryzykiem wystąpienia poważnych zaburzeń psychicznych. Efektywne wsparcie osób doświadczających



negatywnych skutków stosowania tych substancji wymaga wielowymiarowej terapii, uwzględniającej zarówno oddziaływania psychoterapeutyczne, jak i wsparcie społeczne oraz środowiskowe.

2.4. Mechanizmy powstawania uzależnień

Uzależnienie to proces dynamiczny i wieloaspektowy, którego geneza tkwi zarówno w biologicznych mechanizmach funkcjonowania mózgu, jak i czynnikach psychologicznych oraz społecznych. Współczesne podejście do problemu odchodzi do postrzeganie uzależnienia jedynie jako skutku regularnego przyjmowania substancji psychoaktywnej. Obecnie traktuje się je jako złożone zaburzenie wynikające ze stopniowych zmian neuroadaptacyjnych, które prowadzą do trwałych zaburzeń w funkcjonowaniu jednostki (Koob, Le Moal, 2006).

Już na wczesnym etapie kontaktu z substancją psychoaktywną dochodzi do aktywacji układu nagrody, obejmującego takie struktury jak brzuszne pole nakrywki (VTA), jądro półleżące (NAc) oraz korę przedczołową (PFC). Kluczowym neuroprzekaźnikiem odgrywającym tu rolę jest dopamina, odpowiedzialna za odczuwanie przyjemności, motywację oraz procesy uczenia się. Substancje uzależniające powodują intensywne uwalnianie dopaminy, wywołując silne poczucie gratyfikacji, co sprzyja powtarzaniu zachowania (Koob, Volkow, 2016).

Z czasem organizm adaptuje się do nadmiernej stymulacji, co prowadzi do rozwoju tolerancji. Wymaga to przyjmowania coraz większych dawek substancji w celu osiągnięcia podobnego efektu. Jednocześnie naturalne źródła przyjemności, takie jak relacje społeczne, aktywność fizyczna czy osiągnięcia osobiste, przestają wywoływać wcześniejsze emocje, co skutkuje spadkiem satysfakcji z codziennego życia.

Wraz z postępem uzależnienia dochodzi do zaburzeń funkcjonowania kory przedczołowej, odpowiedzialnej za kontrolę impulsów i podejmowanie decyzji. Osłabienie tych funkcji powoduje, że osoba uzależniona traci zdolność racjonalnej oceny ryzyka i trudniej jej przerwać cykl zażywania substancji.

W literaturze wskazuje się również na mechanizm przesunięcia motywacyjnego: w późniejszych etapach uzależnienia głównym celem nie jest już osiągnięcie przyjemności, lecz unikanie negatywnych stanów emocjonalnych i objawów odstawiennych (Koob, Le Moal, 2006). W praktyce oznacza to, że osoba uzależniona sięga po substancję nie po to, by poprawić nastroj, ale by złagodzić lęk, napięcie czy uczucie pustki.



Objawy odstawienia obejmują zarówno reakcje fizjologiczne (np. drżenie, potliwość, zaburzenia snu, nudności), jak i psychiczne (np. lęk, drażliwość, depresję). Długotrwałe stosowanie substancji prowadzi do istotnych zmian w strukturze mózgu, w tym zmniejszenia objętości istoty szarej w obrębie kory czołowej, hipokampu i ciała migdałowatego. Konsekwencjami tych zmian są deficyty w pamięci, koncentracji oraz funkcjach wykonawczych, a także zwiększona podatność na zaburzenia nastroju i lękowe (Koob, Volkow, 2016).

Podobne zmiany obserwuje się także w przypadku uzależnień behawioralnych, takich jak patologiczny hazard, kompulsywne zakupy czy uzależnienie od gier komputerowych. Chociaż w tych przypadkach nie dochodzi do przyjmowania substancji chemicznych, mechanizmy działania - zwłaszcza w zakresie aktywacji układu nagrody - są bardzo zbliżone. Z tego powodu uzależnienia behawioralne są obecnie uznawane za pełnoprawne zaburzenia wymagające leczenia (American Psychiatric Association, 2013).

Uzależnienie, niezależnie od formy, ma charakter przewlekły i nawracający. Skuteczne leczenie wymaga podejścia kompleksowego, obejmującego psychoterapię, farmakoterapię oraz działania profilaktyczne. Kluczowe znaczenie ma także długofalowa praca nad zmianą stylu życia, rozwijaniem zdrowszych mechanizmów radzenia sobie ze stresem i emocjami oraz budowaniem wsparcia społecznego. Terapia powinna być indywidualnie dostosowana do potrzeb i możliwości osoby uzależnionej, aby zwiększyć jej szanse na trwałą poprawę jakości życia.

2.4.1. Czynniki podmiotowe w rozwoju uzależnień

Czynniki podmiotowe, określane również mianem indywidualnych, obejmują cechy wynikające z biologicznej konstrukcji jednostki, jej temperamentu, osobowości oraz przebiegu dotychczasowego życia. Wpływają one istotnie na podatność na rozwój uzależnienia i mają zasadnicze znaczenie zarówno w diagnozowaniu ryzyka, jak i w planowaniu skutecznych działań profilaktycznych oraz terapeutycznych.

Wśród czynników zwiększających ryzyko rozwoju uzależnienia obejmują szereg cech indywidualnych, wśród których szczególnie istotne są impulsywność, niska tolerancja na frustrację, wysoka emocjonalność, tendencja do unikania nieprzyjemnych doznań oraz ograniczona zdolność do samokontroli. Osoby przejawiające takie cechy częściej angażują się w zachowania ryzykowne, w tym w eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi, traktując je jako sposób szybkiej regulacji emocji i redukcji napięcia.



Jednym z kluczowych predyktorów rozwoju uzależnienia jest skłonność do poszukiwania intensywnych doznań, która przejawia się potrzebą przeżywania nowych i często ryzykownych doświadczeń. Jednostki o wysokim poziomie tej cechy są bardziej skłonne do sięgania po substancje psychoaktywne w poszukiwaniu ekscytacji. Z kolei osoby o tendencjach introwertycznych, lękowych czy depresyjnych mogą traktować używanie substancji jako formę ucieczki od trudnych emocji lub sposobu na złagodzenie napięcia psychicznego.

Pod względem neurobiologicznym podatność na uzależnienia jest związana między innymi z funkcjonowaniem układu dopaminergicznego, a zwłaszcza szlaku mezolimbicznego, który odpowiada za odczuwanie przyjemności i motywacji. Obniżona aktywność tego układu może skutkować zmniejszoną wrażliwością na naturalne źródła nagrody, co zwiększa tendencję do poszukiwania sztucznych form gratyfikacji, takich jak środki psychoaktywne.

Znaczącym czynnikiem ryzyka w rozwoju uzależnienia są również doświadczenia traumatyczne, zwłaszcza te przeżyte w dzieciństwie lub w okresie dorastania. Przemoc, zaniedbanie emocjonalne oraz brak podstawowego poczucia bezpieczeństwa mają istotny wpływ na rozwój emocjonalny i poznawczy, pozostawiając trwałe ślady w psychice. W wielu przypadkach osoby po doświadczeniach traumatycznych wykształcają strategie unikania emocjonalnego bólu, które w dorosłości mogą przejawiać się w postaci nadużywania substancji psychoaktywnych.

Trauma oddziałuje również na działanie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, zaburzając naturalne mechanizmy regulacji stresu. Osoby z takim doświadczeniem wykazują zwiększoną wrażliwość na bodźce stresogenne, co sprzyja sięganiu po substancje w celu szybkiego obniżenia napięcia.

Długotrwały stres i traumy mogą prowadzić także do zmian w strukturze mózgu, zwłaszcza w obrębie ciała migdałowatego, hipokampu i kory przedczołowej, co wpływa na przetwarzanie emocji, ocenę ryzyka i zdolność do samokontroli. W takich przypadkach substancje psychoaktywne pełnią rolę środka umożliwiającego tłumienie niechcianych przeżyć emocjonalnych lub chwilowe odzyskanie kontroli nad własnym stanem psychicznym.

Wielu dorosłych nie dostrzega związku pomiędzy aktualnymi trudnościami a traumatycznymi doświadczeniami z przeszłości. Uzależnienie staje się w takich sytuacjach formą obrony przed koniecznością konfrontacji z bolesnymi wspomnieniami i emocjami. Integracja terapii uzależnień z terapią traumy jest w takich przypadkach niezbędna do przełamania destrukcyjnych schematów i osiągnięcia trwałej zmiany.



W literaturze coraz większą uwagę poświęca się także zjawisku podwójnej diagnozy, obejmującej jednocześnie występowanie uzależnienia i innych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe, ADHD czy zaburzenia osobowości. W takich przypadkach substancje psychoaktywne często pełnią funkcję autoterapii, umożliwiając chwilowe łagodzenie objawów psychicznych, ale w dłuższym czasie prowadząc do nasilenia zarówno objawów podstawowego zaburzenia, jak i samego uzależnienia.

Efektywne leczenie w przypadku podwójnej diagnozy wymaga podejścia kompleksowego, uwzględniającego terapię obu problemów równocześnie. Zaniedbanie któregoś z aspektów znacząco obniża skuteczność leczenia i zwiększa ryzyko nawrotu. Warto zauważyć, że osoby z podwójną diagnozą często przejawiają niższą motywację do terapii oraz trudności w utrzymaniu abstynencji, co wymaga indywidualnego dostosowania strategii terapeutycznych.

Ochronę przed rozwojem uzależnień stanowią zasoby psychologiczne, takie jak odporność na stres, pozytywna samoocena, poczucie własnej skuteczności oraz dobrze rozwinięte kompetencje emocjonalne i społeczne. Osoby wyposażone w takie zasoby są bardziej odporne na wpływ trudnych doświadczeń życiowych i rzadziej sięgają po substancje w sposób kompulsywny.

Brak rozwiniętych mechanizmów radzenia sobie ze stresem, zwłaszcza w wyniku niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa, zwiększa podatność na uzależnienie jako formę kompensacji emocjonalnych deficytów. W związku z tym nowoczesne modele terapii uzależnień koncentrują się nie tylko na eliminacji objawów uzależnienia, ale również na odbudowie zasobów psychologicznych poprzez rozwijanie umiejętności radzenia sobie, pracy nad tożsamością oraz wzmacnianie zdolności budowania zdrowych relacji międzyludzkich. Tylko takie podejście daje szansę na trwałe przezwyciężenie problemu uzależnienia i znaczącą poprawę jakości życia.

2.4.2. Czynniki środowiskowe

Środowisko, w jakim funkcjonuje jednostka, ma ogromny wpływ na jej podatność na rozwój uzależnień. Wśród kluczowych czynników wymienia się relacje rodzinne, struktury społeczne, środowisko szkolne i zawodowe, wzorce kluczowe oraz łatwość dostępu do substancji psychoaktywnych.



Rodzina jest podstawowym środowiskiem, które formuje postawy wobec używek już od najwcześniejszych lat życia. Brak emocjonalnego wsparcia, doświadczenie przemocy, uzależnienia wśród członków rodziny, nieobecność rodzica lub skrajne style wychowania - od nadmiernej surowości po nadopiekuńczość - mogą istotnie zwiększać ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne. W takich warunkach dziecko nie nabywa skutecznych mechanizmów radzenia sobie ze stresem, a substancje mogą stać się dla niego formą ucieczki od negatywnych emocji.

Duże znaczenie w okresie dorastania mają grupy rówieśnicze. W adolescencji potrzeba przynależności, akceptacji i uznania w grupie nabiera ogromnej siły, często przewyższając wpływ rodziny czy autorytetów dorosłych. Jeżeli normy w grupie rówieśniczej tolerują lub nawet promują używanie substancji psychoaktywnych, młode osoby, chcąc zyskać akceptację, chętniej podejmują ryzykowne zachowania. Dodatkowo niedostatecznie rozwinięta zdolność przewidywania konsekwencji oraz słabsza kontrola impulsów zwiększają podatność na presję grupową.

Szczególnym zagrożeniem jest sytuacja, gdy deficyty emocjonalne w rodzinie skłaniają młodych ludzi do poszukiwania substytutu bezpieczeństwa wśród rówieśników. Wówczas eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi może pełnić funkcję adaptacyjną, co może dawać poczucie przynależności, wspólnoty i akceptacji.

W dorosłym życiu inne aspekty środowiskowe zyskują na znaczeniu. Przewlekły stres zawodowy, przeciążenie obowiązkami, brak satysfakcji z pracy, niestabilność finansowa czy utrata poczucia bezpieczeństwa życiowego stają się istotnymi czynnikami ryzyka. W takich warunkach substancje psychoaktywne, a zwłaszcza legalne, takie jak alkohol czy leki uspokajające, które mogą być postrzegane jako łatwy sposób na złagodzenie napięcia emocjonalnego, bezsenności czy przewlekłego zmęczenia.

Kolejnym istotnym elementem ryzyka jest izolacja społeczna. Brak bliskich relacji, samotność oraz wykluczenie społeczne sprzyjają sięganiu po substancje w celu łagodzenia uczucia pustki emocjonalnej. Osoby pozbawione sieci wsparcia społecznego są bardziej narażone na rozwój zachowań kompulsywnych, w tym nadużywania środków psychoaktywnych jako metody radzenia sobie z cierpieniem psychicznym.

Nie można również pomijać wpływu szeroko pojętych czynników kulturowych. Normy społeczne, akceptacja dla określonych wzorców używania substancji, przekazy medialne oraz dostępność środków psychoaktywnych w środowisku odgrywają ważną rolę w kształtowaniu



zachowań ryzykownych. Społeczności, w których używanie substancji jest społecznie tolerowane lub nawet promowane, cechują się wyższymi wskaźnikami uzależnień.

Podsumowując, skuteczna profilaktyka uzależnień wymaga całościowego podejścia, które uwzględnia wszystkie istotne aspekty środowiska życia jednostki - od więzi rodzinnych, poprzez wpływ grup rówieśniczych, aż po warunki społeczne i kulturowe. Ochrona przed rozwojem zachowań nałogowych opiera się na budowaniu silnych i wspierających relacji, wzmacnianiu umiejętności radzenia sobie ze stresem w sposób adaptacyjny oraz tworzeniu środowiska, które minimalizuje ryzyko kontaktu z substancjami uzależniającymi i promuje zdrowe wzorce funkcjonowania.

2.5. Rola substancji psychoaktywnych w uzależnieniach

Substancje psychoaktywne są kluczowe w procesie powstawania i utrzymywania uzależnień, oddziałując na różne aspekty funkcjonowania jednostki. Ich wpływ wykracza poza wymiar biologiczny, obejmując także sfery psychologiczne i społeczne. To substancje chemiczne oddziałują na układ nerwowy w sposób, który zmienia mechanizmy odpowiedzialne za przyjemność, motywację, regulację emocji i zdolność do radzenia sobie ze stresem.

Charakterystyczną cechą substancji uzależniających jest ich zdolność do trwałej modyfikacji funkcjonowania układu nagrody w mózgu. Ich zażycie powoduje gwałtowny wzrost poziomu neuroprzekaźników, takich jak dopamina, serotonina, GABA czy noeadrenalina, w określonych strukturach mózgowych. W efekcie jednostka doświadcza intensywnych stanów przyjemności, ulgi i euforii, co skutecznie wzmacnia zachowanie prowadzące do ponownego sięgnięcia po substancję.

Z biegiem czasu organizm przystosowuje się do obecności substancji, co prowadzi do rozwoju tolerancji - potrzeby stosowania coraz większych dawek w celu uzyskania tych samych efektów. Równocześnie pojawia się silny przymus psychiczny oraz objawy zespołu abstynencyjnego po odstawieniu środka. Substancja przestaje być jedynie źródłem pozytywnych doznań, a zaczyna pełnić funkcję narzędzia łagodzącego cierpienie fizyczne i emocjonalne, wzmacniając mechanizmy uzależnienia zarówno na poziomie neurobiologicznym, jak i psychologicznym.

Rodzaj przyjmowanej substancji determinuje charakter rozwijającego się uzależnienia. Alkohol, opioidy czy benzodiazepiny szczególnie silnie wiążą się z komponentem fizycznym zależności, objawiającym się ciężkimi objawami abstynencyjnymi. Natomiast w przypadku



substancji stymulujących, takich jak kokaina czy amfetamina, dominującą rolę odgrywa przymus psychiczny, polegający na nieodpartej potrzebie kontynuowania używania mimo świadomości negatywnych konsekwencji.

Należy również zwrócić uwagę na społeczne i kulturowe tło zjawiska. Alkohol, będący substancją legalną i społecznie akceptowaną, jest często pierwszym środkiem psychoaktywnym, po który sięgają młode osoby. Powszechna dostępność oraz normalizacja jego użycia w życiu codziennym mogą prowadzić do bagatelizowania ryzyka i przyczyniać się do rozwijania szkodliwych wzorców konsumpcji. Podobne zagrożenia niesie za sobą nadużywanie leków uspokajających, które są często stosowane niezgodnie z zaleceniami lekarskimi, jako sposób radzenia sobie ze stresem lub problemami emocjonalnymi.

Skutki działania substancji psychoaktywnych nie ograniczają się jedynie do czasu ich zażywania. Zmiany wywołane przez ich długotrwałe stosowanie obejmują trwałe modyfikacje w strukturze i funkcjonowaniu mózgu, zwłaszcza w obszarach odpowiedzialnych za pamięć, kontrolę impulsów oraz regulację emocji. Nawet po odstawieniu substancji mogą utrzymywać się intensywne pragnienia ponownego ich użycia - zjawisko określane jako "głód psychiczny" - utrudniające utrzymanie długotrwałej abstynencji.

W związku z tym proces leczenia uzależnienia powinien obejmować nie tylko fizyczne odstawienie substancji, ale również głęboką analizę funkcji, jaką pełniła ona w życiu osoby uzależnionej. Skuteczna terapia musi pomagać pacjentowi rozwijać nowe sposoby radzenia sobie z emocjami, stresem i trudnościami życiowymi, aby substancja nie była już postrzegana jako jedyne dostępne narzędzie regulacji wewnętrznej.

Podsumowując, substancje psychoaktywne stanowią nie tylko wyzwalacz uzależnienia, ale również jego fundamentalną, wieloaspektową przyczynę. Ich wpływ wykracza poza czysto farmakologiczne oddziaływanie, modyfikując głęboko funkcjonowanie mózgu, kształtując osobowość oraz relacje społeczne jednostki. Zrozumienie tej złożoności jest niezbędne zarówno w pracy terapeutycznej, jak i w tworzeniu skutecznych programów profilaktycznych opartych na wiedzy psychologicznej, medycznej i społecznej.

Rozdział 3. Związek między osobowością, a uzależnieniem

W ostatnich latach związek między osobowością a uzależnieniem stał się przedmiotem intensywnych badań w dziedzinie psychologii i neuropsychologii. Wielu badaczy zauważa, że indywidualne cechy, takie jak impulsywność, skłonność do poszukiwania nowych doświadczeń



oraz niska odporność na stres, mogą znacząco zwiększać ryzyko rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Jednakże ta zależność jest złożona i wynika z interakcji między biologicznymi predyspozycjami, czynnikami emocjonalnymi, środowiskowymi oraz neurobiologicznymi.

Badanie sugerują, że pewne cechy osobowości mogą stanowić czynnik ryzyka zarówno na początku z kontaktu z substancjami, jak i w dalszym rozwoju uzależnienia. Ponadto, osobowość wpływa na sposób, w jaki jednostka postrzega i reguluje swoje emocje, co może wyjaśniać, dlaczego u niektórych osób substancje pełnią rolę samoookaleczenia, podczas gdy u innych są jedynie formą eksperymentu.

Zrozumienie roli osobowości w kontekście uzależnień jest kluczowe nie tylko dla rozwoju teorii, ale i dla praktyki terapeutycznej. Poznanie cech pacjenta może wpływać na skuteczność terapii, umożliwiając lepszy dobór metod leczenia oraz personalizację procesu psychoterapeutycznego. Osobowość może pełnić funkcję zarówno ochronną, jak i zwiększającą podatność na uzależnienia. Takie podejście pozwala na szersze spojrzenie na uzależnienie, które jest traktowane nie tylko jako zaburzenie neurochemiczne, ale także jako zjawisko głęboko osadzone w psychice jednostki.

3.1. Osobowość i lęk jako kluczowy element rozwoju uzależnienia

Osobowość rozumiana jako względnie stały zbiór cech psychologicznych, odgrywa fundamentalną rolę w procesie uzależnienia. To ona kształtuje sposób, w jaki jednostka postrzega świat, reaguje na emocje, podejmuje decyzje i radzi sobie z codziennymi wyzwaniami. W kontekście uzależnień, cech osobowości mogą mieć wpływ na podatność jednostki na kontakt z substancjami psychoaktywnymi oraz na trudności związane w wychodzeniem z nałogu. Osobowość może zarówno inicjować, jak i utrzymywać nawyki prowadzące do uzależnienia. Wpływa ona na sposób przeżywania emocji, reagowania na stres, podejmowanie decyzji oraz nawiązywanie relacji interpersonalnych, a te aspekty mają kluczowe znaczenie w kontekście zachowań ryzykownych.

Do cech osobowości, które są silnie związane z większym ryzykiem uzależnienia, zalicza się impulsywność, neurotyczność, poszukiwanie intensywnych doznań, a także niski poziom sumienności i samokontroli. Impulsywność, rozumiana jako skłonność do działania bez wcześniejszego zastanowienia, prowadzi do podejmowania ryzykownych decyzji, takich jak eksperymentowanie z substancjami, szczególnie w sytuacjach stresowych. Osoby o wysokim



poziomie impulsywności często nie przewidują konsekwencji swoich działań, co sprawia, że sięganie po substancje staje się metodą radzenia sobie z napięciem emocjonalnym.

Neurotyczność, czyli tendencja do doświadczania intensywnych negatywnych emocji, takich jak lęk, przygnębienie czy złość, również stanowi istotny czynnik ryzyka uzależnienia. Osoby z tym profilem osobowości częściej doświadczają wysokiego napięcia psychicznego, które próbują złagodzić za pomocą substancji. Alkohol, leki uspokajające czy środki pobudzające stają się narzędziami redukcji napięcia emocjonalnego, jednak z czasem prowadzi to do uzależnienia i utraty kontroli nad konsumpcją.

Osoby o wysokiej potrzebie stymulacji, poszukujące intensywnych doznań, również są bardziej narażone na uzależnienie. Substancje psychoaktywne stają się dla nich atrakcyjne nie tylko ze względu na ich fizjologiczne działanie, ale także jako sposób na uzyskanie emocji, przewyciężenie monotonii życia czy wyrażenie swojego stylu życia. Uzależnienie w takim przypadku traktowane jest jako sposób zapewnienia sobie ekscytacji.

Kolejnym czynnikiem ryzyka uzależnienia jest niski poziom sumienności i odpowiedzialności. Osoby o tym profilu mają trudności w organizowaniu swojego czasu, wyznaczaniu celów i konsekwentnym działaniu. W kontekście leczenia uzależnień może to prowadzić do niskiej motywacji do zmiany, słabej wytrwałości w dążeniu do abstynencji oraz trudności w przestrzeganiu zasad programu terapeutycznego.

Równie istotnym elementem w rozwoju uzależnienia jest środowisko, w którym jednostka się rozwija. Cechy osobowości oddziałują w interakcji z czynnikami biologicznymi i społecznymi. Osoba o impulsywnej osobowości, żyjąca w stabilnym środowisku, które oferuje wsparcie emocjonalne, może nie rozwinąć uzależnienia. Natomiast w trudnych warunkach, takich jak brak wsparcia czy przewlekły stres, ryzyko uzależnienia wzrasta. Środowisko, w którym osoba funkcjonuje, może więc znacząco wpływać na rozwój uzależnienia.

Należy również zwrócić uwagę na rolę lęku jako czynnika kluczowego w rozwoju uzależnienia. Lęk może stać się głównym impulsem do sięgania po substancje psychoaktywne. Osoby doświadczające chronicznego lęku często używają substancji, by złagodzić objawy niepokoju i napięcia emocjonalnego. Substancje takie jak alkohol, leki uspokajające czy narkotyki przynoszą ulgę na krótką metę, jednak z biegiem czasu potrzeba coraz większych dawek prowadzi do rozwoju tolerancji i pogłębiania uzależnienia. Lęk nie tylko staje się



impulsem do sięgania po substancje, ale także utrzymuje uzależnienie, ponieważ osoba uzależniona nie potrafi poradzić sobie z emocjami bez pomocy substancji.

Lęk w kontekście uzależnienia jest również powiązany z mechanizmem unikowego stylu radzenia sobie. Osoby z wysokim poziomem lęku, które mają trudności w konstruktywnym rozwiązywaniu problemów emocjonalnych, często wybierają substancje jako sposób na złagodzenie dyskomfortu psychicznego. Długotrwałe stosowanie tej strategii prowadzi do utrwalenia nawyków, które zamiast rozwiązywać problem, tylko go pogłębiają. Uzależnienie staje się mechanizmem unikania trudnych emocji i sytuacji życiowych, co w dłuższym czasie pogarsza stan emocjonalny osoby uzależnionej.

Z tego względu w terapii uzależnień uwzględnienie lęku jako czynnika towarzyszącego jest niezbędne. Zintegrowane podejście terapeutyczne, które łączy leczenie uzależnienia z terapią lęku, znacząco zwiększa skuteczność interwencji. Celem terapii jest nie tylko rozwiązywanie problemu uzależnienia, ale także pomoc pacjentowi w radzeniu sobie z lękiem w bardziej konstruktywny sposób. To pozwala na budowanie zdrowszych mechanizmów radzenia sobie z emocjami, co stanowi podstawę długotrwałej rehabilitacji.

Zrozumienie roli lęku w uzależnieniu umożliwia lepsze dostosowanie metod leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta. W efekcie możliwe staje się skuteczne leczenie uzależnienia, wspieranie pacjenta w budowaniu zdrowych mechanizmów radzenia sobie z emocjami oraz pomoc w procesie rehabilitacji, co jest kluczowe w długoterminowej terapii.

Osobowość oraz lęk odgrywają kluczową rolę w rozwoju uzależnienia, stanowiąc istotne elementy w całym procesie uzależnienia i leczenia. Cechy osobowościowe, takie jak impulsywność, neurotyczność, potrzeba stymulacji, a także niski poziom samokontroli, mogą znacząco wpłynąć na podatność jednostki na uzależnienie. Z kolei lęk, będący reakcją na negatywne emocje, może prowadzić do używania substancji jako mechanizmu unikania dyskomfortu, co w rezultacie utrzymuje uzależnienie. Uwzględnienie tych czynników w terapii uzależnienia jest niezbędne dla skutecznego leczenia oraz długoterminowej rehabilitacji, pomagając pacjentowi radzić sobie z emocjami w bardziej konstruktywny sposób.

3.2. Cechy osobowości sprzyjające uzależnieniom

Cechy osobowości, które mogą zwiększać ryzyko uzależnienia, odgrywają kluczową rolę w zrozumieniu mechanizmów prowadzących do rozwoju zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Osobowość jako zorganizowany zbiór cech



psychicznych, kształtuje sposób, w jaki jednostka reaguje na sytuacje stresowe, emocjonalne i społeczne, a także wpływa na wybór strategii radzenia sobie w trudnych chwilach. W kontekście uzależnień, niektóre cechy osobowości mogą inicjować kontakt z substancjami oraz przyczynić się do utrwalania uzależnienia, w zależności od ich charakterystyki.

Model Wielkiej Piątki, który jest jednym z najczęściej używanych narzędzi w badaniach nad osobowością, wyróżnia pięć podstawowych wymiarów: neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenia, ugodowość oraz sumienność. W kontekście uzależnień szczególną uwagę zwraca się na neurotyczność, sumienność oraz ugodowość, ponieważ ich nasilenie, zarówno wysokie, jak i niskie, może w istotny sposób predysponować jednostkę do rozwoju uzależnienia.

Neurotyczność jest cechą osobowości, która wiąże się z tendencją do doświadczania intensywnych negatywnych emocji, takich jak lęk, złość czy depresja. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności mają trudności z adaptacyjnym radzeniem sobie ze stresem, co może prowadzić do poszukiwania substancji psychoaktywnych w celu złagodzenia napięcia emocjonalnego. Z czasem, stosowanie tych substancji staje się mechanizmem „samoleczenia”, co prowadzi do uzależnienia.

Sumienność, z kolei, odnosi się do zdolności do organizowania życia, realizowania celów oraz samodyscypliny. Osoby o niskim poziomie sumienności są bardziej skłonne do impulsywnych decyzji i ryzykownych zachowań, co zwiększa ich podatność na uzależnienia. Ponadto, brak wytrwałości w dążeniu do abstynencji i trudności w przestrzeganiu zasad terapeutycznych mogą utrudniać skuteczną walkę z uzależnieniem.

Ugodowość, czyli cecha osobowości charakteryzująca się empatią, współpracą i unikaniem konfliktów, również ma wpływ na ryzyko uzależnienia. Osoby o niskiej ugodowości mogą mieć trudności w nawiązywaniu bliskich relacji interpersonalnych, co może prowadzić do poczucia osamotnienia i większej potrzeby ucieczki w substancje. Brak wsparcia emocjonalnego może prowadzić do zwiększonego ryzyka sięgania po używkę jako formę samodzielnego radzenia sobie z problemami.

Osoby poszukujące intensywnych doznań, które mają tendencję do podejmowania ryzykownych zachowań, są bardziej podatne na uzależnienia. Dla nich substancje psychoaktywne stanowią nie tylko źródło przyjemności, ale także sposób na przełamanie monotonii życia czy uzyskanie emocji. Uzależnienie w takim przypadku staje się metodą na utrzymanie ekscytacji.



Innym czynnikiem ryzyka uzależnienia jest niski poziom odporności na frustrację. Osoby, które mają trudności w kontrolowaniu swoich impulsów, szczególnie w obliczu stresu czy napięcia, mogą częściej sięgać po substancje psychoaktywne jako sposób na uzyskanie natychmiastowej ulgi. W połączeniu z tendencją do negatywnego afektu, osoby te stają się szczególnie podatne na rozwój uzależnienia.

Warto zaznaczyć, że cechy osobowości nie działają w izolacji. Wpływają one na zachowanie jednostki w interakcji z czynnikami biologicznymi, społecznymi i emocjonalnymi. Na przykład, osoba o impulsywnej osobowości w stabilnym i wspierającym środowisku może nigdy nie rozwinąć uzależnienia, podczas gdy w trudnym, pełnym stresu środowisku ryzyko uzależnienia znacząco rośnie.

Znajomość profilu osobowościowego pacjenta ma kluczowe znaczenie w kontekście terapii uzależnień, ponieważ pozwala na lepsze dopasowanie interwencji do indywidualnych potrzeb. Zrozumienie roli cech osobowościowych w uzależnieniach pomaga skuteczniej prowadzić leczenie, minimalizując ryzyko nawrotów oraz wspierając pacjenta w budowaniu zdrowszych mechanizmów radzenia sobie z emocjami.

3.3. Modele psychologiczne wyjaśniające zależność między osobowością, a uzależnieniem

Współczesne badania nad uzależnieniem z coraz większym naciskiem koncentrują się na zrozumieniu interakcji między osobowością a mechanizmami neurobiologicznymi, które są odpowiedzialne za rozwój i utrzymywanie uzależnień. Z tego względu powstało wiele modeli psychologicznych, które próbują wyjaśnić, w jaki sposób cechy osobowościowe wpływają na predyspozycje do uzależnienia. Modele te biorą pod uwagę zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczne, starając się uchwycić złożoną naturę tego zjawiska.

Jednym z kluczowych podejść w tej dziedzinie jest teoria dopaminowa, która koncentruje się na neurobiologicznych mechanizmach uzależnienia, w tym roli układu nagrody w mózgu. Badania Kooba i Volkowa (2016) wskazują na centralną rolę dopaminy w rozwoju uzależnień. Układ dopaminergiczny, który jest odpowiedzialny za odczuwanie przyjemności oraz motywację, odgrywa kluczową rolę w procesach uzależnieniowych. Osoby o wysokiej reaktywności w tym systemie, szczególnie te z tendencją do impulsywnego zachowania, mogą być bardziej podatne na uzależnienie, ponieważ substancje psychoaktywne działają jako silne bodźce nagradzające, prowadząc do powtarzania zachowań nawet w obliczu negatywnych konsekwencji. Taki model pomaga zrozumieć, dlaczego osoby z cechami osobowości



impulsywnych lub z wysokim poziomem neurotyczności mają większą tendencję do sięgania po substancje jako sposób na regulację swoich emocji.

Z drugiej strony, model zaproponowany przez Willisa i Mendozę (2012) koncentruje się na roli impulsywności i samokontroli w kontekście uzależnień. Impulsywność to cecha osobowości, która wiąże się z podejmowaniem działań bez wcześniejszego namysłu, co prowadzi do ryzykownych zachowań, takich jak eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi. Brak zdolności do długoterminowego planowania, a także trudności w odraczaniu gratyfikacji, mogą prowadzić do uzależnienia, ponieważ jednostka szuka natychmiastowej ulgi lub przyjemności. Z kolei samokontrola jest cechą, która chroni przed podejmowaniem ryzykownych zachowań. Modele te podkreślają, że osoby o niskiej samokontroli, które mają trudności w powstrzymaniu się od działania pod wpływem impulsów, są bardziej narażone na uzależnienia, ponieważ substancje psychoaktywne dają im natychmiastową gratyfikację, której tak często brakuje w codziennym życiu.

W połączeniu z teorią dopaminową, model Willisa i Mendozy może wyjaśniać, dlaczego osoby z tendencją do impulsywnych reakcji i niską samokontrolą są bardziej skłonne do rozwijania uzależnień. Psychologiczne mechanizmy, takie jak trudność w przewidywaniu konsekwencji swoich działań oraz potrzeba szybkiej gratyfikacji, mogą być wzmocnione przez zmiany neurochemiczne, które zachodzą w mózgu w odpowiedzi na substancje uzależniające.

Oba modele - zarówno neurobiologiczny, jak i psychologiczny - pozwalają na zrozumienie, jak interakcja między cechami osobowości a neurobiologicznymi procesami w mózgu prowadzi do uzależnienia. Osobowość wpływa na wybory, jakie podejmujemy w trudnych sytuacjach, a także na to, jak reagujemy na stres, napięcie emocjonalne i w jaki sposób regulujemy swoje emocje. Cechy takie jak impulsywność, neurotyczność czy brak samokontroli mogą działać jako czynniki ryzyka, które zwiększają podatność na uzależnienia, podczas gdy mechanizmy dopaminowe pomagają zrozumieć, dlaczego te zachowania są tak silnie nagradzane i utrzymywane przez układ nagrody w mózgu.

Modele te mają również znaczenie praktyczne, zwłaszcza w kontekście leczenia uzależnień. Zrozumienie zależności między osobowością a uzależnieniem może pomóc w tworzeniu bardziej efektywnych programów terapeutycznych, które uwzględniają indywidualne cechy pacjenta. Na przykład, w przypadku osób z tendencją do impulsywności, terapia może skupić się na rozwijaniu umiejętności samokontroli, podczas gdy osoby z



wysokim poziomem neurotyczności mogą potrzebować bardziej zindywidualizowanego podejścia, które uwzględni ich emocjonalne trudności i lęki.

3.3.1. Modele uzależnień od dopaminy

Współczesne modele neurobiologiczne uzależnień skupiają się na roli układu nagrody i neuroprzekaźników, w szczególności dopaminy, w mechanizmach rozwoju uzależnienia. Jednym z kluczowych podejść w tej dziedzinie jest model dopaminowy, który tłumaczy uzależnienie jako wynik złożonego działania czynników biologicznych i psychologicznych, gdzie substancje psychoaktywne wpływają na układ nagrody w mózgu.

Zgodnie z tym modelem, substancje psychoaktywne (np. alkohol, opioidy, nikotyna, stymulanty) działają na szlaki dopaminergiczne w mózgu, co prowadzi do wzrostu wydzielania dopaminy w określonych strukturach mózgowych, takich jak jądro półleżące (nucleus accumbens) i brzuszne pole nakrywki (ventral tegmental area, VTA). Dopamina jest głównym neuroprzekaźnikiem związanym z procesem odczuwania przyjemności i motywacji, a jej uwalnianie wywołuje uczucie euforii i nagrody, które jednostka stara się ponownie osiągnąć, powtarzając zachowanie związane z zażywaniem substancji.

Długotrwałe stosowanie substancji prowadzi do tzw. hipodopaminergii, czyli stanu, w którym poziom dopaminy w mózgu spada, a osoby uzależnione zaczynają odczuwać coraz mniejszą przyjemność z naturalnych źródeł nagrody (np. relacji społecznych, aktywności fizycznej). Zamiast tego, substancja staje się głównym źródłem gratyfikacji. Zmniejszenie liczby receptorów dopaminowych D2, które są odpowiedzialne za odbiór bodźców nagradzających, powoduje, że mózg przestaje reagować na zwykłe bodźce, co zmusza osobę uzależnioną do poszukiwania coraz silniejszych bodźców, takich jak substancje psychoaktywne.

Na dalszych etapach uzależnienia motywacja do zażywania substancji zmienia się z hedonistycznej na defensywną. Osoby uzależnione zaczynają używać substancji nie po to, aby czerpać przyjemność, ale by uniknąć objawów abstynencyjnych, takich jak lęk, ból fizyczny, bezsenność czy rozdrażnienie. To przejście od poszukiwania przyjemności do unikania cierpienia jest typowym mechanizmem przewlekłego uzależnienia.

Dodatkowo, model dopaminowy uwzględnia genetyczne predyspozycje do uzależnienia. Badania pokazują, że osoby z określonymi wariantami genów, takimi jak DRD2 (receptor dopaminowy) oraz COMT (enzym metabolizujący dopaminę), mogą mieć



zwiększoną wrażliwość na substancje uzależniające lub obniżoną aktywność dopaminergiczną. Tego typu osoby mogą być bardziej podatne na rozwój uzależnienia, ponieważ ich układ nagrody jest mniej skuteczny w regulowaniu emocji, przez co wymagają silniejszych bodźców zewnętrznych, w tym substancji psychoaktywnych, aby poczuć przyjemność lub złagodzić napięcie emocjonalne.

Podsumowując, model dopaminowy daje wgląd w neurobiologiczne podstawy uzależnienia, pokazując, jak zmiany w układzie nagrody, w tym w systemie dopaminergicznym, wpływają na podatność jednostki na uzależnienie. Zrozumienie tych mechanizmów jest niezbędne, by lepiej dopasować metody leczenia oraz terapii uzależnień, uwzględniając indywidualne predyspozycje biologiczne i genetyczne pacjentów.

3.3.2. Teorie temperamentu Cloninger'a

Współczesne podejście do uzależnienia nie koncentruje się jedynie na jednym czynniki wyjaśniającym jego rozwój, lecz uwzględnia szeroką interakcję czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Z tego powodu w ostatnich latach duże znaczenie zyskały modele psychologiczne, które starają się integrować cechy osobowości z neurobiologicznymi mechanizmami uzależnienia. Modele te podkreślają, jak osobowość, zarówno w kontekście cech temperamentalnych, jak i charakteru, wpływa na ryzyko rozwoju uzależnienia i pomaga zrozumieć, dlaczego niektóre osoby są bardziej podatne na uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Jednym z takich modeli jest teoria temperamentu i charakteru autorstwa Roberta Cloningera, która wyróżnia szczególne znaczenie temperamentu jako biologicznie uwarunkowanego elementu osobowości. Według tej teorii temperament, który jest względnie stały i w dużej mierze wynika z predyspozycji biologicznych, ma zasadniczy wpływ na sposób reagowania jednostki na emocje oraz na jej skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań, w tym eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi.

Cloninger wyróżnił trzy główne wymiary temperamentu, które mają szczególne znaczenie w kontekście uzależnienia: unikanie szkody, poszukiwanie nowości oraz zależność od nagrody.

Unikanie szkody odnosi się do skłonności do unikania ryzyka i lęku w sytuacjach niepewnych. Osoby o wysokim poziomie tej cechy są skłonne do nadmiernego reagowania stresem, co może prowadzić do ucieczki w substancje w celu zmniejszenia napięcia



emocjonalnego. Z kolei osoby o niskim poziomie unikania szkody są bardziej impulsywne i podejmują ryzyko, co może sprzyjać częstszemu sięganiu po substancje.

Poszukiwanie nowości to cecha, która wiąże się z tendencją do szukania intensywnej doznań i stymulacji. Osoby, które mają wysoki poziom tej cechy, są bardziej skłonne do angażowania się w zachowania ryzykowne, w tym eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi. Dążenie do intensywnej doświadczeń, zwłaszcza w kontekście nudy czy braku stymulacji, sprawia, że substancje stają się dla tych osób atrakcyjne.

Zależność od nagrody jest natomiast związana z wrażliwością na pozytywne wzmocnienia, takie jak aprobaty społeczne. Osoby o wysokim poziomie tej cechy mogą łatwiej uzależnić się od substancji, które zapewniają gratyfikację emocjonalną, ponieważ substancje stają się dla nich głównym źródłem poczucia zadowolenia i spełnienia.

3.3.3. Rola temperamentu w rozwoju uzależnienia

Kombinacja wymienionych cech temperamentu, takich jak wysoki poszukiwanie nowości i niskie unikanie szkody, prowadzi do stworzenia profilu osobowościowego szczególnie narażonego na impulsywne, ryzykowne zachowania, w tym rozwój uzależnienia. Osoby o takim temperamencie często podejmują decyzje bez głębszego przemyślenia, co może prowadzić do angażowania się w substancje psychoaktywne, szczególnie w sytuacjach stresowych lub wtedy, gdy brakuje wsparcia emocjonalnego.

Zgodnie z teorią Cloningera, uzależnienie w takim przypadku może stanowić formę szukania bodźców i emocji, które zaspokajają potrzebę stymulacji. Substancje psychoaktywne stają się sposobem na wypełnienie tej luki w emocjonalnym doświadczeniu, zwłaszcza gdy inne formy gratyfikacji stają się niedostępne lub niewystarczająco efektywne.

3.3.4. Zastosowanie teorii temperamentu w terapii uzależnień

Teoria temperamentu Cloningera dostarcza użytecznych narzędzi w kontekście terapii uzależnień. Dzięki identyfikacji predyspozycji temperamentalnych pacjenta możliwe jest dopasowanie terapii do indywidualnych potrzeb. Na przykład osoby o wysokim poziomie unikania szkody mogą skorzystać z terapii nastawionych na redukcję lęku i poprawę odporności psychicznej, natomiast osoby z wysokim poszukiwaniem nowości mogą wymagać bardziej zorganizowanych form leczenia, które odpowiadają na ich potrzebę stymulacji i aktywności.

Badania kliniczne wykazały, że uwzględnienie cech temperamentu w procesie leczenia uzależnień pozwala na lepsze dopasowanie strategii terapeutycznych i zwiększa skuteczność



leczenia, szczególnie w przypadku uzależnienia od substancji stymulujących. Wskazuje to na praktyczną użyteczność modelu Cloningera, nie tylko w diagnozie, ale również w długoterminowym wspieraniu procesu zdrowienia. Pomaga to w skuteczniejszym dopasowaniu interwencji terapeutycznych i zwiększa szanse na skuteczne przezwycięzenie uzależnienia.

Modele psychologiczne wyjaśniające zależność między osobowością a uzależnieniem, takie jak teoria temperamentu Cloningera, oferują cenne narzędzia do zrozumienia mechanizmów uzależnienia. Zastosowanie tych teorii w praktyce pozwala na bardziej precyzyjne dopasowanie metod leczenia do cech osobowościowych pacjenta, co zwiększa szansę na skuteczne przezwycięzenie uzależnienia.

3.4. Osobowość a procesie uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest złożonym zjawiskiem, które wynika z interakcji wielu czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Kluczową rolę w rozwoju uzależnienia odgrywają cechy osobowościowe jednostki, które mogą wpływać na szybkość pojawienia się i nasilenie objawów uzależnienia, a także na trudności w procesie leczenia i rehabilitacji. Osobowość ma znaczący wpływ na sposób, w jaki jednostka radzi sobie ze stresem, emocjami oraz jak podejmuje decyzje, co ma bezpośrednie przełożenie na ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne.

3.4.1. Cechy osobowości sprzyjające uzależnieniom

Wiele badań wskazuje na to, że pewne cechy osobowości mogą predysponować jednostkę do rozwoju uzależnienia. Impulsywność jest jednym z kluczowych czynników, który sprawia, że osoby z tendencją do podejmowania ryzykownych decyzji, bez uprzedniego rozważenia konsekwencji, częściej sięgają po substancje psychoaktywne. Takie osoby, działające pod wpływem chwilowych emocji, mogą traktować substancje jako sposób na natychmiastową gratyfikację, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju nałogu.

Z kolei neurotyczność, czyli skłonność do doświadczania silnych negatywnych emocji, takich jak lęk czy depresja, jest również silnie związana z uzależnieniami. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności często sięgają po substancje w celu złagodzenia negatywnych stanów emocjonalnych. Substancje psychoaktywne, takie jak alkohol czy narkotyki, stają się dla nich sposobem na chwilową ulgę w cierpieniu psychicznym. W dłuższym okresie może to prowadzić do uzależnienia, ponieważ przy braku alternatywnych mechanizmów radzenia sobie z emocjami, substancje stają się głównym narzędziem regulacji emocji.



Inną cechą, która może sprzyjać uzależnieniu, jest poszukiwanie nowości. Osoby o wysokiej potrzebie stymulacji często angażują się w ryzykowne zachowania, takie jak eksperymentowanie z substancjami, aby zaspokoić swoje pragnienie nowych doznań. Tego typu jednostki mają tendencję do szukania intensywnych wrażeń, co może prowadzić do częstszego sięgania po substancje, szczególnie wtedy, gdy inne źródła gratyfikacji, takie jak relacje społeczne czy aktywność fizyczna, nie zaspokajają ich potrzeby stymulacji.

3.4.2. Zdolność do samoregulacji emocji a uzależnienia

Osoby, które mają trudności z regulowaniem własnych emocji, są bardziej narażone na rozwój uzależnień. Niska samokontrola to cecha, która w istotny sposób zwiększa ryzyko popadnięcia w nałóg. Brak umiejętności panowania nad impulsywnymi reakcjami, zwłaszcza w sytuacjach stresowych, często prowadzi do sięgania po substancje psychoaktywne, dające szybkie poczucie ulgi. W przypadku osób o ograniczonej zdolności do samoregulacji, używki stają się prostym i natychmiastowym sposobem radzenia sobie z kryzysami emocjonalnymi, co z czasem może przerodzić się w uzależnienie.

Zrozumienie roli osobowości w procesie uzależnienia jest kluczowe dla skutecznego leczenia. Cechy osobowościowe, takie jak impulsywność, neurotyczność, poszukiwanie nowości czy niska samokontrola, mają znaczący wpływ na przebieg uzależnienia, a także na trudności związane z terapią. W terapii uzależnień ważne jest uwzględnienie tych cech, aby dopasować metody leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Na przykład, osoby impulsywne mogą skorzystać z terapii behawioralnej, która pomoże im poprawić zdolność do kontrolowania swoich impulsów, a osoby z wysokim poziomem neurotyczności mogą wymagać terapii, która skupi się na redukcji lęku i poprawie odporności psychicznej.

Zrozumienie roli osobowości w uzależnieniu pozwala na bardziej efektywne podejście do leczenia, które uwzględnia indywidualne predyspozycje pacjenta. Dzięki temu możliwe jest stworzenie bardziej spersonalizowanej i skutecznej terapii, która ma na celu nie tylko leczenie uzależnienia, ale także pomoc w budowaniu zdrowszych mechanizmów radzenia sobie z emocjami i trudnościami życiowymi.

3.5. Przegląd badań

Zrozumienie mechanizmów psychologicznych leżących u podstaw uzależnień od substancji psychoaktywnych wymaga uwzględnienia zarówno czynników środowiskowych, jak i wewnętrznych predyspozycji danej jednostki, w tym jej cech osobowościowych.



Szczególną uwagę badacze zwracają na lęk - rozumiany jako trwała cecha osobowości, jak i jego stan emocjonalny. Od wielu lat zagadnienia te pozostają w centrum zainteresowań psychologii, jednak w ostatnim okresie, zwłaszcza między rokiem 2019 a 2025, znacząco wzrosło zainteresowanie badaniami dotyczącymi ich wzajemnego powiązania. Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na ten temat związanym z lękiem, cech osobowości oraz rozwoju i utrzymywania się uzależnień od substancji psychoaktywnych.

W najnowszych badaniach, podkreśla się, że określone cechy osobowości, takie jak wysoki poziom neurotyczności, impulsywność oraz tendencja do poszukiwania silnych doznań, istotnie zwiększają ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne (Fehrman i.in., 2019). Osoby prezentujące taki profil częściej wykazują trudności w radzeniu sobie ze stresem i emocjami, co sprzyja poszukiwaniu natychmiastowej ulgi za pomocą środków psychoaktywnych.

Istotnym w kontekście zrozumienia tych mechanizmów jest również model systemów BIS/BAS (Behavioral Inhibition System/Behavioral Approach System). Wyższa aktywność układu unikania (BIS) wiąże się z większą podatnością na lęk oraz zaburzenia depresyjne, co może zwiększać ryzyko rozwoju uzależnienia. Z kolei dominacja systemu dążenia do nagrody (BAS) sprzyja impulsywnym zachowaniom i poszukiwaniu intensywnych doznań, co również stanowi czynnik ryzyka uzależnień (Masuyama i.in. 2022),

Zagadnienie to zostało również podjęte w polskim piśmiennictwie. Modrzyński (2025) zwraca uwagę na konieczność wczesnej interwencji terapeutycznej, koncentrującej się nie tylko na eliminacji substancji psychoaktywnych, ale także na pracy nad mechanizmami lękowymi i wzorcami impulsywności. Zdaniem autora, skuteczna terapia powinna obejmować zmianę schematów emocjonalnych leżących u podstaw zachowań nałogowych.

W podobnym tonie wypowiada się Jędrzejko (2023), który podkreśla, że współczesne teorie uzależnień coraz częściej uwzględniają czynniki osobowościowe jako istotne elementy ryzyka. Autor zauważa, iż osoby doświadczające nasilonego lęku są bardziej skłonne do sięgania po substancje w celu krótkotrwałego złagodzenia negatywnych emocji, co jednak w dłuższej perspektywie prowadzi do utrwalenia się mechanizmów uzależnienia.

Interesującym spojrzeniem na ten problem poświęcili również autorzy literatury popularnonaukowej. O'Kane (2025) opisuje zjawisko uzależnienia od lęku jako powtarzający się wzorzec, w którym substancje psychoaktywne są wykorzystywane do chwilowego obniżenia poziomu niepokoju. Autor zwraca uwagę na potrzebę rozwijania kompetencji w



zakresie samoregulacji emocjonalnej i zmiany dysfunkcyjnych schematów poznawczych w procesie terapeutycznym.

Polski kontekst społeczny w tym zakresie przybliży Lorenc (2024), który w swojej publikacji przedstawia osobiste historie osób zmagających się z zaburzeniami lękowymi i uzależnieniami. Choć praca ta ma charakter popularnonaukowy, dostarcza wartościowego wglądu w realne doświadczenia osób cierpiących, ukazując, jak silnie mogą się one wzajemnie przenikać.

Podsumowując, najnowsze wyniki badań wskazują, że cechy osobowości, takie jak neurotyczność, impulsywność oraz skłonność do przeżywania lęku, odgrywając istotną rolę w rozwoju uzależnień od substancji psychoaktywnych. Lepsze rozumienie roli systemów BIS i BAS pozwalają wyjaśnić mechanizmy psychologiczne leżące u podstaw rozwoju zachowań nałogowych. Uwzględnienie tych czynników w procesie diagnozy i terapii może znacząco wspomóc skuteczne leczenie i zapobiegać nawrotom.

Rozdział. 4 Analiza badań własnych

W niniejszym rozdziale zaprezentowana zostanie metodologia przeprowadzonych badań własnych, opartych na metodzie studium przypadku. Studium przypadku zostało wybrane jako główny instrument badawczy ze względu na jego zdolność do umożliwienia dogłębnego zrozumienia zależności między cechami osobowości a uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Przedstawiona zostanie problematyka badawcza oraz postawione hipotezy, które przybierają formę twierdzeń, stanowiących fundament dalszej analizy.

Kolejne sekcje rozdziału będą zawierały szczegółowy opis zastosowanej metody badawczej, w tym techniki zbierania i analizy danych, które pozwoliły na kompleksowe zrozumienie badanego przypadku. Następnie zostanie przedstawiona charakterystyka osoby badanej, będącej przedmiotem analizy, wraz z uzasadnieniem jej doboru do badań. Ostatecznie, omówione zostaną strategie analizy danych oraz ogólne podejście do realizacji badań, które zapewniły uzyskanie rzetelnych i wiarygodnych wyników.

Metoda ta została wybrana, ponieważ uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest procesem o charakterze indywidualnym, na który oddziałują liczne czynniki - biologiczne, psychologiczne i środowiskowe. Studium przypadku pozwala na uchwycenie unikalnych wzorców interakcji tych czynników, co w badaniach o charakterze ilościowym byłoby trudne do osiągnięcia.



W ramach badania przeanalizowano przypadki osób w wieku od 18 do 60 lat, borykających się z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków. Osoba badana została wybrana na podstawie kilku kluczowych kryteriów. Przede wszystkim, posiadała historię trwającego lub zakończonego leczenia w ośrodku terapii uzależnień. Kolejnym warunkiem była dostępność szczegółowych danych na temat jej funkcjonowania osobowościowego i społecznego. Ponadto, osoba ta wyraziła chęć i zgodę na udział w badaniu oraz udzielenie informacji podczas wywiadu.

Przypadek ten jest szczególnie interesujący, ponieważ pozwala na analizę cech osobowości, takich jak impulsywność, niski poziom samokontroli oraz podatność na stres, które - zgodnie z literaturą naukową - często są związane z uzależnieniem. Dodatkowo, wywiad z osobą badaną umożliwia zgłębienie subiektywnych doświadczeń i motywacji, które doprowadziły do rozwoju uzależnienia.

Motywacja do wyboru takiego tematu pracy oraz metody badawczej wynika z potrzeby indywidualizacji problemu. Uzależnienia to procesy wieloczynnikowe, a studium przypadku pozwala uchwycić ich specyficzne przejawy w kontekście cech osobowościowych, takich jak neurotyczność, ekstrawersja czy impulsywność. Analiza jednej osoby umożliwia dogłębne zrozumienie jej życia, doświadczeń i motywacji, co pozwala na pełniejsze poznanie wpływu osobowości na rozwój uzależnienia.

Z drugiej strony, wykonanie badań na większej próbie wymagałoby większych zasobów i czasu, a studium przypadku pozwala na dokładną analizę przy ograniczonych możliwościach badawczych. Wybór tej metody był również podyktowany chęcią uzyskania głębokiego wglądu w mechanizmy psychologiczne związane z uzależnieniem. Podejście ilościowe, mimo swojej wartości, nie zawsze pozwala na uchwycenie indywidualnych historii i kontekstów, które odgrywają kluczową rolę w procesie uzależnienia. Studium przypadku umożliwia kompleksowe zrozumienie tego zjawiska, uwzględniając zarówno subiektywne doświadczenia jednostki, jak i jej cechy osobowościowe.

Motywacją wyboru tego tematu oraz metody badawczej była chęć zgłębienia zależności między psychologią osobowości a uzależnieniami, które stanowią jedno z kluczowych wyzwań współczesnej psychologii klinicznej. Jako przyszły specjalista w dziedzinie psychologii pragnę lepiej zrozumieć, w jaki sposób cechy osobowościowe wpływają na podatność na uzależnienia, a także jakie strategie terapeutyczne mogą być skuteczne w ich leczeniu. Wybór metody studium przypadku pozwolił mi na dokładną analizę indywidualnych mechanizmów



uzależnienia oraz na uzyskanie praktycznych wniosków, które będą miały zastosowanie w mojej przyszłej pracy zawodowej.

4.1. Procedura studium przypadku

W prezentowanej pracy zastosowano metodę studium przypadku, która pozwala na przeprowadzenie dogłębnej analizy indywidualnych zależności pomiędzy cechami osobowościowymi a uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Jest to podejście jakościowe, które umożliwia badanie złożonych zjawisk w ich naturalnym kontekście, koncentrując się na jednostkowych doświadczeniach. Dzięki tej metodzie możliwe jest nie tylko zidentyfikowanie specyficznych cech osobowościowych osoby badanej, ale także analiza wpływu jej środowiska psychospołecznego oraz mechanizmów, które mogły mieć kluczowy wpływ na rozwój uzależnienia

4.2. Uzasadnienie wyboru tematu i zastosowania studium przypadku

Wybór tematu pracy magisterskiej był wynikiem zarówno zainteresowań naukowych, jak i osobistych refleksji nad problematyką uzależnień. Od początku studiów psychologicznych szczególne zainteresowanie budziły we mnie mechanizmy prowadzące do rozwoju uzależnień oraz czynniki psychologiczne sprzyjające utrzymywaniu się zachowań nałogowych. Fascynowało mnie, w jaki sposób indywidualne różnice w strukturze osobowości mogą wpływać na podatność na uzależnienie oraz jaką rolę w tym procesie odgrywa lęk - zarówno traktowany jako względnie stała cecha, jak i jako przejściowy stan emocjonalny. Podjęcie badań w tym obszarze było podyktowane chęcią pogłębionego zrozumienia, czy i w jaki sposób określone wzorce osobowości oraz poziom doświadczanego lęku mogą sprzyjać sięganiu po substancje psychoaktywne jako formę radzenia sobie z napięciem emocjonalnym i trudnościami życiowymi.

Motywacją do realizacji tego badania była również potrzeba zdobycia wiedzy przydatnej w przyszłej pracy klinicznej z osobami uzależnionymi. Zrozumienie związków pomiędzy cechami osobowości, lękiem a skłonnością do uzależnień może znacząco wspierać proces diagnostyczny oraz pozwalać na lepsze dostosowanie strategii terapeutycznych do indywidualnych potrzeb pacjenta. Wiedza ta jest nie tylko istotna z punktu widzenia teorii, ale także ma duże znaczenie praktyczne, umożliwiając skuteczniejsze wspieranie osób zmagających się z uzależnieniami. Wybór tematyki pracy był więc świadomą próbą połączenia zainteresowań badawczych z aspiracjami zawodowymi w obszarze psychologii klinicznej i terapii uzależnień.



Zastosowanie metody studium przypadku było zgodne z przyjętymi celami badawczymi, pozwalając na szczegółową analizę indywidualnych doświadczeń osób pozostających w leczeniu odwykowym. Studium przypadku umożliwiło uchwycenie złożonych, dynamicznych interakcji pomiędzy cechami osobowości, poziomem lęku i sposobami radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi, które często umykają analizom ilościowym. Dzięki temu możliwe było nie tylko opisanie wybranych zmiennych psychologicznych, ale także głębsze zrozumienie wewnętrznych mechanizmów funkcjonowania osób uzależnionych w ich realnym kontekście życiowym i terapeutycznym.

Wybór tematu oraz przyjęta metodologia badawcza odpowiadają aktualnym potrzebom badań psychologicznych, podkreślając znaczenie uwzględniania indywidualnych różnic w procesie diagnozy i terapii osób uzależnionych. W kontekście rosnącego zapotrzebowania na skuteczne, spersonalizowane formy wsparcia psychologicznego, analiza związków pomiędzy osobowością, lękiem a uzależnieniem stanowi istotny wkład zarówno w rozwój wiedzy teoretycznej, jak i praktyki psychologicznej.

4.3. Problemy i hipotezy badawcze

W pracy dyplomowej poruszę zagadnienie związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych a ich powiązanie w osobowością. Główny problem badawczy opiera się na pytaniu ogólnym jakim jest:

Czy istnieją powiązania pomiędzy cechami osobowości a predyspozycjami do uzależnienia od substancji psychoaktywnych?

Aby dokładnie zbadać przedstawiony problem, konieczne będzie przeprowadzenie analizy porównawczej cech osobowościowych pacjentów przebywających na oddziale odwykowym. Na tej podstawie możliwe będzie sformułowanie precyzyjnych pytań badawczych, które umożliwią pogłębione zrozumienie omawianego zagadnienia. W związku z tym, należy postawić następujące pytania szczegółowe:

P1. Czy istnieje związek między neurotyzmem a wynikami w skalach lęku jawnym i ukrytym u osób uzależnionych?

P2. Czy istnieją powiązania pomiędzy psychotyzyzmem, ekstrawersją, neurotycznością a skłonnością do uzależnień?

P3. Czy cechy osobowości mierzone testami NEO-FFI oraz EPQ-R mogą być predyktorami poziomu lęku (STAI) i rodzaju lęku (jawnego lub ukrytego) u osób uzależnionych?



Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu zawartego w części teoretycznej, sformułowane zostały hipotezy badawcze. Dokonana analiza dotychczasowych badań oraz teorii stanowiła podstawę do opracowania głównej hipotezy, która zostanie zaprezentowana w niniejszym rozdziale. Hipoteza ogólna, wynikająca z przeprowadzonej analizy, brzmi następująco:

Czy poziom lęku wpływa na to, że osoby sięgają po substancje uzależniające, co pozwala im regulować emocje.

Hipotezy szczegółowe z kolei zawierają się w stwierdzeniach:

H1. Istnieje istotna zależność pomiędzy poziomem neurotyzmu a nasileniem lęku jawnego i ukrytego u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

H2. Cechy osobowości takie jak psychotyzm, ekstrawersja i neurotyczność mają istotny wpływ na skłonność do sięgania po substancje psychoaktywne

H3. Cechy osobowości (w szczególności impulsywność, neurotyczność i niska samoocena) mierzone testami NEO-FFI oraz EPQ-R, istotnie przewidują poziom lęku jawnego i ukrytego (STAI) u osób uzależnionych.

Aby sprawdzić postawioną hipotezę, przeprowadzono badania empiryczne, wykorzystując odpowiednie metody. W następnym podrozdziale zostanie przedstawiony szczegółowy opis tych metod.

4.4. Charakterystyka zastosowanych metod badawczych.

W badaniu zastosowano cztery kwestionariusze psychometryczne oraz wywiad psychologiczny, które zostały wykorzystane do zgromadzenia danych niezbędnych do opracowania studium przypadku. Kwestionariusze pochodzą z uznanych źródeł, a ich trafność i rzetelność zostały potwierdzone w literaturze przedmiotu. Wywiad psychologiczny stanowił uzupełnienie procesu diagnostycznego, umożliwiając pogłębioną analizę wyników uzyskanych za pomocą narzędzi psychometrycznych. Wszystkie narzędzia zostały udostępnione przez pracownię testów, znajdującą się przy Bibliotece Wyższej Szkoły Biznesu - National Louis University (WSB-NLU). Narzędzia wymienione poniżej zostały zastosowane w ramach szczegółowego studium przypadku, które ma na celu dokładną analizę psychologiczną osoby objętej badaniem.

1. Inwentarz osobowości NEO-FFI, Autorzy testu: P.T. Costa Jr, R.R. McCrae
2. Kwestionariusz osobowości Eysencka EPQ-R, Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck



3. Inwentarz stany i cechu leku STAI, Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene
4. Arkusz Samopoznania R. B. Cattella-lęk jawny, ukryty, Autorzy testu: R.B. Cattell
5. Wywiad

4.4.1. Inwentarz osobowości NEO-FFI

Test NEO-FFI to narzędzie psychologiczne stosowane do oceny pięciu głównych cech osobowości: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenia, ugodowości oraz sumienności. Jego głównym celem jest ocena, w jakim stopniu dana osoba przejawia te cechy, co pozwala na lepsze zrozumienie jej zachowań, emocji oraz reakcji w różnych sytuacjach życiowych. Inwentarz NEO-FFI składa się z 60 pytań, które odnoszą się do każdego z pięciu wymiarów osobowości. Pytania te oceniane są za pomocą skali Likerta, gdzie respondenci wybierają odpowiedź określającą stopień zgody z przedstawionymi stwierdzeniami. Skala obejmuje odpowiedzi od "Zgadzam się całkowicie" do "Nie zgadzam się wcale", co pozwala na dokładną ocenę różnych aspektów osobowości.

Test mierzy pięć podstawowych cech osobowości, które są odpowiedzialne za różnorodność zachowań i reakcji ludzi w różnych okolicznościach. Neurotyczność odnosi się do skłonności osoby do przeżywania negatywnych emocji, takich jak lęk czy smutek oraz jej podatności na stres. Ekstrawersja ocenia stopień, w jakim jednostka poszukuje stymulacji i interakcji z innymi, cechując się energicznością i towarzyskością. Otwartość na doświadczenie odnosi się do tendencji do poszukiwania nowych doświadczeń oraz zainteresowania ideami, kulturą i kreatywnością. Ugodowość mierzy skłonność osoby do współpracy, empatii oraz utrzymywania harmonijnych relacji z innymi. Sumienność natomiast ocenia organizację, odpowiedzialność, wytrwałość oraz skrupulatność w realizacji celów.

Test NEO-FFI jest ceniony za swoją prostotę oraz stosunkowo krótki czas wypełniania, co czyni go efektywnym narzędziem diagnostycznym. Dzięki ograniczonej liczbie pytań (60) zapewnia miarodajną ocenę pięciu głównych cech osobowości. Ponadto, jest uznawany za jedno z najbardziej wiarygodnych i rzetelnych narzędzi psychometrycznych stosowanych w psychologii.

Jednakże, test NEO-FFI ma pewne ograniczenia. Przede wszystkim, nie jest narzędziem diagnostycznym, które pozwalałoby na identyfikację zaburzeń osobowości. Inwentarz nie ocenia również cech osobowości w kontekście normalnych różnic międzyosobniczych w kontekście zaburzeń. Niemniej jednak, stanowi skuteczne narzędzie do ogólnej oceny cech



osobowości, a jego wyniki mogą być pomocne w analizie różnic międzyosobniczych. Dzięki swojej prostocie, rzetelności oraz szerokiemu zastosowaniu w różnych dziedzinach psychologii, takich jak psychologia kliniczna, doradztwo zawodowe, czy psychologia organizacji, NEO-FFI jest cennym narzędziem do badania osobowości.

4.4.2. Kwestionariusz osobowości Eysencka EPQ-R

Kwestionariusz osobowości Eysencka EPQ-R jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi psychometrycznych do oceny osobowości. Opracowany przez Sir Hansa Eysencka, ma na celu pomiar trzech podstawowych wymiarów osobowości: ekstrawersji, neurotyczności oraz psychotyzmu.

Wersja zrewidowana testu, EPQ-R, została opracowana w celu poprawy trafności i rzetelności narzędzia oraz dostosowania go do współczesnych standardów badań nad osobowością. Test składa się ze 100 pytań, na które respondent udziela odpowiedzi w formie „tak” lub „nie”. Pytania dotyczą różnych aspektów zachowań, emocji oraz postaw, a wyniki testu umożliwiają ocenę cech osobowości w obrębie kilku wymiarów.

W kwestionariuszu Eysencka mierzona jest neurotyczność, ekstrawersja, psychotyzm oraz skala kłamstwa. Ekstrawersja (E) to skala, która mierzy poziom towarzyskości, energiczności, optymizmu oraz skłonności do podejmowania ryzyka. Osoby ekstrawertyczne są pewne siebie, otwarte na kontakty z innymi i czerpią energię z interakcji społecznych. Neurotyczność (N) ocenia emocjonalną stabilność osoby i jej tendencję do przeżywania negatywnych emocji, takich jak lęk, złość czy smutek. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności są bardziej podatne na stres i emocjonalne zawirowania. Psychotyzm (P) to skala, która mierzy tendencje do zachowań ekstrawaganckich, impulsywnych oraz nieprzystosowanych. Osoby z wysokimi wynikami w tym wymiarze mogą wykazywać cechy antyspołeczne, niską zdolność do empatii oraz skłonności do agresji. Dodatkowo, w teście występuje skala kłamstwa, która służy do oceny postawy osoby testowanej względem zasad moralnych i społecznych, pozwalając ocenić stopień skłonności do manipulacji odpowiedziami.

Wyniki uzyskane w kwestionariuszu EPQ-R prezentowane są w formie skal dla każdego z wymiarów osobowości (E, N, P) i wskazują, w jakim stopniu badana osoba przejawia cechy ekstrawertyczne, neurotyczne czy psychotyczne. Skala wyników jest zazwyczaj opisana w kategoriach normatywnych, co umożliwia porównanie wyników osoby badanej z wynikami populacji. Kwestionariusz EPQ-R jest narzędziem o wysokiej trafności i rzetelności, a jego



stabilność w czasie sprawia, że jest skutecznym narzędziem do oceny osobowości, zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce zawodowej.

4.4.3. Inwentarz stanu i cechy lęku STAI

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) jest uznanym narzędziem psychologicznym służącym do pomiaru poziomu lęku u osób dorosłych. Konstrukcja inwentarza obejmuje dwa odrębne arkusze: Skalę Stanu Lęku (X-1) oraz Skalę Cechy Lęku (X-2), które umożliwiają kompleksową ocenę przeżywanego lęku zarówno w wymiarze sytuacyjnym, jak i trwałym.

Arkusz X-1 (Skala Stanu Lęku) służy do pomiaru aktualnego nasilenia lęku w momencie badania. Składa się z 20 pozycji, na które badany odpowiada, korzystając ze skali czterostopniowej: 1 - „zdecydowanie nie”, 2 - „raczej nie”, 3 - „raczej tak”, 4 - „zdecydowanie tak”. Pytania odnoszą się do bezpośrednich emocji oraz objawów somatycznych, takich jak napięcie, niepokój czy stres. Dzięki temu skala ta umożliwia ocenę chwilowego poziomu lęku, który może być związany z konkretną sytuacją życiową lub stresem przejściowym.

Arkusz X-2 (Skala Cechy Lęku) pozwala natomiast na ocenę trwałej tendencji do reagowania lękiem w różnych sytuacjach życiowych. Również obejmuje 20 pytań, a odpowiedzi udzielane są w oparciu o skalę, gdzie: 1 oznacza „prawie nigdy”, 2 - „czasem”, 3 - „często”, a 4 - „prawie zawsze”. Skala ta koncentruje się na ocenie stałych wzorców emocjonalnego funkcjonowania, uwzględniając częstotliwość doświadczania lęku bez względu na aktualny kontekst.

Interpretacja wyników obu skal przeprowadzana jest osobno. Wyższe rezultaty w Skali Stanu Lęku wskazują na zwiększone natężenie lęku w danym momencie, podczas gdy wysokie wyniki w Skali Cechy Lęku świadczą o utrwalonej skłonności do przeżywania lęku w codziennym funkcjonowaniu. Porównanie rezultatów obu arkuszy umożliwia uzyskanie pełniejszego obrazu funkcjonowania emocjonalnego osoby badanej. Ponadto, wyraźnie podwyższone wyniki w Skali Cechy Lęku mogą sugerować predyspozycje do rozwoju zaburzeń lękowych, natomiast Skala Stanu Lęku dostarcza informacji o lęku aktualnie przeżywanym, który może mieć charakter sytuacyjny lub reaktywny.



4.4.4. Arkusz Samopoznania R. B. Cattella-lęk jawny, ukryty

Arkusz Samopoznania R.B. Cattella to narzędzie psychologiczne opracowane przez Raymonda B. Cattella, jednego z pionierów psychologii osobowości. Test został stworzony w celu pomiaru różnych aspektów funkcjonowania emocjonalnego jednostki, w szczególności poziomu lęku. Narzędzie to opiera się na rozróżnieniu dwóch podstawowych rodzajów lęku: lęku jawnego oraz lęku ukrytego.

Arkusz składa się z 60 pytań, które podzielono równomiernie na dwie grupy: 30 pytań dotyczących lęku jawnego oraz 30 pytań odnoszących się do lęku ukrytego. Lęk jawny obejmuje świadome przeżywanie niepokoju, strachu czy obaw, które są dostrzegalne zarówno przez samą osobę badaną, jak i przez jej otoczenie. Objawia się on wyraźnymi reakcjami emocjonalnymi, takimi jak niepokój o przyszłość, obawy przed zagrożeniem czy trudności w radzeniu sobie z codziennymi sytuacjami stresowymi. Lęk ukryty natomiast dotyczy bardziej subtelnych przejawów napięcia i niepokoju, które nie zawsze są uświadomione przez jednostkę. Przejawia się w formie chronicznego napięcia, zmartwień, problemów w kontaktach społecznych czy trudności w adaptacji do zmian, często pozostając poza bezpośrednią świadomością osoby badanej.

W ramach Arkusza Samopoznania Cattella oceniane są cztery główne skale psychologiczne: Q3 (Samokontrola), C (Odporność psychiczna), O (Napięcie emocjonalne) oraz Q4 (Drażliwość). Dodatkowo, na podstawie wyników poszczególnych skal, wyliczany jest wskaźnik niepokoju ogólnego, który odzwierciedla poziom ogólnego napięcia i skłonności do przeżywania lęku.

Interpretacja wyników opiera się na analizie odpowiedzi udzielonych przez osobę badaną. Wysokie wyniki na skali lęku jawnego mogą świadczyć o intensywnie przeżywanych stanach lękowych, które wymagają uwagi diagnostycznej lub interwencji terapeutycznej. Z kolei podwyższone wyniki na skali lęku ukrytego mogą wskazywać na obecność ukrytych trudności emocjonalnych, które wpływają na codzienne funkcjonowanie, choć nie zawsze są w pełni uświadamiane przez jednostkę. Analiza poziomu samokontroli, odporności psychicznej, napięcia emocjonalnego oraz drażliwości pozwala na pogłębioną ocenę mechanizmów regulacji emocji i radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. Arkusz Samopoznania R.B. Cattella stanowi zatem cenne narzędzie w diagnostyce psychologicznej, umożliwiając wielowymiarową ocenę lęku i funkcjonowania emocjonalnego osoby badanej.



4.5. Grupa badana

W ramach przeprowadzonych badań zdecydowano się na dobór celowy uczestników, obejmujący osoby przebywające w stacjonarnych ośrodkach leczenia uzależnień, które w momencie realizacji wywiadów znajdowały się w trakcie terapii odwykowej. Dobór taki miał na celu zapewnienie dostępu do grupy, u której zjawisko uzależnienia ma charakter aktualny i obserwowalny, co umożliwiło pozyskanie pogłębionych, autentycznych danych dotyczących zarówno przebiegu uzależnienia, jak i indywidualnych uwarunkowań psychologicznych.

Kryteriami kwalifikacyjnymi do udziału w badaniu były: diagnoza uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Obecność w programie terapeutycznym oraz zdolność do udzielenia świadomej i refleksyjnej odpowiedzi. Dodatkowym założeniem było zebranie danych umożliwiających analizę osobowości oraz poziomu lęku — zarówno jako trwałej cechy, jak i jako przejściowego stanu emocjonalnego. W badaniu skoncentrowano się na powiązaniach między określonymi wymiarami osobowości a skłonnością do przeżywania lęku, zakładając, że lęk może odgrywać istotną rolę w mechanizmach powstawania i utrzymywania się zachowań nałogowych.

Grupa badana obejmowała osoby o zróżnicowanych cechach demograficznych, w tym w zakresie wieku, płci, poziomu wykształcenia, sytuacji rodzinnej i zawodowej. Taka struktura umożliwiła nie tylko analizę jednostkowych przypadków, ale również poszukiwanie wzorców funkcjonowania w różnych kontekstach życiowych. Obecność uczestników w ośrodku terapeutycznym sprzyjała introspekcji oraz większej otwartości w rozmowie, co miało istotne znaczenie dla jakości pozyskanych danych.

Analiza tej grupy pozwoliła nie tylko na przyjrzenie się osobowościowym uwarunkowaniom uzależnień, ale również na zidentyfikowanie roli, jaką odgrywa lęk w psychologicznym obrazie osoby uzależnionej. Wstępne obserwacje sugerują, że osoby charakteryzujące się wyższym poziomem lęku - zarówno jako cechy, jak i stanu - mogą wykazywać większą podatność na uzależnienia, traktując używanie substancji jako mechanizm regulacji napięcia emocjonalnego. Uzyskane dane stanowią tym samym podstawę do dalszych analiz dotyczących wzajemnych powiązań pomiędzy cechami osobowości, lękiem oraz strategią radzenia sobie w sytuacjach trudnych.



4.5.1. Kryteria doboru osób badanych.

Dobór uczestników do badania opierał się na ściśle określonych kryteriach, mających na celu zapewnienie rzetelności i spójności uzyskanych wyników. Do badania zakwalifikowano osoby z rozpoznaniem uzależnienia od substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol lub narkotyki, które pozostawały w trakcie leczenia w ośrodku odwykowym. Uczestnicy znajdowali się na różnych etapach terapii, co umożliwiło analizę dynamiki procesu terapeutycznego zarówno we wczesnych, jak i w bardziej zaawansowanych jego fazach. Warunkiem udziału w badaniu było dobrowolne wyrażenie świadomej zgody po uprzednim uzyskaniu pełnej informacji na temat celu, przebiegu oraz zasad anonimowości badania. Z udziału wykluczono osoby, u których stwierdzono ciężkie zaburzenia psychopatyczne mogące istotnie zakłócić analizę cech osobowości i procesów psychologicznych.

4.5.2. Liczebność i struktura grupy.

Grupę badawczą stanowiło 8 osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, pozostających w trakcie leczenia w ośrodku „Centrum Odwykowe SPOZ” w Warszawie. Kryterium włączenia do badania było rozpoznanie uzależnienia według klasyfikacji ICD-10 oraz aktywny udział w procesie terapii odwykowej.

Grupa była zróżnicowana pod względem wieku, płci, rodzaju substancji dominującej w uzależnieniu oraz długości trwania choroby i czasu leczenia. W badaniu uczestniczyły osoby zarówno na wczesnym, jak i na bardziej zaawansowanym etapie procesu terapeutycznego.

Dobór uczestników miał charakter celowy i zakładał uwzględnienie osób reprezentujących różne profile kliniczne związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Udział w badaniu był dobrowolny, anonimowy i poprzedzony uzyskaniem świadomej zgody.

Badanie zostało przeprowadzone w ramach realizacji pracy magisterskiej i miało na celu pogłębioną analizę zjawisk psychologicznych towarzyszących procesowi leczenia uzależnienia, przy zachowaniu zgodności z założeniami metodologicznymi badań.

Rozdział 5. Wielokrotne studia przypadków

W niniejszym rozdziale przedstawiono analizę jakościową opartą na metodzie wielokrotnych studiów przypadków, której celem było pogłębione zrozumienie uwarunkowań psychologicznych związanych z występowaniem i przebiegiem uzależnień. Metoda ta pozwala



na ukazanie złożoności badanego zjawiska w kontekście indywidualnych doświadczeń osób uzależnionych, przy jednoczesnym uwzględnieniu różnorodności ich funkcjonowania psychospołecznego.

Zastosowanie wielokrotnych studiów przypadków umożliwia zarówno szczegółową rekonstrukcję przebiegu uzależnienia w każdym z analizowanych przypadków, jak i identyfikację cech wspólnych oraz różnic pomiędzy badanymi jednostkami. Tego rodzaju podejście badawcze, zgodnie z założeniami metodologii jakościowej, pozwala na wnikliwe poznanie wewnętrznych mechanizmów psychologicznych oraz czynników osobowościowych i środowiskowych, które mogą odgrywać istotną rolę w genezie oraz utrzymywaniu się zachowań nałogowych.

Dobór przypadków miał charakter celowy i został przeprowadzony w taki sposób, aby uzyskać zróżnicowaną próbę badawczą, umożliwiającą analizę uzależnienia w różnych kontekstach życiowych. Każdy z przypadków został opracowany na podstawie wywiadu psychologicznego, obejmującego między innymi dane socjodemograficzne, historię używania substancji psychoaktywnych lub zachowań nałogowych, czynniki sprzyjające rozwojowi uzależnienia, przebieg procesu leczenia oraz subiektywną ocenę sytuacji życiowej i własnego funkcjonowania.

Zwieńczeniem rozdziału jest zwięzłe zestawienie i porównanie wszystkich analizowanych przypadków, które pozwala lepiej dostrzec wspólne wzorce funkcjonowania, czynniki ryzyka oraz zasoby ochronne badanych osób. Uzyskane wyniki zostały odniesione do dostępnej literatury oraz wybranych modeli teoretycznych, aby lepiej zrozumieć ich znaczenie. Przyjęte podejście badawcze wpisuje się w nurt jakościowych badań psychologicznych, w których najważniejsze jest pogłębione, indywidualne spojrzenie na człowieka i jego realne doświadczenia.

5.1. Studium przypadku (osoba badana I)

Pierwszą osobą objętą badaniem była 27-letnia kobieta, uzależniona od substancji psychoaktywnych, aktualnie uczestnicząca w procesie terapii realizowanym w ośrodku odwykowym w Warszawie. Osoba ta regularnie uczęszcza na spotkania grupy wsparcia, odbywające się dwa razy w tygodniu, również uczęszcza na terapię indywidualną.

W poniższych podrozdziałach przedstawione zostaną informacje uzyskane w trakcie szczegółowego wywiadu przeprowadzonego z osobą badaną. Ponadto zaprezentowane zostaną



wyniki czterech kwestionariuszy psychologicznych, które zostały wypełnione przez osobę badaną na potrzeby niniejszej pracy magisterskiej. W dalszej części opracowania zawarte zostaną również indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii oraz końcowe wnioski podsumowujące całość zebranego materiału badawczego.

5.1.1. Informacje z wywiadu

Osoba badana to 27-letnia kobieta, mieszkanka Pruszkowa, studentka studiów magisterskich na kierunku arteterapia, jednocześnie pracująca jako pracownik biurowy. Zgłosiła się do terapii z powodu problemów związanych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz objawów depresyjno-lękowych. W wywiadzie podkreśla, że stany depresyjne pojawiły się u niej jeszcze przed rozpoczęciem używania substancji, natomiast lęki nasiliły się w wyniku ich stosowania. Opisuje również doświadczenie halucynacji po jednorazowym zażyciu grzybów halucynogennych i amfetaminy - epizody te trwały kilka godzin.

Kobieta relacjonuje problemy ze snem, które nasiliły się po rozpoczęciu farmakoterapii związanej z ADHD. Mimo tego zauważa poprawę funkcjonowania w ciągu dnia - lepszą koncentrację, większą stabilność emocjonalną i zwiększoną efektywność. Przyznaje jednak, że przewlekłe trudności ze snem są dla niej obciążające. W przeszłości doświadczała poważnych trudności emocjonalnych - epizodów agresji, autoagresji, lęków oraz myśli samobójczych. Obecnie, dzięki terapii i leczeniu farmakologicznemu, lepiej radzi sobie z emocjami, chociaż okresowo nadal pojawiają się „czarne scenariusze” dotyczące przyszłości.

Osoba badana opisuje swoją historię używania substancji jako rozciągniętą na kilka lat i obejmującą różne grupy środków. Marihuanę zaczęła używać w wieku 15-16 lat, stymulanty - takie jak amfetamina - około 19-20 roku życia. W wieku 22 lat zaczęły pojawiać się benzodiazepiny i opioidy. Alkohol towarzyszył jej już w okresie nastoletnim. Sama wskazuje, że stosowanie używek było próbą stymulacji zaburzonego funkcjonowania neuroprzebieżników - zwłaszcza dopaminy i serotoniny - oraz strategią radzenia sobie z emocjonalnym cierpieniem.

W relacjach rodzinnych osoba badana utrzymuje codzienny, bliski kontakt z matką, który określa jako bardziej przyjacielski niż typowy dla relacji matka-córka. Relacje z ojcem są rzadsze i trudniejsze emocjonalnie. Rodzice byli zaskoczeni jej decyzją o rozpoczęciu terapii uzależnień. W przeszłości kobieta mieszkała z osobami również uzależnionymi, co utrudniało jej proces zdrowienia. Po wyprowadzce rozpoczęła terapię, która trwa nieprzerwanie od dwóch i pół roku.



W zakresie leczenia osoba badana pozostaje pod opieką psychiatry i przyjmuje leki przeciw lękowe oraz środki stymulujące w związku z diagnozą ADHD. Farmakoterapia pomaga jej w koncentracji i ogólnym funkcjonowaniu, mimo że skutkiem ubocznym są problemy ze snem. W przeszłości pozostawała pod opieką psychologiczną już w okresie gimnazjalnym, a następnie zrezygnowała z indywidualnej terapii w czasie pandemii COVID-19. Obecnie uczestniczy w regularnej terapii psychologicznej i uzależnień, w ramach której pracuje nad przeszłymi doświadczeniami, mechanizmami uzależnienia oraz objawami lękowymi.

W badaniu stanu psychicznego osoba badana prezentuje objawy zaburzeń lękowych i depresyjnych, a także cechy zaburzeń osobowości typu borderline, diagnozowanych przez różnych psychiatrów. Wskazuje na pozytywną zmianę w funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym dzięki terapii oraz leczeniu. Mimo nadal obecnych trudności - w tym epizodycznego lęku, bezsenności i obniżonego nastroju - wykazuje chęć do pracy nad sobą oraz motywację do zmiany. Obecnie koncentruje się na ukończeniu studiów, poprawie jakości życia oraz znalezieniu bardziej satysfakcjonującej pracy.

5.1.2. Interpretacja wyników poszczególnych testów test

Interpretacja wyniku Kwestionariusza NEO-FFI

Autorzy testu: P.T. Costa, R.R. McCrae

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM) oraz z uwzględnieniem błędu pomiaru 15%.

- Neurotyczność (NEU): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Ekstrawersja (EKS): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)
- Otwartość na doświadczenia (OTW): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 6-10)
- Ugodowość (UGD): 2 (przedział ufności na podstawie SEM: 1-3)
- Sumienność (SUM): 7 (przedział ufności na podstawie SEM 6-8)

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako twórczą, zorganizowaną i refleksyjną, ale zarazem powściągliwą w relacjach interpersonalnych i skłoną do krytycznego dystansu wobec innych osób.

Otwartość na doświadczenia - wynik wysoki - osoba jest otwarta na nowe doświadczenia, ma szerokie zainteresowania i żywą wyobraźnię. Sumienność - wynik wysoki



- osoba dobrze zorganizowana, skrupulatna i rzetelna, o silnej woli oraz wytrwała w dążeniu do celu. Neurotyczność - wynik przeciętny - osoba ogólnie spokojna i zrównoważona, dobrze radząca sobie w trudnych sytuacjach. Ekstrawersja - wynik niski - osoba poważna, zachowuje rezerwę w kontaktach z innymi, woli przebywać sama lub w towarzystwie nielicznej grupy przyjaciół. Ugodowość - wynik niski - osoba sceptyczna, nastawiona rywalizacyjnie, traktująca innych rzeczowo, dająca im odczuć swoje niezadowolenie.

Profil osoby badanej wskazuje na połączenie wysokiej otwartości umysłowej i sumienności z powściągliwością interpersonalną oraz tendencją do krytycyzmu wobec innych. Osoba ta może odnajdywać się w środowiskach wymagających niezależnego myślenia, kreatywności i precyzyjnego działania. Jej stosunek do relacji interpersonalnych może być zdystansowany, a w kontaktach z innymi może wykazywać rezerwę lub nawet niechęć do kompromisów.

Dzięki połączeniu wysokiej refleksyjności (OTW) i dobrej organizacji (SUM) osoba ta prawdopodobnie potrafi skutecznie realizować swoje cele i ma skłonność do działania zgodnego z przemyślanym planem. W relacjach społecznych może jednak sprawiać wrażenie chłodnej lub krytycznej, co może stanowić wyzwanie w sytuacjach wymagających bliskiej współpracy.

Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R

Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck (2006)

Interpretacja wyników oparta jest na normach EPQ-R dla kobiet dorosłych (wiek: 27 lat).

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM, 85%), (normy kobiece, populacja dorosłych):

- Neurotyczność (N): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Ekstrawersja (E): 5 (przedział ufności na podstawie SEM: 4-6)
- Psychotyzm (P): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Skala kłamstwa (K): 3 (przedział ufności na podstawie SEM: 2-4)

Analiza:

- N - sten 6 - mieści się w wyniki przeciętnym - umiarkowane zrównoważenie emocjonalne.
- E - sten 5 - mieści się w wyniki przeciętny - ambiwertyk



- P - sten 6 - mieści się w wyniku przeciętny - norma
- K - sten 3 - mieści się w wyniku niski - osoba szczerą, której nie zależy na aprobachie społecznej, słabo socjalizowana

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako osobę wysoce ekstrawertywną, impulsywną i niezależną poznawczo, z nasilonym ryzykiem emocjonalnej chwiejności i dystansu interpersonalnego. Profil cechuje się wysoką rzetelnością, co potwierdza niski wynik w skali kłamstwa.

Neurotyczność - wynik przeciętny - osoba może przeżywać napięcie, frustrację lub lęk w sytuacjach stresowych, jednak nie wskazuje to na istotną niestabilność emocjonalną. Na co dzień prawdopodobnie funkcjonuje stabilnie, radząc sobie z wyzwaniami bez wyraźnie nasilonych reakcji emocjonalnych. Ekstrawersja - wynik przeciętny - wskazuje na ambiwersyjność, czyli zdolność do elastycznego przystosowania się do sytuacji społecznych. Osoba badana potrafi funkcjonować zarówno w samotności, jak i w towarzystwie, bez wyraźnej dominacji cech ekstrawertywnych lub introwertywnych. Psychotyzm - wynik przeciętny - wynik ten może wskazywać na cechy niezależności poznawczej, krytycyzmu wobec otoczenia, impulsywności oraz dystansu emocjonalnego. Nie są to jednak cechy patologiczne. W niektórych kontekstach (np. zawodowych) mogą stanowić zasób, pod warunkiem, że są odpowiednio kanalizowane. Skala kłamstwa - wynik niski - oznacza szczerą i brak tendencji do przedstawiania się w korzystnym świetle. Osoba badana udzielała odpowiedzi autentycznie, co świadczy o wysokiej wiarygodności profilu psychologicznego.

Profil osoby badanej sugeruje zintegrowaną osobowość o podwyższonej samodzielności myślenia i emocjonalnej niezależności. Może dobrze odnajdywać się w zadaniach wymagających analitycznego podejścia, krytycznego myślenia oraz dystansu emocjonalnego. Jednocześnie może być mniej podatna na oczekiwania społeczne i mniej skłonna do kompromisów, co w sytuacjach wymagających bliskiej współpracy może być wyzwaniem. Na ogół osoba ta prezentuje obraz osobowości stabilnej, adaptacyjnej i wiarygodnej, bez wyraźnych wskaźników zaburzeń psychicznych. Uzyskany profil można uznać za diagnostycznie wartościowy i spójny z wynikami obserwacji oraz struktury testu EPQ-R.



Interpretacja wyniku Kwestionariusza STAI

Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności 85%

W skali lęku - stanu wynik mieści się w przedziale wyników bardzo wysokich. Wynik surowy wynosi 50 punktów i mieści się w stenie 8, 92 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <45,55>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <7,9>.

W skali lęku - cechy wynik również mieści się w przedziale wyników bardzo wysokich. Wynik surowy wynosi 52 punkty i mieści się w stenie 9, 96 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <47,57>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <8,10>.

Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że badana kobieta doświadcza bardzo wysokiego poziomu lęku zarówno w sytuacji bieżącej (stan), jak i w ujęciu trwałej dyspozycji (cecha). Tak wysoki wynik w skali lęku-stanu może świadczyć o silnym napięciu emocjonalnym, niepokoju i wzmożonym reagowaniu na aktualne warunki. Równocześnie bardzo wysoki wynik w skali lęku-cechy wskazuje na utrwaloną tendencję do przeżywania lęku w codziennym funkcjonowaniu, co może znacząco wpływać na jakość życia.

Profil ten może sugerować zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych, chronicznego stresu, a także trudności w regulacji emocji i relacjach społecznych. Może występować nasiloną czujność, somatyzacja objawów, tendencja do unikania sytuacji ocenianych jako trudne oraz znaczne obniżenie odporności psychicznej. Wskazane byłoby pogłębienie diagnozy oraz rozważenie wsparcia psychologicznego lub terapeutycznego.

Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty

Autorzy testu: R.B. Cattell

Skala i wyniki stenowe

- Q3 - sten 6 - przeciętne wyniki norma
- C -sten 5 - przeciętne wyniki norma
- L -sten 5 - przeciętne wyniki norma
- - sten 10 - wysoki niepokój
- Q4 - sten 10 - wysoki niepokój



Analiza:

- Q3 (Samokontrola), wynik surowy 5, sten 6, Norma - przeciętna samokontrola
- C (Odporność psychiczna), wynik surowy 4, sten 5, Norma - umiarkowana odporność psychiczna
- L (podejrzliwość), wynik surowy 4, sten 5, Norma - umiarkowany dystans do innych.
- (Napięcie emocjonalne), wynik surowy 12, sten 10, Bardzo wysoki - tendencje neurotyczne
- Q4 (drażliwość), wynik surowy 16, sten 10, Bardzo wysoki - napięcie, drażliwość

Niepokój ogólny (Q3+C+L+O+Q4) $5 + 5 + 4 + 11 + 16 = 41 \rightarrow +1$ punkty za wiek (27 lat) = 42 - Sten: 8 - wynik w normie

Sten 8 mieści się powyżej normy, w zakresie wyników neurotycznych - co oznacza podwyższony poziom niepokoju, który może wywierać wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Niepokój ukryty: Powyżej normy (steny 10 w skalach O i Q4) - występuje silne napięcie wewnętrzne, emocjonalne przeciążenie i trudność w odprężeniu. Niepokój jawny: Powyżej normy (sten 8) - objawy niepokoju mogą być zauważalne w zachowaniu lub wpływać na samopoczucie. Styl funkcjonowania: Osoba zachowuje przeciętny poziom odporności psychicznej (C) oraz umiejętność samokontroli (Q3), jednak przy wysokim napięciu emocjonalnym może doświadczać przeciążenia psychicznego, drażliwości i trudności w regulowaniu emocji.

5.1.3. Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii

Osoba badana znajduje się na zaawansowanym etapie leczenia, uczęszcza już ponad dwa lata na terapię odwykową, uczestniczą również w terapii systematycznej w grupach wsparcia. Ze względu na złożoną historię uzależnienia, współwystępujące trudności emocjonalne oraz ryzyko nawrotu, wskazane jest kontynuowanie terapii w modelu integratywnym, łączącym regularną psychoterapię indywidualną w nurcie poznawczo-behawioralnym z uczestnictwem w grupach wsparcia i terapii specjalistycznej. Z uwagi na farmakologiczne leczenie ADHD i zaburzeń lękowych oraz zgłaszaną bezsenność, zachęcam do regularnego monitoringu psychiatrycznego i ewentualną modyfikację farmakoterapii. Wysoki poziom lęku i napięcia wewnętrznego sugeruje potrzebę wprowadzenia metod relaksacyjnych, takich jak techniki pracy nad ciałem. W kontekście przewlekłej bezsenności wskazane jest zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) oraz edukacji w zakresie



higieny snu. Dodatkowo, ze względu na cechy osobowości borderline oraz trudności interpersonalne, zaleca się terapię dialektyczno-behawioralną (DBT) lub terapię schematów, która powinna być uzupełniona o trening umiejętności społecznych.

Pomimo licznych wyzwań, osoba badana wykazuje istotne zasoby rozwojowe, czyli wysoką otwartość na doświadczenia, refleksyjność i aktywność intelektualną. Zalecam ich wzmocnienie poprzez terapię narracyjną lub arteterapię oraz ukierunkowaną pracę nad celami osobistymi i zawodowymi.

W świetle przeszłych doświadczeń i ryzyka nawrotu kluczowe jest opracowanie indywidualnego planu zapobiegania nawrotom oraz budowanie trwałej sieci wsparcia. Kompleksowe podejście zwiększa szanse na stabilizację emocjonalną, utrzymanie abstynencji oraz poprawę jakości życia osoby badanej.

5.1.4. Podsumowanie studium przypadku i wnioski

Analiza przypadku 27-letniej kobiety uzależnionej od substancji psychoaktywnych pozwoliła na głębsze zrozumienie mechanizmów leżących w podstaw jej problemu oraz określenie kluczowych potrzeb terapeutycznych. Uzależnienie ma charakter wieloletni i złożony. Obejmuje również różne grupy substancji, a jego początki wiążą się z okresem dorastania oraz występowaniem objawów depresyjnych. Wyniki badań psychologicznych wskazują na względnie stabilne funkcjonowanie organizacyjne i poznawcze, przy jednoczesnym bardzo wysokim poziomie lęku i napięcia wewnętrznego, co w dłuższej perspektywie może zwiększać ryzyko nawrotu.

Analiza osobowości wskazuje na wysoką otwartość na nowe doświadczenia oraz dużą refleksyjność, przy równoczesnych trudnościach w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych. W kontekście obserwowanych trudności emocjonalnych oraz wcześniejszych diagnoz psychiatrycznych dobrym wyborem wydaje się pogłębienie diagnozy pod kątem cech osobowości borderline, a także rozważanie zastosowania terapii dialektyczno-behawioralnej lub terapii schematów. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na znaczące zasoby, takie jak silna motywacja do zmiany, aktywne zaangażowanie w proces leczenia, kontynuacja studiów oraz podejmowanie pracy zawodowej. Te czynniki mogą odegrać istotną rolę w dalszym procesie terapeutycznym, sprzyjając utrzymaniu abstynencji i poprawie jakości życia.



5.2. Studium przypadku (osoba badana II)

Drugą osobą objętą badaniem była 43-letnia kobieta, uzależniona od substancji psychoaktywnych, aktualnie uczestnicząca w procesie terapii realizowanym w ośrodku odwykowym w Warszawie. Osoba ta regularnie uczęszcza na spotkania grupy wsparcia, odbywające się dwa razy w tygodniu, jak i na terapię indywidualną. Dodatkowo korzysta z programów Anonimowych Alkoholików oraz Anonimowych Narkomanów.

W poniższych podrozdziałach przedstawione zostaną informacje uzyskane w trakcie szczegółowego wywiadu przeprowadzonego z osobą badaną. Ponadto zaprezentowane zostaną wyniki czterech kwestionariuszy psychologicznych, które zostały wypełnione przez osobę badaną na potrzeby niniejszej pracy magisterskiej. W dalszej części opracowania zawarte zostaną również indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii oraz końcowe wnioski podsumowujące całość zebranego materiału badawczego.

5.2.1. Informacja z wywiadu

Osoba badana to 43-letnia kobieta, mieszkanka Warszawy, która pracuje jako PR/freelancer. Ta osoba zgłosiła się do terapii z powodu problemów z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych - głównie kokainy i alkoholu. Zgłasza silną potrzebę zrozumienia wpływu czynników osobowościowych oraz lęku na rozwój i podtrzymywanie uzależnienia. Podkreśla, że ma świadomość swojego stanu zdrowia psychicznego i pragnie pogłębić rozumienie mechanizmów, które nim rządzą.

W wywiadzie osoba badana wskazuje na długotrwałe ciągi zażywania substancji, trwające niekiedy do siedmiu dni bez snu. Opisuje konsekwencje uzależnienia, które dotknęły zarówno sfery psychicznej, jak i finansowej - zadłużenie wynosi około 100 tysięcy złotych. Wskazuje również na zaburzenia funkcji poznawczych, w tym problemy z koncentracją, trudności w komunikacji i narastającą nerwowość. Uzależnienie doprowadziło do utraty kilku miejsc pracy i poważnego zaniedbania wcześniejszych pasji, m.in. zainteresowań artystycznych, które obecnie próbuje na nowo włączyć do swojego życia. Mimo to zaznacza, że priorytetem w jej życiu zawodowym pozostaje marketing.

Osoba badana przedstawia się jako kobieta wdzięczna i inteligentna, jednak zmęczona własnymi emocjami. Opisuje siebie jako kogoś, kto podjął walkę o siebie, mimo że nie postrzega się jako osobę szczęśliwą. Deklaruje poczucie siły i wiarę we własne możliwości, lecz jednocześnie doświadcza chronicznego zmęczenia psychicznego. Początki uzależnienia



sięgają około pięciu lat wstecz i miały charakter towarzyski (imprezowy), lecz z czasem przerodziły się w chroniczne i trudne do kontrolowania wzorce używania substancji.

W wywiadzie kobieta ujawnia przeszłość obciążoną przemocą fizyczną i psychiczną ze strony matki oraz trudnymi relacjami z rodzeństwem. Ojciec zmarł, gdy miała 12 lat. Brat osoby badanej, aktualnie zmagający się z alkoholizmem, zaczął pić już po zakończeniu wspólnego zamieszkiwania. Osoba badana zgłasza, że nie była wcześniej świadoma destrukcyjnego wpływu substancji psychoaktywnych, a jej świadomość w tym zakresie wzrosła dopiero podczas terapii. Wskazuje również na wcześniejsze epizody depresyjne trwające od sześciu do siedmiu lat oraz doświadczenie próby samobójczej i zachowań autoagresywnych (samo okaleczenie).

Aktualnie kobieta uczestniczy w terapii, która trwa od około pół roku. W przeszłości była dwukrotnie hospitalizowana z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych. Obecnie przyjmuje leki przeciwdepresyjne, uczestniczy w grupach wsparcia oraz mityngach. Wcześniej brała udział w terapii rodzinnej. Motywacją do rozpoczęcia leczenia była obawa przed utratą mieszkania, które stanowi dla niej istotne źródło bezpieczeństwa. Podkreśla również, że w momentach trudnych radziła sobie głównie poprzez kontakt z ludźmi.

W trakcie badania stanu psychicznego osoba badana wykazuje wysoki poziom introspekcji i refleksji. Jest w stanie opisać swoje doświadczenia związane z używaniem substancji oraz ich wpływ na życie osobiste, zawodowe i relacyjne. Charakteryzuje się umiejętnością wyznaczania granic i świadomością potrzeby ochrony przed destrukcyjnymi wpływami - zarówno z otoczenia, jak i z własnych mechanizmów wewnętrznych. Zgłasza doświadczenie lęku w okresach aktywnego uzależnienia, który był tłumiony przez zażywanie substancji.

Kobieta podkreśla, że nie postrzega siebie w kategoriach ofiary, mimo trudnych doświadczeń życiowych. Uważa się za osobę „poranioną”, ale jednocześnie za kogoś, kto aktywnie podejmuje próbę odbudowy siebie i powrotu do życia w trzeźwości. Nie wykazuje tendencji do negatywnego myślenia o świecie ani o sobie samej, co może stanowić istotny zasób w procesie terapeutycznym.



5.2.2. Interpretacja wyników poszczególnych tekstów

Interpretacja wyniku Kwestionariusza NEO-FFI

Autorzy testu: P.T. Costa, R.R. McCrae

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM) oraz z uwzględnieniem błędu pomiaru 15%.

- Neurotyczność (NEU): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Ekstrawersja (EKS): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 7-9)
- Otwartość na doświadczenia (OTW): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 6-10)
- Ugodowość (UGD): 2 (przedział ufności na podstawie SEM: 1-3)
- Sumienność (SUM): 4 (przedział ufności na podstawie SEM 3-5)

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako twórczą, energiczną i refleksyjną, ale zarazem skłoną do krytycznego dystansu wobec innych osób, impulsywności oraz obniżonego poziomu kontroli nad działaniem i planowaniem.

Otwartość na doświadczenia - wynik wysoki - osoba otwarta na nowe doświadczenia, ma szeroki zainteresowania i żywą wyobraźnię. Ekstrawersja - wynik wysoki - osoba towarzyska, aktywna, optymistyczna i entuzjastyczna. Ugodowość - wynik niski - osoba sceptyczna, nastawiona rywalizacyjnie, traktująca innych rzeczowo, dająca im odczuć swoje niezadowolenie. Sumienność - wynik niski - osoba „biorąca życie na gorąco”, bez planowania i spontanicznie, nie jest dobrze zorganizowana, ceni sobie wygodę życia i możliwość „leniuchowania”. Neurotyczność - wynik przeciętny - osoba ogólnie spokojna i zrównoważona, ale czasem doświadczająca gniewu, smutku i poczucia winy.

Profil osoby badanej wskazuje na kreatywność, ekspresyjność i wysoką aktywność społeczną, połączone z niższą ugodowością i sumiennością. Osoba najprawdopodobniej świetnie odnajduje się w dynamicznych, twórczych środowiskach, gdzie ceniona jest niezależność myślenia i energia działania. Może jednak napotykać trudności w sytuacjach wymagających kompromisu, cierpliwości, podporządkowania się zespołowym zasadom czy długofalowego planowania.



Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R

Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck (2006)

Interpretacja wyników oparta jest na normach EPQ-R dla kobiet dorosłych (wiek: 43 lata).

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM, 85%), (normy kobiece, populacja dorosłych)

- Neurotyczność (N): 7 (przedział ufności na podstawie SEM: 6-8)
- Ekstrawersja (E): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 7-9)
- Psychotyzm (P): 9 (przedział ufności na podstawie SEM: 8-10)
- Skala kłamstwa (K): 3 (przedział ufności na podstawie SEM: 2-4)

Analiza:

- N - sten 7 - mieści się w wyniku przeciętnym - umiarkowane zrównoważenie emocjonalne.
- E - sten 8 - mieści się w wyniku wysokim - ekstrawertyk
- P - sten 9 - mieści się w wyniku wysoki - silny nonkonformizm i impulsywność
- K - sten 3 - mieści się w wyniku niski - osoba szczerą, nieskłoną do dostosowywania się do oczekiwań społecznych

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako osobę wysoce ekstrawertywną, impulsywną i niezależną poznawczo, z nasilonym ryzykiem emocjonalnej chwiejności i dystansu interpersonalnego. Profil cechuje się wysoką rzetelnością, co potwierdza niski wynik w skali kłamstwa.

Neurotyczność - wynik przeciętny - wynik ten wskazuje na wyraźnie nasilone cechy neurotyczne. Osoba badana może być bardziej podatna na przeżywanie lęku, napięcia, poczucia winy oraz innych negatywnych stanów emocjonalnych. Może reagować silniejszym napięciem emocjonalnym w sytuacjach stresujących, a jej nastrój może być zmienny. Obserwuje się większe ryzyko trudności w adaptacji emocjonalnej, szczególnie w obliczu długotrwałego lub przewlekłego stresu. Ekstrawersja - wynik wysoki - wynik ten świadczy o silnym nasileniu cech ekstrawertycznych. Osoba badana najprawdopodobniej jest energiczna, towarzyska, rozmowna i aktywna. Preferuje kontakty społeczne, jest otwarta na nowe doświadczenia i wykazuje dużą potrzebę stymulacji zewnętrznej. Taki profil sprzyja aktywności interpersonalnej i zaangażowaniu społecznemu. Psychotyzm - wynik wysoki - wynik w tej skali może świadczyć o silnym nasileniu cech takich jak chłód emocjonalny, impulsywność, brak



empatii, a także skłonność do działań niezgodnych z normami społecznymi. Osoba badana może przejawiać tendencje do nonkonformizmu, sztywności interpersonalnej, braku ugodowości oraz myślenia niezależnego od kontekstu społecznego. W interpretacji klinicznej konieczna jest ostrożność - tak wysoki wynik może mieć znaczenie diagnostyczne i wymaga dalszej weryfikacji w rozmowie klinicznej. Skala kłamstwa - wynik niski - wynik w skali kłamstwa świadczy o tym, że osoba badana odpowiadała w sposób szczerzy, bez silnej tendencji do autoprezentacji. Nie ma podstaw do kwestionowania rzetelności uzyskanych wyników - są one wiarygodne i można je traktować jako rzeczywiste odzwierciedlenie cech osobowości.

Profil osoby badanej sugeruje dynamiczną i ekspresyjną strukturę osobowości, cechującą się wysokim poziomem aktywności społecznej oraz znaczną intensywnością przeżywania emocji. Podwyższony poziom neurotyzmu może wskazywać na zwiększoną wrażliwość emocjonalną i podatność na stres, co może wpływać na zmienność nastroju w sytuacjach obciążających psychicznie. Wysoka ekstrawersja sugeruje osobę towarzyską, energiczną i nastawioną na kontakty z otoczeniem. Bardzo wysoki wynik w zakresie psychotyzmu może świadczyć o silnej niezależności poznawczej, skłonności do nonkonformizmu, impulsywności i ograniczonej empatii, co może utrudniać funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych wymagających elastyczności i współpracy. Wynik skali kontrolnej (K) nie wskazuje na tendencję do manipulacji wizerunkiem czy fałszywej autoprezentacji, co potwierdza wiarygodność uzyskanych danych.

Całościowo profil ten można uznać za diagnostycznie istotny - wymaga jednak dalszej interpretacji w kontekście klinicznym, zwłaszcza w obszarze regulacji emocji i funkcjonowania społecznego.

Interpretacja wyniku Kwestionariusza STAI

Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene

W skali lęku - stanu wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Wynik surowy wynosi 39 punktów i mieści się w stenie 5, 48 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <34,44>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <4,6>.

W skali lęku - cechy wynik również mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Wynik surowy wynosi 42 punkty i mieści się w stenie 4, 28 centylu. Wynik surowy z



prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <36,44>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <3,5>.

Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że badana kobieta doświadcza przeciętnego poziomu lęku sytuacyjnego oraz typowego, niepodwyższonego poziomu lęku jako cechy. Reakcje lękowe w momencie badania mieszczą się w normie i nie wskazują na nadmierne napięcie emocjonalne. Podobnie, wynik w zakresie lęku jako cechy sugeruje, że osoba badana nie przejawia trwałej tendencji do przeżywania stanów lękowych i potrafi zazwyczaj adekwatnie reagować na stresujące sytuacje.

Profil ten nie wskazuje ani na obniżoną, ani na podwyższoną podatność na lęk. Może świadczyć o zrównoważonym funkcjonowaniu emocjonalnym oraz adekwatnych mechanizmach radzenia sobie z napięciem.

Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty

Autorzy testu: R.B. Cattell

Skala i wyniki stenowe

- Q3 - sten 3 - wskazuje na stabilność emocjonalną, wysoki próg tolerancji na frustrację, brak motywacji
- C - sten 6 - przeciętne wyniki norma
- L - sten 5- przeciętne wyniki norma
- - sten 10 - wysoki niepokój
- Q4 - sten 10 - wysoki niepokój

Analiza:

- Q3 (Samokontrola), wynik surowy: 2, sten 3, poniżej normy - trudności w utrzymaniu porządku wewnętrznego, impulsywność.
- C (Odporność psychiczna), wynik surowy 5, sten 6, norma - przeciętny poziom wytrzymałości emocjonalnej.
- L (Podejrzliwość), wynik surowy 4, sten 5, norma- umiarkowana nieufność, realistyczne podejście do ludzi.
- (Napięcie emocjonalne), wynik surowy 10, sten 10, bardzo wysoki - silne napięcie psychiczne, tendencje neurotyczne.



- Q4 (Drażliwość), wynik surowy 16, sten 10, bardzo wysoki - wewnętrzne napięcie, trudność w odprężeniu.

Niepokój ogólny (Q3+C+L+O+Q4) $2 + 5 + 4 + 10 + 16 = 37+4$ punkty za wiek (43 lata) = łącznie 41- Sten: 7 - wynik w normie

Sten 7 mieści się pomiędzy normą a wynikiem neurotycznym, co oznacza podwyższony poziom niepokoju - mogący już wywierać wpływ na funkcjonowanie.

Niepokój ukryty: Powyżej normy (sten 7) - objawy mogą być zauważalne w zachowaniu lub samopoczuciu. Niepokój jawny: Powyżej normy (sten 7) - objawy mogą być zauważalne w zachowaniu lub samopoczuciu. Styl funkcjonowania: Osoba nie ujawnia w pełni napięcia (Q3 poniżej normy), a mimo przeciętnej odporności psychicznej (C), może doświadczać wewnętrznego chaosu i silnego napięcia.

5.2.3. Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii

Ze względu na długotrwałe używanie substancji psychoaktywnych, epizody hospitalizacji oraz wysoki ryzyko nawrotu, dalsze leczenie powinno opierać się na podejściu integratywnym, łączącym terapię poznawczo-behawioralną oraz schematową i psychodynamiczną. Kluczowe jest rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem, regulacji emocji oraz zmiana utrwalonych wzorców funkcjonowania. Wskazana jest terapia dialektyczno-behawioralna (DBT), która będzie wspierana treningiem uważności oraz technikami relaksacyjnymi. W razie potrzeby należy rozważyć farmakoterapię w celu stabilizacji nastroju.

Osobie, która ma trudności interpersonalne rekomenduje się pracę nad kompetencjami społecznymi oraz eksplorację doświadczeń rodzinnych. Wzmacnianie zasobów, takich jak refleksyjność, otwartość na rozwój i zaangażowanie w zmianę, powinno odbywać się poprzez formy eksploracji emocjonalnej (np. arteterapia) oraz budowanie planów życiowych i zawodowych. Długoterminowe, kompleksowe wsparcie zwiększa szansę na utrzymanie abstynencji oraz trwałą poprawę jakości życia.

5.2.4. Podsumowanie studium przypadku i wnioski

Analiza przypadku 43-letniej kobiety uzależnionej od alkoholu i kokainy pozwoliły na sformułowanie ważnych obserwacji dotyczących zarówno rozwoju uzależnienia, jak i aktualnych potrzeb terapeutycznych. Historia uzależnienia ma charakter złożony - od okazjonalnego używania substancji do utrwalonych wzorców kompulsywnego zażywania



substancji, w tle których widoczne są bolesne doświadczenia z dzieciństwa, takie jak przemoc czy strata bliskiej osoby. Substancje pełniły prawdopodobnie funkcję regulacji trudnych emocji.

W badaniu psychologicznym ujawniono ambiwalentny obraz funkcjonowania: z jednej strony duża energia, otwartość i towarzyskość, z drugiej - impulsywność, trudności w regulacji emocji i niska empatia, co przekłada się na niestabilność relacji interpersonalnych. Obszary wymagające szczególnego wsparcia to rozwój umiejętności kontroli emocji, wzmacnianie granic psychicznych oraz budowanie konstruktywnych sposobów radzenia sobie z napięciem. Istotnym zasobem badanej jest jej otwarta postawa wobec procesu leczenia - braku utożsamiania się z rolą ofiary, zdolność do autorefleksji i gotowość do zmiany. Zaangażowanie, determinacja oraz chęć pracy nad sobą tworzą solidne fundamenty dla dalszego procesu zdrowienia. Skuteczna terapia powinna obejmować zarówno leczenie uzależnienia, jak i pogłębioną pracę nad aspektami osobowościowymi i emocjami.

5.3. Studium przypadku (osoba badana III)

Trzecim uczestnikiem badania był 27-letni mężczyzna z rozpoznaniem uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Obecnie znajduje się w trakcie terapii realizowanej w specjalistycznym ośrodku leczenia uzależnień w Warszawie. Mężczyzna ten aktywnie angażuje się w różne formy wsparcia terapeutycznego - uczestniczy zarówno w spotkaniach grupy wsparcia odbywających się dwa razy w tygodniu, jak i w indywidualnych sesjach terapeutycznych.

W dalszych podrozdziałach zaprezentowane zostaną szczegółowe dane uzyskane na podstawie pogłębionego wywiadu klinicznego przeprowadzonego z osobą badaną. Przedstawione zostaną również wyniki czterech standaryzowanych kwestionariuszy psychologicznych, których wypełnienie posłużyło analizie na potrzeby niniejszej pracy magisterskiej. Na końcu rozdziału zawarte zostaną autorskie wnioski i zalecenia dotyczące dalszego przebiegu terapii oraz syntetyczne podsumowanie kluczowych ustaleń wynikających z przeprowadzonego badania.



5.3.1. Informacja z wywiadu

Osoba badana to 27-letni mężczyzna, mieszkaniec Warszawy, obecnie pracuje jako taksówkarz. zgłaszający się do terapii z powodu problemów związanych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz hazardu. W trakcie wywiadu ujawnił historię sięgającą 13. roku życia, kiedy po raz pierwszy sięgnął po alkohol. Z czasem używanie substancji rozszerzyło się na marihuanę, amfetaminę, metamfetaminę, kokainę, LSD, grzyby halucynogenne oraz mefedron. Uzależnienie objęło również hazard, który z czasem stał się dominującą formą kompulsywnego regulowania emocji.

Osoba badana przyznaje, że używanie substancji miało wpływ na jego relacje społeczne, rodzinne oraz na edukację. Doświadczył trudności w kontaktach z partnerkami, które również zmagaly się z uzależnieniem. Wskazuje, że jedna z nich rozpoczęła zażywanie narkotyków pod jego wpływem. Stracił także zatrudnienie, co wiąże bezpośrednio z problemami uzależnienia. Obecnie określa siebie jako osobę o cechach pracoholika, traktując pracę jako strategię redukcji napięcia i mechanizm regulacji emocji.

Hazard, jak relacjonuje, ujawnił się w wieku 16 lat i początkowo ukrywany był przed rodziną. Mężczyzna zauważa, że kiedy udało mu się ograniczyć zażywanie narkotyków i alkoholu – między innymi dzięki relacji z kobietą, która wpłynęła na jego decyzję o abstynencji - na miejsce substancji pojawiło się kompulsywne granie. Porównuje to zjawisko do „przerzucenia dopaminowego źródła” - hazard zaczął pełnić tę samą funkcję co wcześniejsze substancje.

W wywiadzie mężczyzna opisuje również trudności z radzeniem sobie z niepowodzeniami, konfliktami i stresem. Często reaguje agresywnie, co, jak sam twierdzi, ma związek z jego historią z dzieciństwa oraz szkoły. W okresie szkoły podstawowej i gimnazjum był agresywny, natomiast w liceum i na studiach wycofany. Unikał zajęć z języka angielskiego, który był dla niego źródłem silnego stresu. W tych okresach coraz częściej uciekał w narkotyki i hazard. Doświadczał również epizodów depresyjnych po zakończeniu liceum oraz trudności z dostaniem się na wymarzone studia. Mimo marzenia o zastaniu pilotem, porzucił ten plan z powodu braku wewnętrznego zaangażowania.

Osoba badana relacjonuje także życie w stałym napięciu, które porównuje do uzależnienia od dopaminy. Deklaruje, że nie potrafi funkcjonować bez silnych emocji, adrenaliny i poczucia ryzyka. Ujawnia cechy narcystyczne, obsesyjne myślenie o kontroli oraz dążenie do przewagi. Przejawia skłonności do kompulsywnego monitorowania własnych



zobowiązań finansowych - satysfakcję sprawia mu zgodność między prognozowanym wzrostem długu a rzeczywistością.

Mężczyzna nie zgłaszał wcześniej problemów psychicznych, które byłyby diagnozowane przez psychiatrę lub psychologa. Kontakt z psychologiem miał jedynie jako dziecko po pierwszym epizodzie upojenia alkoholowego oraz w ramach badań do liceum lotniczego. Obecna terapia, rozpoczęta w październiku 2024 roku, jest jego pierwszym podejściem do leczenia uzależnień. Początkowo zgłosił się z problemem hazardu, jednak w toku terapii ujawnił również nadużywanie substancji. Mimo udziału w sesjach terapeutycznych, osoba badana przyznaje, że ma trudności z otwarciem się przed terapeutką i odczuwa opór przed konsultacją psychiatryczną czy rozpoczęciem farmakoterapii.

W badaniu stanu psychicznego osoba badana nie wykazuje objawów psychozy, jednak opisuje wcześniejsze doświadczenia omamów słuchowych i wzrokowych, które pojawiły się w wyniku używania marihuany i innych substancji halucynogennych. Doświadczenia te utrzymywały się przez około miesiąc po zaprzestaniu zażywania. Obserwuje u siebie fizyczne objawy lęku w sytuacjach ryzyka - m.in. przyspieszone tętno, nadmierne pocenie się i napięcie mięśni. Skarży się również na problemy ze snem, chociaż obecnie podejmuje próby poprawy jakości odpoczynku.

Mężczyzna opisuje swoją rodzinę jako dysfunkcyjną, z historią alkoholizmu i silną presją ze strony rodziców. Wspomina traumatyczne doświadczenia związane z domem rodzinnym oraz żywi urazę wobec bliskich. Przyznaje, że złamał abstynencję od hazardu już w trakcie terapii, co wpłynęło negatywnie na jego motywację i poczucie skuteczności.

5.3.2. Interpretacja wyników poszczególnych tekstów

Interpretacja wyniku Kwestionariusza NEO-FFI

Autorzy testu: P.T. Costa, R.R. McCrae

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM) oraz z uwzględnieniem błędu pomiaru 15%.

- Neurotyczność (NEU): 2 (przedział ufności na podstawie SEM: 1-3)
- Ekstrawersja (EKS): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 7-9)
- Otwartość na doświadczenia (OTW): 3 (przedział ufności na podstawie SEM: 2-4)
- Ugodowość (UGD): 1 (przedział ufności na podstawie SEM: 1-2)



- Sumienność (SUM): 10 (przedział ufności na podstawie SEM 9-10)

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako zorganizowaną, towarzyską i odporną na stres, ale jednocześnie bardzo nieprzystępną społecznie, konwencjonalną i krytyczną wobec innych.

Neurotyczność - wynik niski - osoba odporna na trudy życia, spokojna i zrelaksowana, dobrze radząca sobie w trudnych sytuacjach. Ekstrawersja - wynik wysoki - osoba towarzyska, aktywna, optymistyczna i entuzjastyczna. Otwartość na doświadczenia - wynik niski - osoba praktyczna, tradycyjna, „twardo stąpająca po ziemi”. Ugodowość - wynik niski - osoba sceptyczna, nastawiona rywalizacyjnie, traktująca innych rzeczowo, dająca im odczuć swoje niezadowolenie. Sumienność - wynik wysoki - osoba dobrze zorganizowana, skrupulatna i rzetelna, o silnej woli oraz wytrwała w dążeniu do celu.

Profil osoby badanej charakteryzuje się bardzo wysokim poziomem organizacji i odpowiedzialności, dużą odpornością na stres oraz intensywną aktywnością społeczną. Jednocześnie występuje znacząco obniżony poziom ugodowości i otwartości na doświadczenia, co może prowadzić do trudności w relacjach interpersonalnych oraz niskiej elastyczności w podejściu do nowych sytuacji.

Osoba ta prawdopodobnie dobrze odnajduje się w strukturach wymagających wysokiego poziomu samodyscypliny, planowania i działania zgodnego z ustalonym porządkiem. W relacjach społecznych może jednak budzić dystans lub opór, zwłaszcza w sytuacjach wymagających współpracy, empatii i kompromisu.

Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R

Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck (2006)

Interpretacja wyników oparta jest na normach EPQ-R dla mężczyzn dorosłych (wiek: 27 lata).

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM, 85%), (normy męskie, populacja dorosłych)

- Neurotyczność (N): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)
- Ekstrawersja (E): 7 (przedział ufności na podstawie SEM: 6-8)
- Psychotyzm (P): 10 (przedział ufności na podstawie SEM: 9-10)
- Skala kłamstwa (K): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)

Analiza:



- N - sten 4 - mieści się w wyniku przeciętnym - stabilność emocjonalna
- E - sten 7 - mieści się w wyniku przeciętny - ekstrawertyk
- P - sten 10 - mieści się w wyniku wysokim - bardzo silny psychotyzm
- K - sten 4 - mieści się w wyniku przeciętnym - szczerść i wiarygodność odpowiedzi

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako stabilną emocjonalnie, towarzyską i aktywną społecznie, lecz prezentującą bardzo wysokie nasilenie cech psychotycznych, które mogą zaburzać adaptację społeczną. Profil odpowiedzi można uznać za szczerą i rzetelną.

Neurotyczność - wynik przeciętny - niskie nasilenie cech neurotycznych wskazuje na dobrą stabilność emocjonalną, spokój i wysoką odporność na stres. Osoba badana najprawdopodobniej skutecznie radzi sobie w sytuacjach trudnych i nie przejawia nadmiernych tendencji do lęków czy napięcia. Reakcje emocjonalne są kontrolowane, adekwatne i zorganizowane. Ekstrawersja - wynik przeciętny poziom ekstrawersji świadczy o otwartości, energiczności, potrzebie kontaktu z innymi oraz aktywności społecznej. Osoba badana prawdopodobnie lubi angażować się w interakcje interpersonalne, przebywać w centrum wydarzeń oraz wykazuje pozytywną dynamikę w kontaktach społecznych. Psychotyzm - wynik wysoki - wynik wysoki może wskazywać na obecność cech takich jak chłód emocjonalny, impulsywność, brak empatii, skłonność do zachowań antyspołecznych oraz wyraźny nonkonformizm. Osoba badana może mieć trudności z przestrzeganiem norm społecznych, może być sztywna interpersonalnie, a jej reakcje mogą być prowokacyjne lub wyrażać sprzeciw wobec konwencji. Ten wynik powinien zostać poddany dalszej analizie klinicznej. Skala kłamstwa - wynik przeciętny - wynik mieści się w dolnym zakresie przeciętnego poziomu. Wskazuje na stosunkowo szczerą postawę osoby badanej, bez wyraźnej tendencji do manipulowania swoim wizerunkiem czy idealizowania siebie. Odpowiedzi można traktować jako wiarygodne i przydatne diagnostycznie.

Profil osoby badanej wskazuje na wysoką odporność psychiczną i znaczną niezależność w zakresie myślenia oraz działania. Niskie nasilenie cech neurotycznych świadczy o stabilności emocjonalnej i dobrej zdolności do radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Podwyższona ekstrawersja sugeruje osobę otwartą, aktywną społecznie i skłoną do nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Jednocześnie bardzo wysoki wynik w zakresie psychotyzmu może odzwierciedlać silną autonomię względem norm społecznych, impulsywność oraz ograniczoną empatię, co w kontekście relacji z innymi może generować trudności adaptacyjne. Brak



istotnych wskazań do autoprezentacji świadczy o stosunkowo szczerym sposobie udzielania odpowiedzi, co zwiększa diagnostyczną wiarygodność profilu.

Całościowo obraz ten ukazuje osobę energiczną i odporną, lecz potencjalnie wymagającą wsparcia w obszarze budowania konstruktywnych relacji interpersonalnych.

Interpretacja wyniku Kwestionariusza STAI

Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene

W skali lęku - stanu wynik mieści się w przedziale wyników niskich. Wynik surowy wynosi 26 punktów i mieści się w steniu 2, 6 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <22,34>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <1,3>.

W skali lęku - cechy wynik mieści się w przedziale wyników bardzo niskich. Wynik surowy wynosi 24 punkty i mieści się w steniu 1, 2 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <20,32>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <1,2>.

Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że badany mężczyzna doświadcza bardzo niskiego poziomu lęku, zarówno w sytuacji bieżącej, jak i w ujęciu trwałej dyspozycji. Niski wynik w skali lęku-stanu może świadczyć o spokojnym reagowaniu na aktualne sytuacje i niewielkim napięciu emocjonalnym. Z kolei bardzo niski wynik w skali lęku-cechy sugeruje, że osoba badana rzadko doświadcza lęku w codziennym funkcjonowaniu i cechuje się wysoką odpornością emocjonalną.

Taki profil może świadczyć o stabilności emocjonalnej, dużej pewności siebie i skutecznych mechanizmach radzenia sobie ze stresem. Nie zaobserwowano oznak zwiększonej wrażliwości na zagrożenia ani tendencji do przewlekłego napięcia psychicznego.

Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty

Autorzy testu: R.B. Cattell

Skala i wyniki stenowe

- Q3 - sten 5 -przeciętne wyniki norma
- C - sten 6 - przeciętne wyniki norma
- L - sten 5 -przeciętne wyniki norma
- - sten 7 - przeciętne wyniki norma



- Q4 - sten 7 - przeciętne wyniki norma

Analiza:

- Q3 (Samokontrola), wynik surowy: 4, sten 5, norma - przeciętna zdolność do zachowania porządku wewnętrznego i kontrolowania impulsów.
- C (Odporność psychiczna), wynik surowy 5 sten 6, norma - przeciętny poziom wytrzymałości emocjonalnej, stabilność w sytuacjach stresowych
- L (Podejrzliwość), wynik surowy 4, sten 5, norma- umiarkowana nieufność, realistyczne podejście do ludzi, brak nadmiernej podejrzliwości.
- (Napięcie emocjonalne), wynik surowy 6 sten 7, norma - wzmożone napięcie psychiczne, tendencje do zamartwiania się i wewnętrznego niepokoju.
- Q4 (Drażliwość), wynik surowy 9 sten 7 norma - nasilone pobudzenie i trudności z relaksacją, występowanie wewnętrznego napięcia.

Niepokój ogólny (suma Q3+C+L+O+Q4): $4 + 5 + 4 + 6 + 9 = 28$ - Sten: 3 - wynik w normie

Sten 3 znajduje się poniżej normy, co wskazuje na niski poziom ogólnego niepokoju - osoba może sprawiać wrażenie spokojnej, nieujawniającej oznak napięcia.

Niepokój ukryty: Powyżej normy (sten 7) - napięcie emocjonalne i drażliwość są obecne wewnątrz, choć mogą być maskowane. Niepokój jawny: Poniżej normy (sten 3) - zachowanie osoby nie wskazuje na objawy niepokoju, nie są one widoczne z zewnątrz. Styl funkcjonowania: Osoba dobrze radzi sobie z regulacją emocji i stresem (Q3 i C w normie), mimo że może przeżywać zwiększone napięcie wewnętrzne (O i Q4 powyżej normy), które jednak nie dominuje w codziennym funkcjonowaniu.

5.3.3. Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii

W przypadku osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych i hazardu, przy współwystępowaniu zachowań kompulsywnych, zalecane jest kontynuowanie terapii w modelu integratywnym. Proces terapeutyczny powinien łączyć techniki poznawczo-behawioralne, ukierunkowane na zmianę szkodliwych przekonań i wzorców impulsywności, z pracą schematową nad głębszymi mechanizmami osobowościowymi. Rekomenduje się również regularne uczestnictwo w grupach wsparcia dla osób z podwójną diagnozą oraz spotkania indywidualne.



Ze względu na wysoką impulsywność, potrzebę dominacji i niski poziom ugodowości wskazana jest praca nad regulacją emocji w nurcie dialektyczno-behawioralnym (DBT), uzupełniona treningiem mindfulness oraz ćwiczeniami somatycznymi. Pomocne mogą być techniki relaksacyjne (Jacobson, oddechowe, TRE) wspierające redukcję napięcia i poprawę jakości snu. Istotnym elementem terapii powinien być rozwój kompetencji społecznych oraz praca nad schematami relacyjnymi, szczególnie w kontekście trudnych doświadczeń rodzinnych. Wspieranie budowy bezpiecznych relacji interpersonalnych powinno iść w parze z treningiem asertywności i otwartości emocjonalnej.

W toku terapii warto wzmacniać proces odbudowy tożsamości i odnajdywania nowych źródeł gratyfikacji poprzez działania narracyjne, rozwój dawnych pasji i realistyczne formułowanie celów zawodowych. Ze względu na wcześniejsze przerwanie abstynencji hazardowej, kluczowe jest wdrożenie kompleksowego planu zapobiegania nawrotom, obejmującego rozpoznawanie sytuacji wysokiego ryzyka oraz stały kontakt ze środowiskiem terapeutycznym. Praca nad budowaniem i utrzymywaniem zdrowych granic psychicznych i czasowych będzie dodatkowym wsparciem w procesie długoterminowego zdrowienia.

5.3.4. Podsumowanie studium przypadku i wnioski

Analiza przypadku 27-letniego mężczyzny uzależnionego od substancji psychoaktywnych i hazardu ukazuje obraz złożonego, długo rozwijającego się uzależnienia, którego początki sięgają okresu adolescencji. Przerzut na zachowania hazardowe wskazuje na obecność mechanizmów kompensacyjnych, typowych dla uzależnień krzyżowych, związanych z regulacją napięcia i emocji.

Profil osobowościowy badanego - bardzo wysoka sumienność i ekstrawersja, przy niskiej ugodowości i wysokim psychotyzmie - sugeruje osobę zdeterminowaną i odporną na stres, ale także impulsywną i trudną w relacjach. Pomimo braku nasilonych objawów lękowych, widoczne jest wewnętrzne napięcie emocjonalne oraz skłonność do kompulsywnych zachowań.

Wczesne doświadczenia rodzinne, presja i brak wcześniejszego wsparcia psychologicznego pogłębiły trudności emocjonalne i nieufność wobec pomocy z zewnątrz. Jednocześnie badany dysponuje cennymi zasobami - wysoką motywacją do zmiany, refleksyjnością oraz zaangażowaniem w terapię - co daje dobrą podstawę do dalszej pracy. Kluczowe będzie rozwijanie umiejętności samoregulacji, wzmacnianie tożsamości i odbudowa zdrowych relacji międzyludzkich opartych na zaufaniu.



5.4. Studium przypadku (osoba badana IV)

Czwartą osobą objętą badaniem była 60-letnia kobieta z rozpoznaniem uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Obecnie uczestniczy w procesie terapeutycznym realizowanym w ośrodku leczenia uzależnień. Zakres jej zaangażowania obejmuje udział w terapii grupowej, odbywającej się dwa razy w tygodniu, a także regularne sesje terapii indywidualnej prowadzone na terenie ośrodka.

W kolejnych podrozdziałach przedstawione zostaną dane uzyskane w trakcie pogłębionego wywiadu z osobą badaną, a także wyniki czterech kwestionariuszy psychologicznych, które zostały przez nią wypełnione w ramach niniejszego badania. Rozdział zakończony zostanie opracowaniem indywidualnych rekomendacji terapeutycznych oraz końcowymi wnioskami wynikającymi z analizy zgromadzonego materiału diagnostycznego.

5.4.1. Informacja z wywiadu

Osoba badana to 60-letnia kobieta, mieszkanka Warszawy, aktualnie przebywająca na rencie z problemów zdrowotnych. Zgłosiła się do terapii z powodu problemów związanych z uzależnieniem od alkoholu, które - jak sama wskazuje - było główną substancją uzależniającą. Sporadycznie używała również marihuany w kontekście towarzyskim, jednak nigdy nie łączyła jej z alkoholem, mając świadomość możliwych konsekwencji takiego połączenia. Historia uzależnienia sięga lat 90., kiedy to osoba badana miała około 28-30 lat. Wówczas alkohol zaczął stanowić codzienny element jej życia, co stopniowo prowadziło do rozwinięcia uzależnienia. Opisuje okresy intensywnego picia, w których alkohol spożywany był bez umiaru, niekiedy aż do utraty przytomności. Wskazuje, że picie wiązało się z wybuchami agresji, zwłaszcza wobec własnego dziecka, co z perspektywy czasu ocenia jako poważny problem. Ostatni rok przed podjęciem terapii był dla niej szczególnie trudny - zauważyła wtedy nasilenie się spożycia alkoholu, co skłoniło ją do szukania profesjonalnej pomocy.

Osoba badana zgłasza również objawy depresyjne, które uświadomiła sobie po rozmowie z psychiatrą. Ostatni okres jej życia był nacechowany silnym stresem związanym z pracą zawodową - poczuciem braku wsparcia i nadmiernym przeciążeniem obowiązkami. W konsekwencji pojawiły się myśli samobójcze oraz głębokie wyczerpanie psychiczne. Kobieta przyznaje, że przez długi czas nie była w stanie poprosić o pomoc w związku z uzależnieniem, co pogłębiało jej izolację emocjonalną.



W relacji osoba badana podkreśla również poczucie frustracji związanej z obowiązkami rodzinnymi i silną potrzebą ucieczki z domu rodzinnego. Opowiada o wychowywaniu się z matką i babcią w kontekście nieformalnego związku. Wskazuje na trudne relacje z ojczymem oraz faworyzowanie jednej z siostr przez babcię. Dopiero po latach zrozumiała, że to babcia kształtowała jej negatywne nastawienie do ojczyma. Wspomina, że matka nie poświęcała jej i rodzeństwu wystarczającej uwagi emocjonalnej, co mogło wynikać z własnych, nieprzepracowanych doświadczeń rodzinnych.

W historii zawodowej osoba badana pracowała jako protetyczka słuchu przez kilkanaście lat. Wspomina również epizody intensywnego picia w pracy, szczególnie w okresie zatrudnienia w sklepie, gdzie codzienne spożywanie alkoholu z kolegami z Urzędu Celnego było normą. Zmiana pracy pomogła jej w ograniczeniu picia, jednak w momentach kryzysów życiowych - takich jak problemy finansowe, rodzinne i osobiste - ponownie sięgała po alkohol. Wspomina również o problemach zdrowotnych, w tym z tarczycą, która po operacji wpłynęła pozytywnie na jej poziom pobudzenia i agresji, choć nie wyeliminowała potrzeby sięgania po alkohol jako strategii radzenia sobie z emocjami.

W przeszłości kobieta próbowała radzić sobie z trudnymi emocjami poprzez aktywność fizyczną - głównie sport - co było dla niej formą odreagowania. Wskazuje również, że miała myśli samobójcze, jednak nigdy nie doszło do ich realizacji. Ujawnia rodzinne obciążenia - siostra była leczona psychiatrycznie z powodu depresji, natomiast matka, choć zmaga się z objawami depresji, nigdy nie podjęła leczenia.

Osoba badana rozpoczęła terapię w styczniu 2023 roku. Od 23 listopada 2022 roku utrzymuje abstynencję alkoholową. Zgłosiła się do psychiatry, który rozpoznał u niej depresję i zalecił leczenie farmakologiczne. Obecnie przyjmuje leki przeciwdepresyjne, których dawki były stopniowo zwiększane. Uczestniczy także w psychoterapii. Wskazuje, że w procesie zdrowienia duże znaczenie ma dla niej wsparcie ze strony przyjaciół.

W trakcie badania stanu psychicznego osoba badana wykazuje świadomość swojej choroby oraz jej wpływu na relacje rodzinne i życie osobiste. Wyróżnia się zdolnością do refleksji nad własnymi doświadczeniami, dzieciństwem i mechanizmami emocjonalnymi, co może być korzystne w dalszym procesie terapeutycznym. Mimo trudnej przeszłości, obecnie podejmuje działania mające na celu poprawę jakości życia i odbudowę dobrostanu psychicznego.



5.4.2. Interpretacja wyników poszczególnych tekstów

Interpretacja wyniku Kwestionariusza NEO-FFI

Autorzy testu: P.T. Costa, R.R. McCrae

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM) oraz z uwzględnieniem błędu pomiaru 15%.

- Neurotyczność (NEU): 5 (przedział ufności na podstawie SEM: 4-6)
- Ekstrawersja (EKS): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Otwartość na doświadczenia (OTW): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 6-10)
- Ugodowość (UGD): 5 (przedział ufności na podstawie SEM: 4-6)
- Sumienność (SUM): 5 (przedział ufności na podstawie SEM 4-6)

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako ciekawą świata, umiarkowanie towarzyską i stabilną emocjonalnie, zachowującą równowagę między otwartością a pragmatyzmem oraz gotowością do współpracy a zachowaniem autonomii.

Neurotyczność - wynik przeciętny - osoba ogólnie spokojna i zrównoważona, ale czasami doświadczająca gniewu, smutku i poczucia winy. Ekstrawersja - wynik przeciętny - osoba przeciętna pod względem towarzyskości i aktywności, lubi kontakty z innymi, ale także ceni sobie prywatność i intymność. Otwartość na doświadczenia - wynik wysoki - osoba otwarta na nowe doświadczenia, ma szerokie zainteresowania i żywą wyobraźnię. Ugodowość - wynik przeciętny - osoba ogólnie miła i przyjazna, ale czasem może być nastawiona rywalizacyjnie. Sumienność - wynik przeciętny - osoba przeciętnie zorganizowana, ma zazwyczaj jasno określone cele życiowe, chociaż nie dąży do osiągnięcia ich „za wszelką cenę”.

Osoba badana prezentuje zrównoważony profil osobowości, w którym wyróżnia się wysoka otwartość na doświadczenia - świadcząca o twórczości, ciekawości i refleksyjności. Wszystkie pozostałe cechy mieszczą się w przedziale przeciętnym, co wskazuje na zdrową adaptacyjność, stabilność emocjonalną, umiarkowaną ekstrawersję i gotowość do współpracy bez rezygnowania z własnej niezależności.



Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R

Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck (2006)

Interpretacja wyników oparta jest na normach EPQ-R dla kobiet dorosłych (wiek: 60 lata).

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM, 85%), (normy kobiece, populacja dorosłych)

- Neurotyczność (N): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)
- Ekstrawersja (E): 5 (przedział ufności na podstawie SEM: 4-6)
- Psychotyzm (P): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Skala kłamstwa (K): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)

Analiza:

- N - sten 4 - mieści się w wyniku przeciętny - stabilność emocjonalna
- E - sten 5 - mieści się w wyniku przeciętny - ambiwertyk
- P - sten 6 - mieści się w wyniku przeciętny - niezależność w granicach normy
- K - sten 4 - mieści się w wyniku przeciętny - szczerść i wiarygodność odpowiedzi

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako stabilną emocjonalnie, o umiarkowanej towarzyskości i nieznacznie podwyższonej niezależności poznawczo-interpersonalnej. Profil jest rzetelny i diagnostycznie wartościowy.

Neurotyczność - wynik przeciętny - wskazuje na niskie nasilenie cech neurotycznych. Osoba badana cechuje się stabilnością emocjonalną, spokojem i dobrą tolerancją na stres. Nie wykazuje tendencji do silnych wahań nastroju, nadmiernego niepokoju czy napięcia. Jest to korzystny wynik, świadczący o wysokiej kontroli emocjonalnej. Ekstrawersja - wynik przeciętny - wskazuje na zbalansowany styl funkcjonowania interpersonalnego. Osoba badana potrafi odnaleźć się zarówno w relacjach społecznych, jak i samotności. Brak skrajnych tendencji wskazuje na elastyczne przystosowanie społeczne i dobrą adaptację do różnorodnych sytuacji. Psychotyzm - wynik przeciętny - wynik ten znajduje się w górnej granicy normy i może świadczyć o większej niezależności w myśleniu i działaniu, a także o cechach impulsywności oraz dystansu emocjonalnego. Możliwa jest skłonność do krytycznego dystansu wobec konwenansów społecznych, co nie wskazuje na patologię, ale może mieć znaczenie w kontekście stylu życia i decyzji. Skala kłamstwa - wynik przeciętny - wynik mieści się w dolnym zakresie przeciętnego poziomu. Odpowiedzi można uznać za szczerze i wiarygodne, bez



wyraźnej tendencji do przedstawiania siebie w sposób społecznie pożądany. Profil uznaje się za rzetelny i użyteczny diagnostycznie.

Profil osoby badanej wskazuje na dojrzałą i zrównoważoną strukturę osobowości, cechującą się wysokim poziomem samoregulacji emocjonalnej oraz elastycznością społeczną. Niski poziom neurotyczności sugeruje stabilność emocjonalną, odporność na stres i umiejętność zachowania spokoju w wymagających sytuacjach. Umiarkowana ekstrawersja może świadczyć o zdolności do adekwatnego dostosowywania zachowań w zależności od kontekstu społecznego, bez nadmiernej potrzeby stymulacji zewnętrznej. Niewielkie podwyższenie wyniku w zakresie psychotyzmu może odzwierciedlać niezależność myślenia, krytyczne podejście do otoczenia oraz wewnętrzną samodzielność w działaniu. Wysoka szczerść odpowiedzi świadczy o autentycznym sposobie wypowiedzi i zwiększa wiarygodność uzyskanych wyników.

Profil ten przedstawia osobę uporządkowaną, spokojną i samodzielną, funkcjonującą w sposób elastyczny i dostosowany do okoliczności, bez sygnałów świadczących o obecności trudności emocjonalnych czy zaburzeń psychicznych.

Interpretacja wyniku Kwestionariusza STAI

Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene

W skali lęku - stanu wynik mieści się w przedziale wyników niskich. Wynik surowy wynosi 28 punktów i mieści się w stenie 3, 14 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <24,35>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <2,4>.

W skali lęku - cechy wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Wynik surowy wynosi 38 punktów i mieści się w stenie 5, 42 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <36,43>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <4,6>.

Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że badana kobieta doświadczała niskiego poziomu lęku sytuacyjnego w momencie badania, co może świadczyć o wewnętrznym spokoju i adekwatnym radzeniu sobie w bieżących warunkach. Jednocześnie przeciętny wynik w skali lęku jako cechy wskazuje na typowy poziom wrażliwości na stres, bez istotnych odchyłeń od normy.



Taki profil wyników nie sugeruje nadmiernej tendencji do przeżywania lęku, ale może świadczyć o względnej stabilności emocjonalnej i umiejętności adaptacyjnych. Brak jest podstaw do stwierdzenia obecności nasilenia objawów lękowych zarówno w wymiarze chwilowym, jak i trwałym.

Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty

Autorzy testu: R.B. Cattell

Skala i wyniki stenowe:

- Q3 - sten 5 - przeciętne wyniki norma
- C -sten 5 - przeciętne wyniki norma
- L - sten 6 - przeciętne wyniki norma
- - sten 10 - wynik wysoki
- Q4 - sten 10 - wysoki wynik

Analiza:

- Q3 (Samokontrola), wyniki surowy: 4, sten 5, norma - przeciętna zdolność do kontrolowania impulsów i utrzymywania wewnętrznego porządku.
- C (Odporność psychiczna), wynik surowy: 5, sten 5, norma - przeciętny poziom wytrzymałości emocjonalnej.
- L (Podejrzliwość), wynik surowy: 6, sten 6, norma - nieznacznie podwyższony nieufność, ostrożność w relacjach interpersonalnych
- (Napięcie emocjonalna), wynik surowy: 11, sten 10, bardzo wysoki - silne napięcie psychiczne, skłonność do wewnętrznego niepokoju i tendencji neurotycznych
- Q4 (Drażliwość), wynik surowy: 14, sten 10, bardzo wysoki - wewnętrzne napięcie, nadmierna pobudliwość i trudność w odprężeniu

Niepokój ogólny (Q3+C+L+O+Q4) $4 + 5 + 6 + 11 + 14 = 40 + 4$ punkty za wiek (60 lata) = 44 - Sten: 8 - wynik powyżej normy

Sten 8 mieści się w zakresie wyników neurotycznych, co oznacza podwyższony poziom niepokoju - mogący wywierać wpływ na funkcjonowanie. Niepokój ukryty: Powyżej normy (sten 8) - napięcie emocjonalne i drażliwość mogą przejawiać się w myślach i odczuciach wewnętrznych. Niepokój jawny: Powyżej normy (sten 8) - objawy te mogą być zauważalne w zachowaniu, komunikacji lub reakcjach emocjonalnych Styl funkcjonowania: Osoba posiada



przeciętną odporność psychiczną i samokontrolę (Q3 i C w normie), jednak przy bardzo wysokim napięciu wewnętrznym (O i Q4) może doświadczać znacznego obciążenia emocjonalnego i trudności w odprężeniu.

5.4.3. Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii

W kontekście wieloletniego przebiegu uzależnienia, epizodów depresyjnych i wysokiego napięcia emocjonalnego wskazana jest kontynuacja psychoterapii w modelu integratywnym, łączącym podejście poznawczo-behawioralne z elementami terapii schematów lub psychodynamicznej. Praca powinna koncentrować się zarówno na modyfikacji szkodliwych przekonań i rozwijaniu strategii radzenia sobie ze stresem, jak i na głębszej analizie schematów emocjonalnych kształtujących obecne mechanizmy obronne.

Ze względu na wysoki poziom napięcia i drażliwości istotne jest wdrożenie technik relaksacyjnych (trening Schultza, Jacobsona, mindfulness) oraz rozważenie wsparcia farmakologicznego w celu stabilizacji nastroju. Ważnym elementem terapii powinna być także praca nad regulacją emocji, redukcją poczucia winy i budowaniem pozytywnej tożsamości osoby trzeźwej poprzez zastosowanie terapii skoncentrowanej na emocjach (EFT). W związku z trudnymi doświadczeniami rodzinnymi rekomenduje się eksplorację relacji z bliskimi oraz rozwijanie umiejętności interpersonalnych - zwłaszcza asertywności i wyrażania emocji. Terapia narracyjna lub autobiograficzna może wspierać proces porządkowania historii życia i budowania spójnej tożsamości.

Pomimo utrzymywania abstynencji, ze względu na wysokie ryzyko nawrotu kluczowe będzie opracowanie indywidualnego planu zapobiegania nawrotom oraz wzmacnianie sieci wsparcia społecznego. Wskazane jest także monitorowanie stanu emocjonalnego, np. poprzez prowadzenie dziennika nastroju. Wysoka otwartość na doświadczenia i refleksyjność osoby badanej stanowią istotne zasoby rozwojowe. Dlatego warto włączać do terapii formy ekspresji twórczej (arteterapia, działania rekreacyjne) oraz wzmacniać codzienną rutynę i poczucie sprawczości poprzez realizację małych, osiągalnych celów.

5.4.4. Podsumowanie studium przypadku i wnioski

Analiza przypadku 60-letniej kobiety uzależnionej od alkoholu ukazuje wieloletni, stopniowo rozwijający się proces uzależnienia, w którym alkohol pełnił funkcję mechanizmu radzenia sobie z napięciem, frustracją i brakiem wsparcia emocjonalnego. W ostatnim okresie



przed terapią doszło do znacznego pogorszenia stanu psychicznego, objawiającego się nasilonym napięciem, drażliwością oraz objawami depresyjnymi.

Wyniki badań psychologicznych wskazują na przeciętną odporność psychiczną oraz wysokie napięcie emocjonalne, przy zachowanej zdolności do pracy nad sobą. Cechy wysokiej otwartości i niezależności mogą sprzyjać twórczemu podejściu do leczenia, choć mogą także utrudniać przyjmowanie pomocy. Trudne doświadczenia rodzinne i nieprzepracowane relacje emocjonalne odegrały znaczącą rolę w rozwoju uzależnienia. Obecnie jednak osoba badana wykazuje wysoki poziom introspekcji, zaangażowanie w terapię oraz utrzymuje abstynencję, co stanowi solidną podstawę do dalszego procesu zdrowienia i poprawy jakości życia.

5.5. Studium przypadku (osoba badana V)

Piątym uczestnikiem badania był 43-letni mężczyzna, pozostający w terapii uzależnień prowadzonej przez ośrodek specjalistyczny. Aktualnie korzysta z dwóch podstawowych form wsparcia oferowanych przez placówkę - uczestniczy w spotkaniach grupy terapeutycznej odbywających się dwa razy w tygodniu oraz regularnie bierze udział w indywidualnych sesjach psychoterapeutycznych.

W dalszej części rozdziału zaprezentowane zostaną dane zebrane w toku rozmowy diagnostycznej z osobą badaną oraz wyniki czterech standaryzowanych kwestionariuszy psychologicznych, które posłużyły do pogłębionej analizy jego funkcjonowania psychicznego. Całość zostanie uzupełniona o indywidualne zalecenia terapeutyczne oraz końcowe wnioski podsumowujące uzyskany materiał badawczy.

5.5.1. Informacja z wywiadu

Osoba badana to 43-letni mężczyzna, mieszkaniec Warszawy, obecnie przebywający na rencie z powodów zdrowotnych. W przeszłości pracował jako konserwator obiektów. Zgłosił się do terapii z powodu wieloletniego uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, marihuany, kokainy oraz ekstazy. W swojej relacji wskazuje, że jeszcze przed rozpoczęciem używania substancji doświadczał stanów depresyjnych i lękowych, które nasiliły się wraz z rozwojem uzależnienia. Obecnie, mimo udziału w terapii, nadal zmaga się z objawami lęku, napadami paniki, stanami agresji i epizodami paranoi.

Początki używania substancji sięgają okresu adolescencji - już w wieku 15 lat rozpoczął spożywanie alkoholu i marihuany. Na pierwszym roku studiów zaczął zażywać amfetaminę i ekstazę, przy czym ta druga substancja była obecna w jego życiu regularnie przez około



dziesięć lat. W okresie studiów nadużywał dużych ilości alkoholu i ekstazy, co przyczyniło się do rezygnacji z dalszej edukacji. W wieku około 28 lat rozpoczął codzienne zażywanie kokainy - ten okres trwał przez około sześć miesięcy. W późniejszych latach, przed rozpoczęciem leczenia, dominującą substancją uzależniającą stał się alkohol, którego nadużywanie prowadziło do pogłębiającej się depresji oraz czterech prób samobójczych.

Osoba badana przyznaje, że przez wiele lat unikała konfrontacji z własnymi problemami. Często wyraża złość na siebie, niską samoocenę i żal wobec przeszłości. Wspomina o trudnych doświadczeniach życiowych, takich jak śmierć brata i matki oraz oddalenie emocjonalne od ojca, który obecnie mieszka z inną partnerką. Sam określa swoje życie jako „nienormalne” - pełne chaosu i cierpienia - ale podkreśla, że obecnie odbierany jest przez rodzinę i znajomych w sposób pozytywny, co stanowi dla niego istotne źródło motywacji.

W relacji pacjent wspomina także o przeżywanych moralnych dylematach oraz wstręcie do dawnych stanów psychicznych, wywoływanych przez substancje. Mówi o koszmarach sennych, które przywołują wspomnienia z okresu uzależnienia. Wyraża jednocześnie strach przed potencjalnym nawrotem - nie w formie lęku przed samym procesem, lecz z pełną świadomością, że jego ewentualny powrót do nałogu oznaczałby „całkowity upadek”.

W kontekście zdrowia fizycznego osoba badana wskazuje na przewlekłe problemy z kręgosłupem, które rozpoczęły się w wieku 17 lat i wymagały hospitalizacji oraz interwencji chirurgicznej. Doświadczenie bólu i ograniczeń fizycznych pogłębiało jego izolację oraz skłonność do sięgania po substancje psychoaktywne. Od lat żyje samotnie, z niepowodzeniami w relacjach partnerskich.

Osoba badana rozpoczęła terapię w kwietniu ubiegłego roku, będąc już po wcześniejszych nieudanych próbach samodzielnego wyjścia z uzależnienia. Obecnie znajduje się pod opieką psychiatry, przyjmuje leki przeciwdepresyjne oraz przeciw lękowe i regularnie uczestniczy w psychoterapii indywidualnej. Współpracuje z terapeutką, z którą omawia problemy związane z agresją, niskim poczuciem własnej wartości oraz lękiem. W przeszłości brał udział w kilku terapiach uzależnień, które były dla niego trudnym, ale niezbędnym doświadczeniem. Uczestniczy również w grupie wsparcia, w której dzieli się swoimi refleksjami i doświadczeniami, co uznaje za wartościowy element procesu zdrowienia.

W badaniu stanu psychicznego osoba badana wykazuje objawy zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz paranoidalnych. Przeszłość obciążona próbami samobójczymi wskazuje na znaczne cierpienie psychiczne, które nadal pozostaje aktywne, mimo poprawy ogólnego



funkcjonowania. Pacjent deklaruje pozytywne nastawienie do terapii i chęć kontynuowania leczenia, dostrzega zmiany w relacjach z otoczeniem i jest zadowolony z postępów, jakie osiągnął. Wyróżnia się dużą świadomością własnych problemów i realistycznym podejściem do ryzyka nawrotu, co może sprzyjać dalszej stabilizacji psychicznej i utrzymaniu abstynencji.

5.5.2. Interpretacja wyników poszczególnych tekstów

Interpretacja wyniku Kwestionariusza NEO-FFI

Autorzy testu: P.T. Costa, R.R. McCrae

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM) oraz z uwzględnieniem błędu pomiaru 15%.

- Neurotyczność (NEU): 9 (przedział ufności na podstawie SEM: 8-10)
- Ekstrawersja (EKS): 2 (przedział ufności na podstawie SEM: 1-3)
- Otwartość na doświadczenia (OTW): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 6-10)
- Ugodowość (UGD): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)
- Sumienność (SUM): 5 (przedział ufności na podstawie SEM 4-6)

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako refleksyjną, otwartą na nowe idee i wyjątkowo wrażliwą emocjonalnie, ale jednocześnie powściągliwą w kontaktach społecznych, nieufną i umiarkowanie zaangażowaną w realizację celów.

Neurotyczność - wynik wysoki - osoba wrażliwa, emocjonalna, skłonna do doświadczania napięć i martwienia się. Ekstrawersja - wynik niski - osoba poważna, zachowująca rezerwę w kontaktach z innymi, woli przebywać sama lub w towarzystwie nielicznej grupy przyjaciół. Otwartość na doświadczenia - wynik wysoki - osoba otwarta na nowe doświadczenia, ma szerokie zainteresowania i żywą wyobraźnię. Ugodowość - wynik niski - osoba sceptyczna, nastawiona rywalizacyjnie, traktująca innych rzeczowo, dająca im odczuć swoje niezadowolenie. Sumienność - wynik przeciętny - osoba przeciętnie zorganizowana, ma zazwyczaj jasno określone cele życiowe, chociaż nie dąży do osiągnięcia ich „za wszelką cenę”.

Profil osoby badanej wskazuje na dużą wrażliwość emocjonalną i introwertyczny styl funkcjonowania, przy jednoczesnym bogactwie poznawczym i refleksyjności. Wysoka otwartość na doświadczenia sprzyja eksploracji idei, myśleniu abstrakcyjnemu i twórczości,



natomiast bardzo wysoka neurotyczność może utrudniać utrzymanie stabilności emocjonalnej i poczucia bezpieczeństwa.

Niska ekstrawersja i obniżona ugodowość mogą skutkować izolacją społeczną, trudnościami we współpracy i niską satysfakcją z relacji interpersonalnych. Przeciętna sumienność wskazuje na umiarkowaną organizację i odpowiedzialność - osoba ta potrafi działać systematycznie, choć niekoniecznie konsekwentnie w dążeniu do celów.

Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R

Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck (2006)

Interpretacja wyników oparta jest na normach EPQ-R dla mężczyzn dorosłych (wiek: 43 lata).

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM, 85%), (normy męskie, populacja dorosłych)

- Neurotyczność (N): 9 (przedział ufności na podstawie SEM: 8-10)
- Ekstrawersja (E): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)
- Psychotyzm (P): 5 (przedział ufności na podstawie SEM: 4-6)
- Skala kłamstwa (K): 5 (przedział ufności na podstawie SEM: 4-6)

Analiza:

- N - sten 9 - mieści się w wyniki wysoki - bardzo wysokie nasilenie cech neurotycznych
- E - sten 4 - mieści się w wyniki przeciętny - introwertyk
- P - sten 5 - mieści się w wyniku przeciętny - norma
- K - sten 5 - mieści się w wyniku przeciętny - neutralny, wiarygodny styl odpowiedzi

Na podstawie uzyskanych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako wysoce neurotyczną, z umiarkowaną skłonnością do introwersji, funkcjonującą stabilnie w zakresie psychotyzmu oraz prezentującą neutralny i szczerzy styl odpowiedzi. Profil ten zasługuje na dalszą diagnostykę kliniczną w kontekście regulacji emocji.

Neurotyczność - wynik wysoki - wynik ten wskazuje na bardzo silne nasilenie cech neurotycznych. Osoba badana wykazuje znaczną podatność na przeżywanie lęku, napięcia, niepokoju oraz trudności emocjonalnych. Może mieć trudność z regulacją emocji i wykazywać niską tolerancję na stres. Tak wysoki wynik może świadczyć o niestabilności emocjonalnej oraz zwiększonym ryzyku występowania reakcji nerwicowych. Wskazane jest zachowanie ostrożności diagnostycznej i dalsza pogłębiona ocena stanu emocjonalnego. Ekstrawersja -



wynik przeciętny - wynik mieści się w dolnej granicy normy. Może wskazywać na cechy introwertyczne - osoba badana może preferować samotność lub wąski krąg kontaktów społecznych, unikać sytuacji wymagających intensywnej aktywności interpersonalnej. Taki profil nie musi oznaczać zaburzeń, lecz sugeruje niższą potrzebę stymulacji zewnętrznej i większą koncentrację na sprawach wewnętrznych. Psychotyzm - wynik przeciętny - wynik ten znajduje się w centrum skali. Osoba badana nie wykazuje ani nasilenia, ani wyraźnego braku cech takich jak niezależność od norm, impulsywność czy chłód emocjonalny. Funkcjonowanie społeczne i interpersonalne pozostaje w granicach normy. Nie występują cechy wskazujące na trudności adaptacyjne w zakresie kontroli zachowań lub myślenia społecznego. Skala kłamstwa - wynik przeciętny - wynik ten wskazuje na neutralny styl odpowiedzi. Osoba badana nie przejawiała silnych tendencji do prezentowania siebie w sposób lepszy, niż jest w rzeczywistości, ale też nie odpowiadała całkowicie spontanicznie. Odpowiedzi można traktować jako diagnostycznie wiarygodne.

Profil osoby badanej wskazuje na wysoką wrażliwość emocjonalną przy jednoczesnym zachowaniu poznawczej i społecznej stabilności. Bardzo wysokie nasilenie cech neurotycznych sugeruje tendencję do przeżywania silnego napięcia, lęku oraz obniżoną odporność na stres, co może wpływać na funkcjonowanie emocjonalne w codziennych sytuacjach. Niska ekstrawersja może wskazywać na preferencję samotności, skłonność do introspekcji oraz ograniczoną potrzebę kontaktów społecznych. Przeciętny poziom cech psychotycznych nie wskazuje na obecność trudnych cech interpersonalnych, takich jak impulsywność czy chłód emocjonalny, co może świadczyć o względnie zrównoważonych relacjach z otoczeniem. Styl odpowiedzi oceniany jako neutralny i szczerzy podnosi wiarygodność uzyskanych wyników.

Profil sugeruje osobę refleksyjną, emocjonalnie wrażliwą, wymagającą jednak pogłębionej diagnostyki w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, szczególnie pod kątem możliwych trudności w regulacji emocji i radzeniu sobie w sytuacjach obciążających.

Interpretacja wyniku Kwestionariusza STAI

Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene

W skali lęku - stanu wynik mieści się w przedziale wyników bardzo wysokich. Wynik surowy wynosi 62 punkty i mieści się w stenie 10, 99 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <54,63>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <9,10>.



W skali lęku - cechy wynik również mieści się w przedziale wyników bardzo wysokich. Wynik surowy wynosi 64 punkty i mieści się w steniu 10, 99 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <55,64>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <9,10>.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że badany doświadcza bardzo wysokiego poziomu lęku zarówno w sytuacji bieżącej (stan), jak i w ujęciu trwałej dyspozycji (cecha). Tak wysoki wynik w skali lęku-stanu może świadczyć o silnym napięciu emocjonalnym, niepokoju i wzmożonym reagowaniu na aktualne warunki. Równocześnie bardzo wysoki wynik w skali lęku-cechy wskazuje na utrwaloną tendencję do przeżywania lęku w codziennym funkcjonowaniu, co może znacząco wpływać na jakość życia.

Profil ten może sugerować zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych, chronicznego stresu, a także trudności w regulacji emocji i relacjach społecznych. Może występować nasiloną czujność, somatyzacja objawów, tendencja do unikania sytuacji ocenianych jako trudne oraz znaczne obniżenie odporności psychicznej. Wskazane byłoby pogłębienie diagnozy oraz rozważenie wsparcia psychologicznego lub terapeutycznego.

Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty

Autorzy testu: R.B. Cattell

Skala i wyniki stenowe:

- Q3 - sten 3 - wskazują na stabilność emocjonalną, wysoki próg tolerancji na frustrację, brak motywacji
- C - sten 5 - przeciętne wyniki norma
- L - sten 6 - przeciętne wyniki norma
- - sten 10 - wysoki niepokój
- Q4 -sten 10 - wysoki niepokój

Analiza:

- Q3 (Samokontrola), wynik surowy: 3, sten 3, poniżej normy - trudności w utrzymaniu porządku wewnętrznego, impulsywność, mniejsza kontrola nad emocjami.
- C (Odporność psychiczna), wynik surowy: 4, sten 5, norma - przeciętny poziom odporności emocjonalnej, osoba radzi sobie ze stresem.



- L (Podejrzliwość), wynik surowy: 6, sten 6, norma - umiarkowana nieufność wobec innych, ostrożność w relacjach.
- (Napięcie emocjonalne), wynik surowy: 14, sten 10, bardzo wysoki - silne napięcie psychiczne, tendencje neurotyczne, nadmierne zamartwianie się.
- Q4 (Drażliwość), wynik surowy: 14, sten 10, bardzo wysoki - wewnętrzne napięcie, nad reaktywność, trudność w odprężeniu się.

Niepokój ogólny (Q3+C+L+O+Q4) $3+4+6+14+14=41+4$ punkty za wiek (43 lata) =45 - sten 8 -wynik wysoki

Sten 8 mieści się w zakresie wyników neurotycznych - oznacza podwyższony poziom niepokoju, mogący wywierać wpływ na funkcjonowanie psychiczne i społeczne. Niepokój ukryty: Powyżej normy (Sten 8) - objawy mogą być zauważalne w zachowaniu lub stylu funkcjonowania Niepokój jawny: Powyżej normy (sten 8) - objawy mogą być zauważalne w zachowaniu lub stylu funkcjonowania. Styl funkcjonowania: Osoba, a przeciętną odporność psychiczną (C), lecz obniżony poziom samokontroli (Q3), co w połączeniu z bardzo wysokim napięciem emocjonalnym (O i Q4) może skutkować trudnościami w codziennym funkcjonowaniu oraz przeciążeniem emocjonalnym.

5.5.3. Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii

W kontekście wysokiego poziomu lęku, nasilonej neurotyczności oraz napięcia emocjonalnego zaleca się kontynuację terapii indywidualnej, opartej na podejściu poznawczo-behawioralnym z elementami terapii emocji (EFT). Terapia powinna koncentrować się na pracy nad dysfunkcyjnymi schematami poznawczymi, regulacją emocji oraz przetwarzaniem trudnych doświadczeń. Ze względu na obserwowane trudności w samokontroli i impulsywności, wskazane jest włączenie technik terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) oraz regularne stosowanie ćwiczeń relaksacyjnych i praktyk mindfulness. Rozważenie pracy z ciałem (TRE, biofeedback) może dodatkowo wspierać redukcję napięcia psychosomatycznego.

Biorąc pod uwagę historię prób samobójczych i objawy lękowo-depresyjne, konieczne jest utrzymanie opieki psychiatrycznej i monitorowanie skuteczności farmakoterapii, z możliwością ponownej diagnozy w kierunku zaburzeń afektywnych. Ważnym kierunkiem terapii pozostaje wzmocnianie poczucia własnej wartości i pracy nad tożsamością niezależną od doświadczenia uzależnienia, m.in. poprzez zastosowanie terapii schematów i podejścia narracyjnego. Wspieranie rozwoju osobistego oraz formułowanie realistycznych celów życiowych może wzmocnić motywację wewnętrzną.



Ze względu na trudności w relacjach społecznych i tendencję do wycofania, zaleca się kontynuację terapii grupowej z elementami treningu umiejętności społecznych oraz pracę nad barierami emocjonalnymi w relacjach. W obszarze profilaktyki nawrotów istotne będzie opracowanie indywidualnego planu zaradczego oraz wzmacnianie osiągniętych postępów w terapii, co może podtrzymać motywację i poczucie sprawczości w dalszym procesie zdrowienia.

5.5.4. Podsumowanie studium przypadku i wnioski

Analiza przypadku 43-letniego mężczyzny uzależnionego od substancji psychoaktywnych ujawnia wieloletni przebieg uzależnienia, rozwijającego się na tle wczesnych trudności emocjonalnych i rodzinnych. Substancje pełniły funkcję regulacyjną wobec lęku i depresji, co wpisuje się w model samoleczenia.

Wyniki badań psychologicznych wskazują na bardzo wysokie nasilenie lęku, napięcia emocjonalnego oraz neurotyzmu, a także obniżoną samokontrolę, co znacząco zwiększa ryzyko impulsywnych zachowań i nawrotu. Niska ekstrawersja i ugodowość utrudniają budowanie relacji, choć wysoka otwartość na doświadczenia stanowi ważny zasób w procesie terapii. Mężczyzna wykazuje dużą samoświadomość, refleksyjność i motywację do zmiany, co w połączeniu z uczestnictwem w terapii i farmakoterapii tworzy dobre warunki do dalszego zdrowienia. Kluczowe w dalszej pracy będzie wzmacnianie umiejętności regulacji emocji, budowanie poczucia własnej wartości, rozwój kompetencji interpersonalnych oraz stałe monitorowanie stanu psychicznego i zapobieganie nawrotom.

5.6. Studium przypadku (osoba badana VI)

Szóstym uczestnikiem badania był mężczyzna w wieku 48 lat, który aktualnie znajduje się w trakcie leczenia odwykowego w specjalistycznym ośrodku terapeutycznym. Jego udział w programie terapeutycznym obejmuje regularne uczestnictwo w grupowych zajęciach terapeutycznych, odbywających się dwa razy w tygodniu, a także indywidualną psychoterapię prowadzoną na terenie ośrodka.

W niniejszym podrozdziale przedstawione zostaną wyniki uzyskane w toku wywiadu diagnostycznego, a także analiza czterech narzędzi psychometrycznych, które zostały zastosowane w celu pogłębionej oceny psychologicznej badanego. Rozdział zakończy się sformułowaniem zaleceń wspierających dalszy proces terapeutyczny oraz syntetycznym podsumowaniem wniosków płynących z przeprowadzonego badania.



5.6.1. Informacja z wywiadu

Osoba badana to 48-letni mężczyzna, mieszkaniec Warszawy, zatrudniony jako konserwator basenów. Zgłosił się do terapii z powodu długotrwałych problemów z uzależnieniem od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych, głównie stymulujących - takich jak mefedron, amfetamina, kokaina, a także marihuana i LSD. W relacji wskazuje, że alkohol był jego główną substancją uzależniającą, a pierwsze doświadczenia z piciem miały miejsce już w bardzo młodym wieku, kiedy - jak sam podkreśla - został po raz pierwszy upity przez ojca w wieku 3 lat.

Świadomość uzależnienia pojawiła się u osoby badanej w wieku około 30-32 lat. Mimo to przez wiele lat nie podejmował skutecznych działań terapeutycznych, a kolejne epizody uzależnienia miały negatywny wpływ na jego życie osobiste i zawodowe. W szczególności wskazuje na rozwód sprzed 10 lat, który - jak twierdzi - był bezpośrednią konsekwencją jego uzależnienia od alkoholu. Pięć lat temu nastąpił nawrót picia, po uprzednim czteroipółletnim okresie abstynencji, co ponownie wpłynęło destabilizująco na jego funkcjonowanie.

Mężczyzna opisuje swoje życie zawodowe jako niesatysfakcjonujące i niestabilne, obciążone ryzykiem wypalenia. W przeszłości prowadził własny klub swingerski oraz działał jako edukator seksualny. Klub funkcjonował przez pięć lat, jednak został zamknięty na czas pandemii COVID-19, co doprowadziło do poważnych strat finansowych. Osoba badana wskazuje, że to właśnie intensywne prace i stres towarzyszący jej utracie stanowiły jeden z głównych czynników nawrotu picia. Wspomina również o trudnych relacjach biznesowych i braku zaufania, które towarzyszyły temu okresowi.

Relacje rodzinne mężczyzna opisuje jako trudne i obciążone. Choć niegdyś postrzegał je jako dobre, obecnie widzi je jako nieprzyjemne, podkreślając uzależnienie obojga rodziców od alkoholu. Ta zmiana w ocenie relacji rodzinnych była dla niego istotnym elementem refleksji w procesie terapeutycznym. Wskazuje także na poczucie winy oraz złość wobec siebie, które nasiliły się w ostatnich latach w związku z trudnościami w utrzymaniu abstynencji i realizacji wcześniejszych postanowień o zaprzestaniu picia.

W historii uzależnienia osoba badana opisuje okresy intensywnego spożycia alkoholu, często w połączeniu z narkotykami. W czasie abstynencji od alkoholu, trwającej cztery i pół roku, zaczął regularnie sięgać po substancje stymulujące. Doświadczył wzrostu tolerancji na alkohol i trudności w kontrolowaniu jego spożycia, szczególnie w momentach napięcia emocjonalnego, takich jak rozwód, utrata pracy czy konflikty rodzinne.



Osoba badana rozpoczęła terapię uzależnień po raz pierwszy około 10 lat temu, z inicjatywy ówczesnej żony. Wcześniej, w wieku około 30 lat, odbył wizytę w poradni leczenia uzależnień, gdzie przeprowadzono z nim wywiad i zalecono terapię. W ciągu ostatnich lat próbował kilkakrotnie ograniczyć picie, jednak bez trwałych efektów. Doświadczał nawrotów, z których jeden - jak twierdzi - był spowodowany przemęczeniem wynikającym z pracy.

W ramach leczenia osoba badana uczestniczyła w terapii stacjonarnej - m.in. w ośrodku na Kolskiej, gdzie przebywała dwa miesiące. Rozpoczęła terapię grupową w listopadzie 2015 roku, po wyprowadzeniu się z domu rodzinnego. Korzystała również ze wsparcia grup samopomocowych AA i NAA, a także otrzymywała wsparcie od bliskiego przyjaciela, który motywował ją do trzeźwości. Obecnie ponownie uczestniczy w terapii, którą zaakceptowali jego rodzice, mimo że relacje z nimi pozostają trudne.

W badaniu stanu psychicznego osoba badana wykazuje świadomość mechanizmów uzależnienia oraz ich wpływu na własne życie osobiste i zawodowe. Przyznaje się do nawracających epizodów obniżonego nastroju, związanych z poczuciem winy i bezsilności wobec własnych działań. Wykazuje również zdolność do refleksji nad wcześniejszym stylem życia, który - jak sam wskazuje - nie był zgodny z jego autentycznymi potrzebami i wartościami. Jest w stanie identyfikować czynniki ryzyka nawrotu, takie jak nadmierna aktywność zawodowa, nagradzanie się alkoholem czy brak konstruktywnego wsparcia emocjonalnego.

Interpretacja wyników poszczególnych tekstów

Interpretacja wyniku Kwestionariusza NEO-FFI

Autorzy testu: P.T. Costa, R.R. McCrae

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM) oraz z uwzględnieniem błędu pomiaru 15%.

- Neurotyczność (NEU): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-7)
- Ekstrawersja (EKS): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 7-9)
- Otwartość na doświadczenia (OTW): 10 (przedział ufności na podstawie SEM: 9-10)
- Ugodowość (UGD): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 7-9)
- Sumienność (SUM): 1 (przedział ufności na podstawie SEM 1-2)



Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako twórczą, towarzyską i emocjonalnie stabilną, ale jednocześnie chaotyczną, impulsywną i mającą trudności z wytrwałą realizacją celów.

Neurotyczność - wynik niski - osoba odporna na trudy życia, spokojna i zrelaksowana, dobrze radząca sobie w trudnych sytuacjach. Ekstrawersja - wynik wysoki - osoba towarzyska, aktywna, optymistyczna i entuzjastyczna. Otwartość na doświadczenia - wynik wysoki osoba otwarta na nowe doświadczenia, ma szerokie zainteresowania i żywą wyobraźnię. Ugodowość - wynik wysoki - osoba miła, sympatyczna w kontaktach z innymi, niekonfliktowa, o „dobrym sercu”, wrażliwa na problemy innych. Sumiennosc - wynik niski - osoba „biorąca życie na gorąco”, bez planowania i spontanicznie, nie jest dobrze zorganizowana, ceni sobie wygodę życia i możliwość „leniuchowania”.

Osoba badana wykazuje wyjątkową otwartość poznawczą i intelektualną, dużą aktywność społeczną oraz pozytywne nastawienie do innych, przy jednoczesnej znacząco obniżonej zdolności do organizacji i samokontroli. Wysoka ekstrawersja i ugodowość sprzyjają budowaniu relacji i współpracy z otoczeniem. Niska neurotyczność stanowi zasób chroniący przed przeciążeniem emocjonalnym. Jednak bardzo niska sumiennosc może powodować powtarzające się trudności w realizacji zadań wymagających wytrwałości, planowania i konsekwencji. Taka konfiguracja cech może być korzystna w zawodach twórczych, gdzie ceniona jest innowacyjność, spontaniczność i kontaktowość, ale może stanowić wyzwanie w strukturach wymagających precyzji, terminowości i stałego monitorowania postępów.

Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R

Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck (2006)

Interpretacja wyników oparta jest na normach EPQ-R dla mężczyzn dorosłych (wiek: 48 lata).

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM, 85%), (normy męskie, populacja dorosłych)

- Neurotyczność (N): 3 (przedział ufności na podstawie SEM: 2-4)
- Ekstrawersja (E): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Psychotyzm (P): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Skala kłamstwa (K): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-7)

Analiza:



- N - sten 3 - mieści się w wyniku niski - bardzo niska neurotyczność, wysoka stabilność emocjonalna
- E - sten 6 - mieści się w wyniku przeciętny - umiarkowana ekstrawersja
- P - sten 6 - mieści się w wyniku przeciętny - niezależność w granicach normy
- K - sten 4 - mieści się w wyniku przeciętny - szczerzy i wiarygodny styl odpowiedzi

Na podstawie wyników można scharakteryzować osobę badaną jako wysoce odporną na stres, umiarkowanie towarzyską i nieznacznie niezależną poznawczo i społecznie, bez oznak tendencji do autoprezentacji. Profil psychometryczny jest rzetelny i diagnostycznie użyteczny

Neurotyczność - wynik niski - wynik ten wskazuje na bardzo niskie nasilenie cech neurotycznych. Osoba badana cechuje się wysoką stabilnością emocjonalną, dużym opanowaniem i odpornością na stres. Nie przejawia tendencji do przeżywania napięcia, lęku czy chwiejności emocjonalnej. Profil ten świadczy o wewnętrznej równowadze psychicznej. Ekstrawersja - wynik przeciętny - wynik wskazuje na umiarkowane nasilenie cech ekstrawertycznych. Osoba badana może być towarzyska, otwarta i aktywna społecznie, choć bez nadmiernej potrzeby ekspozycji. Taki profil sprzyja adaptacyjnemu funkcjonowaniu w relacjach interpersonalnych i jest zgodny z dobrze zrównoważoną postawą społeczną. Psychotyzm - wynik przeciętny - wynik może wskazywać na pewną niezależność od norm społecznych, impulsywność i większą samodzielność poznawczą. Osoba badana może wykazywać dystans emocjonalny i chęć działania według własnych przekonań, ale bez cech wyraźnie dezadaptacyjnych. Skala kłamstwa - wynik przeciętny - wynik ten mieści się w dolnym zakresie normy i świadczy o stosunkowo szczerym stylu udzielania odpowiedzi. Osoba badana nie przejawiała istotnych tendencji do autoprezentacji w sposób społecznie pożądany. Wyniki można uznać za rzetelne i diagnostycznie przydatne.

Profil osoby badanej wskazuje na zrównoważoną i adaptacyjną strukturę osobowości, charakteryzującą się wysoką odpornością psychiczną oraz elastycznością społeczną i poznawczą. Bardzo niskie natężenie cech neurotycznych świadczy o stabilności emocjonalnej, spokoju wewnętrznym oraz wysokiej tolerancji na stres. Nieznacznie podwyższony poziom ekstrawersji może sugerować osobę otwartą, towarzyską, ale jednocześnie zdolną do zachowania równowagi między aktywnością społeczną a potrzebą prywatności. Umiarkowany wynik w zakresie psychotyzmu może wskazywać na samodzielność w myśleniu oraz pewien dystans emocjonalny, jednak mieszczący się w granicach normy i niezakłócający



prawidłowego funkcjonowania interpersonalnego. Styl odpowiedzi oceniony jako szczerzy i pozbawiony tendencji do autoprezentacji zwiększa wiarygodność uzyskanego profilu.

Całościowo obraz ten przedstawia osobę stabilną, dobrze przystosowaną do wymagań codziennego funkcjonowania, bez istotnych sygnałów wskazujących na trudności psychologiczne czy zaburzenia osobowości.

Interpretacja wyniku Kwestionariusza STAI

Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene

W skali lęku - stanu wynik mieści się w przedziale wyników bardzo niskich. Wynik surowy wynosi 22 punkty i mieści się w stenie 1, 1 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <20,30>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <1,2>.

W skali lęku - cechy wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Wynik surowy wynosi 39 punktów i mieści się w stenie 5, 34 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <37,44>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <4,6>.

Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że badany mężczyzna w momencie wypełniania testu doświadczał bardzo niskiego poziomu lęku sytuacyjnego, co może świadczyć o wysokiej odporności na stres w sytuacjach bieżących lub obniżonej percepcji zagrożenia. Przeciętny wynik w zakresie lęku jako cechy wskazuje na typową, nienasiloną tendencję do doświadczania stanów lękowych w codziennym życiu. Nie zaobserwowano oznak nadmiernej lęklivosti ani zwiększonej podatności na przewlekłe napięcie. Wyniki te nie wskazują na obecność klinicznie istotnych objawów lęku i mogą świadczyć o względnej równowadze emocjonalnej oraz adekwatnym radzeniu sobie w sytuacjach trudnych.

Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty

Autorzy testu: R.B. Cattell

Skala i wyniki stenowe:

- Q3 - sten 3 - wskazują na stabilność emocjonalną, wysoki próg tolerancji na frustrację, brak motywacji
- C - sten 4 - przeciętne wyniki norma
- L - sten 6 - przeciętne wyniki norma



- - sten 9 - wysoki niepokój
- Q4 - sten 10 - wysoki niepokój

Analiza:

- Q3 (Samokontrola), wynik surowy: 3 sten 3, poniżej normy - trudności w utrzymaniu porządku wewnętrznego, impulsywność, mniejsza samodyscyplina.
- C (Odporność psychiczna), wynik surowy: 3, sten 4, wynik poniżej normy - obniżona odporność psychiczna, podatność na stres i napięcia.
- L (Podejrzliwość), wynik surowy: 5, sten 6, wynik w normie - umiarkowana nieufność, realistyczne podejście do ludzi.
- (Napięcie emocjonalne), wynik surowy: 9, sten 9, wynik wysoki - wyraźne napięcie wewnętrzne, objawy lękowe, zamartwianie się.
- Q4 (Drażliwość), wynik surowy: 15, sten 10, wynik wysoki - bardzo duże napięcie emocjonalne, trudność w odprężeniu, wewnętrzna pobudliwość.

Niepokój ogólny (Q3+C+L+O+Q4), $3+3+5+9+15=35 + 4$ punkty za wiek (48 lat) = 39 - sten 6

Sten 6 - wynik w normie, ale na granicy podwyższania - wykazuje na umiarkowany poziom niepokoju, który w sprzyjających warunkach może wpływać na funkcjonowanie. Niepokój ukryty: Powyżej normy (O-9, Q4-10) - wewnętrzne napięcie, pobudliwość i objawy lękowe mogą być silne odczuwalne, ale nie zawsze widoczne na zewnątrz. Niepokój jawny: W normie (sten 6) - osoba może częściowo maskować objawy niepokoju lub dobrze sobie z nim radzić w codziennych sytuacjach. Styl funkcjonowania: Osoba o niższej odporności psychicznej i samokontroli (Q3, C poniżej normy), z wyraźnym wewnętrznym napięciem (O, Q4), ale z zachowaną równowagą w relacjach (L w normie).

5.6.2. Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii

W przypadku 48-letniego mężczyzny uzależnionego od alkoholu i substancji psychoaktywnych dalsza terapia powinna koncentrować się na kilku kluczowych obszarach. Przede wszystkim wskazane jest wzmacnianie samokontroli i umiejętności organizacji codziennego funkcjonowania, z wykorzystaniem technik poznawczo-behawioralnych oraz treningu uważności i relaksacji. Ze względu na wysoki poziom napięcia emocjonalnego, warto wprowadzić elementy terapii skoncentrowanej na emocjach (EFT), wspierające rozpoznawanie i przetwarzanie trudnych stanów afektywnych. Istotnym kierunkiem pracy będzie również



refleksja nad tożsamością i wcześniejszymi doświadczeniami życiowymi, z naciskiem na redefinicję wartości i celów zawodowych w sposób wspierający utrzymanie abstynencji.

Ważnym aspektem pozostaje rozwijanie sieci wsparcia społecznego i umiejętności interpersonalnych, przy jednoczesnym wzmacnianiu granic emocjonalnych i pracy nad asertywnością. Ze względu na wcześniejsze nawroty picia, zaleca się przygotowanie indywidualnego planu zapobiegania nawrotom oraz kontynuację leczenia w formie ambulatoryjnej Biorąc pod uwagę wysoki poziom otwartości i zdolność do refleksji, w przyszłości warto rozważyć psychoterapię pogłębioną, aby wspierać dalszy rozwój osobisty i trwałą zmianę funkcjonowania.

5.6.3. Podsumowanie studium przypadku i wnioski

Analiza przypadku 48-letniego mężczyzny z wieloletnim uzależnieniem od alkoholu i substancji psychoaktywnych ukazuje złożony obraz funkcjonowania, w którym istotną rolę odgrywają zarówno czynniki środowiskowe, jak i cechy osobowości. Pacjent, podejmując leczenie z własnej inicjatywy, wykazuje znaczną świadomość mechanizmów uzależnienia i chęć zmiany, co stanowi pozytywny prognostyk.

Wyniki testów psychologicznych wskazują na względną stabilność emocjonalną i otwartość na nowe doświadczenia, przy jednoczesnej niskiej samokontroli, wysokim napięciu emocjonalnym i obniżonej odporności psychicznej. Historia życia, w tym trudne relacje rodzinne i stres zawodowy, miała znaczący wpływ na rozwój uzależnienia. Dalsza terapia powinna koncentrować się na wzmacnianiu samodyscypliny, regulacji emocji, budowaniu spójnej tożsamości oraz przygotowaniu pacjenta do życia poza ośrodkiem, z jasno określonym planem prewencji nawrotów. Sukces leczenia będzie wymagał intensywnego, indywidualnie dopasowanego wsparcia.

5.7. Studium przypadku (osoba badana VII)

Siódmym uczestnikiem badania był 31-letni mężczyzna, który znajduje się na końcowym etapie trzyletniego programu terapeutycznego realizowanego w ośrodku leczenia uzależnień. Proces ten obejmował zarówno terapię grupową, jak i indywidualną. Obecnie mężczyzna nadal uczestniczy w zajęciach terapeutycznych - dwa razy w tygodniu bierze udział w spotkaniach grupowych oraz regularnie korzysta z indywidualnych sesji psychoterapeutycznych.



W dalszej części niniejszego podrozdziału przedstawione zostaną informacje pozyskane podczas pogłębionego wywiadu diagnostycznego oraz analiza wyników czterech kwestionariuszy psychologicznych wypełnionych przez badanego na potrzeby niniejszej pracy. Całość uzupełniona zostanie o zalecenia terapeutyczne na etapie utrwalania efektów leczenia oraz podsumowanie wniosków wynikających z przeprowadzonej diagnozy.

5.7.1. Informacja z wywiadu

Osoba badana to 31-letni mężczyzna, mieszkaniec Warszawy, zatrudniony jako grafik komputerowy. Zgłosił się do terapii z powodu długotrwałych problemów z uzależnieniem od alkoholu i marihuany, które - jak sam wskazuje - rozpoczęły się w młodym wieku. W historii uzależnienia pojawiają się również epizody eksperymentowania z LSD i kokainą. Mężczyzna wskazuje, że stosowanie substancji psychoaktywnych miało ścisły związek z jego sytuacją rodzinną oraz emocjonalną.

W relacji opisuje dzieciństwo jako trudne, obciążone przemocą fizyczną i psychiczną ze strony matki oraz brakiem zaangażowania ze strony ojca. Już w młodym wieku zmuszony był do opieki nad młodszą siostrą oraz wykonywania obowiązków domowych, co - jak podkreśla - przyczyniło się do rozwinięcia się u niego trudności emocjonalnych. W poszukiwaniu ucieczki od rzeczywistości, zaczął sięgać po alkohol i inne substancje w środowisku rówieśniczym. Uzależnienie stało się strategią regulowania napięcia oraz sposobem na radzenie sobie z lękiem i niskim poczuciem własnej wartości.

Mężczyzna relacjonuje, że od 2018 roku doświadczał nasilających się problemów z percepcją rzeczywistości - w tym stanów odrealnienia, trudności w rozróżnieniu halucynacji od faktów oraz omamów słuchowych, takich jak słyszenie głosów sąsiadów czy przekonanie o wrogich zamiarach znajomych. Tego typu epizody miały szczególnie intensywny przebieg po zażyciu LSD oraz w okresach zwiększonego spożycia marihuany i alkoholu. Objawy te pogłębiły się w czasie pandemii, co - według osoby badanej - doprowadziło do poczucia „kruszenia się rzeczywistości”.

Osoba badana zgłasza również trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych. W przeszłości często czuł się oceniany, nieakceptowany i odrzucany, co dodatkowo nasilało jego izolację i sięganie po substancje psychoaktywne. Przyznaje, że praca zdalna umożliwiała mu ukrywanie skutków nadużywania środków odurzających. Okresy nasilonego uzależnienia pojawiały się także po zakończeniu długoterminowego związku -



moment ten wiązał się z poczuciem wolności, lecz w praktyce doprowadził do pogłębienia problemów.

W historii używania substancji osoba badana wskazuje, że alkohol spożywał regularnie od 15. roku życia, natomiast codzienne używanie marihuany rozpoczęło się około 20. roku życia. LSD stosował okazjonalnie od 2018 roku, a kokainę - dwukrotnie, ostatni raz w 2021 roku. Najbardziej destrukcyjne epizody wiązały się z łączeniem alkoholu i marihuany, co prowadziło do zaburzeń poznawczych i emocjonalnych. Wspomina również o doświadczeniach z dzieciństwa, które obecnie są dla niego trudne do przywołania, lecz towarzyszył im przewlekły lęk.

Osoba badana rozpoczęła terapię w wieku 29 lat, początkowo w odpowiedzi na warunek postawiony przez byłą partnerkę, która sama była w terapii. Zgłosił się do psychologa-psychiatry, który po kilku sesjach zaproponował leczenie farmakologiczne. Mężczyzna przyznaje, że przez pewien czas łączył leki przeciwpsychotyczne z marihuaną i alkoholem, co pogłębiło jego problemy psychiczne. Z czasem wdrożono antydepresanty oraz leki stabilizujące nastrój. Po odstawieniu substancji osoba badana poprosiła o swoją dokumentację medyczną, w której zdiagnozowano osobowość schizotypową.

Początkowo uczestniczył w terapii w jednym ośrodku, jednak zrezygnował z powodu niechęci do konfrontacji z byłą partnerką. Obecnie kontynuuje terapię w innym ośrodku, aktywnie uczestnicząc w zajęciach. Ukończył grupę nieobowiązkową i otrzymał dyplom, będący dla niego symbolem zmian. Obecnie pozostaje w satysfakcjonującym związku, zmienił miejsce zatrudnienia oraz ograniczył kontakt z osobami, które pozostały w uzależnieniu.

W badaniu stanu psychicznego osoba badana ujawnia znaczące problemy psychiczne związane z uzależnieniem. Doświadczał omamów słuchowych, lęku, trudności w odróżnianiu rzeczywistości od halucynacji oraz objawów depresyjnych. Jego relacje wskazują na występowanie poważnych zaburzeń percepcji oraz trudności emocjonalnych. Jednocześnie mężczyzna wykazuje refleksyjność oraz gotowość do zmiany, co może być istotnym zasobem w dalszym procesie terapeutycznym.



5.7.2. Interpretacja wyników poszczególnych tekstów

Inwentarz Osobowości NEO-FFI

Autorzy testu: P. T. Costa, R. R. McCrae

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM) oraz z uwzględnieniem błędu pomiaru 15%.

- Neurotyczność (NEU): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 7-9)
- Ekstrawersja (EKS): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)
- Otwartość na doświadczenia (OTW): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 6-10)
- Ugodowość (UGD): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Sumienność (SUM): 6 (przedział ufności na podstawie SEM 5-7)

Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako kreatywną, refleksyjną i umiarkowanie odpowiedzialną, lecz również emocjonalnie wrażliwą i powściągliwą społecznie, z zachowaniem ogólnego balansu w relacjach interpersonalnych i podejściu do zadań.

Neurotyczność -wynik wysoki - osoba wrażliwa, emocjonalna, skłonna do doświadczania napięć i martwienia się. Ekstrawersja - wynik niski - osoba poważna, zachowująca rezerwę w kontaktach z innymi, woli przebywać sama lub w towarzystwie nielicznej grupy przyjaciół. Otwartość na doświadczenia - wynik wysoki - osoba otwarta na nowe doświadczenia, ma szerokie zainteresowania i żywą wyobraźnię. Ugodowość - wynik przeciętny - osoba ogólnie miła i przyjazna, ale czasem może być nastawiona rywalizacyjnie. Sumienność - wynik przeciętny - osoba przeciętnie zorganizowana, ma zazwyczaj jasno określone cele życiowe, chociaż nie dąży do osiągnięcia ich „za wszelką cenę”.

Osoba badana wykazuje twórczość, umiarkowaną odpowiedzialność oraz gotowość do współpracy, przy jednoczesnej wyraźnej wrażliwości emocjonalnej i introwertycznym stylu społecznym. Wysoka otwartość na doświadczenia sprzyja refleksyjności, ciekawości poznawczej i poszukiwaniu nowych idei. Wysoka neurotyczność może jednak utrudniać efektywne radzenie sobie ze stresem i prowadzić do silnych reakcji emocjonalnych. Powściągliwość społeczna i ograniczone zapotrzebowanie na relacje interpersonalne mogą powodować dystans w kontaktach, mimo że osoba ta nie unika całkowicie współpracy.



Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R

Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck (2006)

Interpretacja wyników oparta jest na normach EPQ-R dla mężczyzn dorosłych (wiek: 31 lata).

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM, 85%), (normy męskie, populacja dorosłych)

- Neurotyczność (N): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Ekstrawersja (E): 5 (przedział ufności na podstawie SEM: 4-6)
- Psychotyzm (P): 2 (przedział ufności na podstawie SEM: 1-3)
- Skala kłamstwa (K): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)

Analiza:

- N - sten 6 - wyniki przeciętne - umiarkowana emocjonalność, w granicach normy
- E - sten 5 - wynik przeciętne - ambiwertek
- P - sten 2 - wynik niski - wysoka empatia i ugodowość, brak zachowań antyspołecznych
- K - sten 4 - wynik przeciętne - szczerzy styl odpowiedzi

Wyniki wskazują, że osoba badana prezentuje emocjonalną równowagę, dobre przystosowanie społeczne oraz wysoki poziom empatii i ugodowości. Jej sposób udzielania odpowiedzi jest szczerzy, a profil osobowościowy stabilny i wartościowy diagnostycznie.

Neurotyczność - wynik przeciętne - wynik ten wskazuje na umiarkowane nasilenie cech neurotycznych. Osoba badana może być nieco bardziej podatna na przeżywanie napięcia, niepokoju lub frustracji w trudnych sytuacjach, jednak nie występują wyraźne oznaki niestabilności emocjonalnej. Ogólna równowaga emocjonalna jest zachowana. Wynik ten pozostaje w granicach normy i może świadczyć o typowej reaktywności emocjonalnej. Ekstrawersja - wynik przeciętne - wynik mieści się w środkowej części skali. Osoba badana nie przejawia wyraźnych tendencji ani w kierunku introwersji, ani ekstrawersji. Może dobrze funkcjonować zarówno w sytuacjach społecznych, jak i indywidualnych. Styl interpersonalny cechuje się elastycznością i przystosowaniem do kontekstu. Psychotyzm - wynik niski - bardzo niski wynik w tej skali świadczy o wyraźnym braku cech takich jak chłód emocjonalny, impulsywność czy dystans społeczny. Osoba badana cechuje się wysokim poziomem empatii, łagodnością oraz ugodowością. Nie przejawia tendencji do zachowań antyspołecznych czy nonkonformistycznych. Taki profil sprzyja harmonijnym relacjom społecznym. Skala kłamstwa - wynik przeciętne - wynik znajduje się w dolnym zakresie normy. Styl odpowiedzi



można uznać za szczery - brak istotnych tendencji do autoprezentacji w sposób społecznie pożądanym. Odpowiedzi udzielone przez badanego są wiarygodne i mogą być traktowane jako diagnostycznie użyteczne.

Profil osoby badanej wskazuje na dojrzałą, zrównoważoną strukturę osobowości, sprzyjającą harmonijnemu funkcjonowaniu w relacjach społecznych oraz efektywnemu radzeniu sobie z wyzwaniami emocjonalnymi. Umiarkowany poziom neurotyczności sugeruje typową reaktywność emocjonalną mieszczącą się w granicach normy, co pozwala na adekwatne reagowanie na sytuacje stresowe bez nadmiernej labilności emocjonalnej. Zrównoważony styl interpersonalny świadczy o elastyczności w kontaktach z innymi oraz umiejętności przystosowania się do różnych kontekstów społecznych. Bardzo wysoka ugodowość oraz empatia wskazują na pozytywny potencjał w zakresie budowania relacji międzyludzkich, brak impulsywności oraz gotowość do współpracy i zrozumienia perspektywy innych.

Szczerość odpowiedzi i brak tendencji do autoprezentacji pozwalają uznać profil za rzetelny i diagnostycznie wartościowy. Całościowo nie stwierdza się cech sugerujących trudności adaptacyjne lub emocjonalne — profil można traktować jako reprezentatywny dla osoby badanej.

Interpretacja wyniku Kwestionariusza STAI

Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene

W skali lęku - stanu wynik mieści się w przedziale wyników niskich. Wynik surowy wynosi 26 punktów i mieści się w stenie 2, 6 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <22,34>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <1,3>.

W skali lęku - cechy wynik mieści się w przedziale wyników średnich i wysokich. Wynik surowy wynosi 44 punkty i mieści się w stenie 7, 76 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <43,48>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <6,7>.

Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że badana osoba w momencie wypełniania testu odczuwała niski poziom lęku sytuacyjnego, co wskazuje na względny spokój emocjonalny i adekwatną reakcję na aktualne warunki. Jednocześnie podwyższony wynik w zakresie lęku jako cechy może świadczyć o większej niż przeciętna tendencji do doświadczania



stanów lękowych w codziennym funkcjonowaniu. Może to oznaczać zwiększoną wrażliwość na sytuacje stresowe, skłonność do zamartwiania się, nadmiernej czujności i napięcia emocjonalnego. Tego rodzaju profil lęku może przekładać się na obniżoną odporność psychiczną, zwiększone ryzyko występowania objawów zaburzeń lękowych oraz trudności w relacjach interpersonalnych.

Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty

Autorzy testu: R.B. Cattell

Skala i wyniki stenowe:

- Q3 - sten 4 - przeciętne wyniki norma
- C - sten 2 - wskazują na stabilność emocjonalną, wysoki próg tolerancji na frustrację, brak motywacji
- L - sten 2 - wskazują na stabilność emocjonalną, wysoki próg tolerancji na frustrację, brak motywacji
- - sten 7 - przeciętne wyniki norma
- Q4 - sten 2 - wskazuje na stabilność emocjonalna, wysoki próg tolerancji na frustrację, brak motywacji

Analiza:

- Q3 (Samokontrola), wynik surowy: 4, sten 4, niżej normy - obniżony poziom samokontroli, mogą występować trudności w planowaniu działań, impulsywność oraz problemy z utrzymaniem porządku wewnętrznego.
- C (Odporność psychiczna), wynik surowy: 2, sten 3, poniżej normy - osłabiona zdolność do radzenia sobie z presją i napięciem emocjonalnym; możliwa większa podatność na stres.
- L (Podejrzliwość), wynik surowy: 2, sten 4, niższa granica normy - umiarkowana otwartość na relacje z innymi, bez skrajnej podejrzliwości, choć z lekką rezerwą.
- (Napięcie emocjonalne), wynik surowy: 7, sten 7, podwyższony - widoczna tendencja do napięcia emocjonalnego, zwiększona wrażliwość i skłonność do zamartwiania się.
- Q4 (Drażliwość), wynik surowy: 2, sten 3, poniżej normy - obniżony poziom wewnętrznego napięcia i impulsywności, możliwa większa potrzeba spokoju i unikania nadmiernych bodźców.



Niepokój ogólny (Q3+C+L+O+Q4) $4+2+2+7+2=17$ + 2 punkty korekty wiekowej (31 lat) + 19 - sten 3

Sten 3 - poniżej normy - ogólny poziom niepokoju niższy niż przeciętny. Osoba może nie ujawniać objawów lęku w sposób otwarty, choć przy podwyższonym napięciu emocjonalnym (O - sten 7) warto obserwować dalszy rozwój objawów, zwłaszcza w sytuacjach długotrwałego stresu. Niepokój ukryty: W normie (sten 7) - obecność napięcia emocjonalnego, które może być wewnętrznie odczuwane, mimo że nie zawsze manifestowanie otwarcie. Niepokój jawny: Poniżej normy (sten 3) - brak silnie widocznych objawów niepokoju w zachowaniu; osoba może tłumić napięcia lub radzić sobie z nimi bez wyraźnych oznak lękowości. Styl funkcjonowania - obniżony poziom samokontroli (Q3) przy jednocześnie zwiększonej emocjonalności (O) może prowadzić do trudności w regulacji emocji i adaptacji w stresujących sytuacjach. Poniżej przeciętnej odporność psychiczna (C) może dodatkowo ograniczać zdolność skutecznego radzenia sobie z presją, mimo że relacje społeczne (L) są raczej realistyczne i nieobarczone nadmierną podejrzliwością.

5.7.3. Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii

W przypadku 31-letniego mężczyzny, będącego na zaawansowanym etapie terapii, dalsze działania powinny koncentrować się na utrwaleniu efektów leczenia i wzmacnianiu odporności psychicznej. Ze względu na wysoki poziom neurotyczności oraz ukryte napięcie emocjonalne, wskazana jest kontynuacja pracy nad regulacją emocji, w oparciu o techniki terapii skoncentrowanej na emocjach (EFT) oraz trening uważności. Niska samokontrola i obniżona odporność psychiczna sugerują potrzebę rozwijania strategii planowania, monitorowania celów oraz pracy nad poczuciem skuteczności, z wykorzystaniem podejścia poznawczo-behawioralnego. Ze względu na wysoki potencjał refleksyjny, rekomenduje się dalszą pracę nad integracją tożsamości oraz przetwarzaniem doświadczeń z dzieciństwa, przy zachowaniu współpracy z lekarzem psychiatrą w kontekście wcześniejszych objawów psychotycznych.

W obszarze relacji interpersonalnych warto wzmacniać poczucie własnej wartości i zaufanie do innych poprzez kontynuację terapii grupowej oraz włączenie elementów terapii interpersonalnej (IPT). Dodatkowo istotne będzie przygotowanie indywidualnego planu zapobiegania nawrotom, obejmującego zarówno aspekty emocjonalne, jak i organizacyjne. Uwzględniając zaangażowanie pacjenta i dotychczasowe postępy, dalszy rozwój osobisty i



utrzymanie abstynencji oceniane są jako ostrożnie pozytywne, pod warunkiem utrzymania ciągłości wsparcia terapeutycznego i psychiatrycznego.

5.7.4. Podsumowanie studium przypadku i wnioski

Analiza przypadku 31-letniego mężczyzny, kończącego trzyletni program terapii uzależnień, ukazuje osobę, która pomimo trudnej historii życiowej i złożonych problemów emocjonalnych, osiągnęła znaczące postępy i wykazuje wysoką motywację do zmiany. Uzależnienie rozwijało się w kontekście wczesnych doświadczeń przemocy i zaniedbania, a współistniejące trudności psychiczne - w tym epizody psychotyczne - wymagają dalszego wsparcia terapeutycznego i farmakologicznego.

Wyniki badań psychologicznych wskazują na podwyższony poziom neurotyczności i lęku, ale także na obecność istotnych zasobów, takich jak wysoka otwartość, wrażliwość emocjonalna i stabilność w relacjach. Dotychczasowe zmiany, w tym poprawa sytuacji życiowej i ograniczenie ryzykownych kontaktów, świadczą o skuteczności terapii. Wnioski sugerują potrzebę dalszej pracy nad regulacją emocji, wzmocnieniem umiejętności interpersonalnych i utrwaleniem abstynencji, przy jednoczesnym monitorowaniu stanu psychicznego. Rokowania uznać można za ostrożnie optymistyczne pod warunkiem kontynuacji kompleksowego wsparcia.

5.8. Studium przypadku (osoba badana VIII)

Ósmym uczestnikiem badania, a zarazem ostatnim, był 43-letni mężczyzna, który od pewnego czasu uczestniczył w terapii uzależnień prowadzonej w ramach specjalistycznego ośrodka. W toku leczenia korzysta z podstawowych form wsparcia terapeutycznego, tj. uczestniczył w zajęciach grupowych odbywających się dwa razy w tygodniu oraz poddaje się indywidualnej psychoterapii realizowanej w placówce.

W kolejnych fragmentach niniejszego rozdziału omówione zostaną dane zebrane podczas rozmowy klinicznej z osobą badaną, jak również rezultaty czterech narzędzi diagnostycznych, które zostały zastosowane w celu pogłębionej oceny psychologicznej. Rozdział zamknięty zostanie autorskimi wnioskami oraz propozycjami dalszych działań terapeutycznych, uwzględniających specyfikę przypadku.



5.8.1. Informacja z wywiadu

Osoba badana to 43-letni mężczyzna, mieszkaniec Warszawy, prowadzący własną działalność gospodarczą. Zgłosił się do terapii z powodu długotrwałego uzależnienia od alkoholu, które - jak sam przyznaje - przez wiele lat było integralną częścią jego życia. Opisuje siebie jako wysoko funkcjonującego alkoholika, który mimo intensywnego picia potrafił realizować obowiązki zawodowe i rodzinne. Alkohol stanowił dla niego narzędzie regulacji emocji, zwłaszcza w sytuacjach stresowych i obciążających psychicznie.

Mężczyzna rozpoczął spożywanie alkoholu już w wieku 16 lat, początkowo w kontekście imprezowym. W jego środowisku picie było postrzegane jako norma i naturalny element dorosłości. Przez około 15-20 lat alkohol był obecny niemal codziennie, a jego życie prywatne i zawodowe - związane m.in. z branżą gastronomiczną i winami - funkcjonowało w cieniu uzależnienia. Wspomina, że po rozstaniu z partnerką oraz w trakcie pandemii COVID-19 intensywność picia znacząco wzrosła, co doprowadziło do objawów somatycznych (takich jak kołatanie serca i bezsenność) oraz pogorszenia relacji rodzinnych, w tym z córką.

Osoba badana opisuje, że decyzję o zaprzestaniu picia podjął po jednym z kryzysowych epizodów alkoholowych, podczas którego znajdował się w bardzo złym stanie psychicznym i fizycznym. Spotkanie z przyszlą żoną w tym okresie było - jak sam twierdzi - impulsem do zmiany stylu życia. Obecnie utrzymuje abstynencję od alkoholu od dwóch lat, z wyjątkiem czterodniowego nawrotu we wrześniu poprzedniego roku. Wskazuje, że ten epizod nie wynikał z głodu alkoholowego, lecz był reakcją na obciążenie i zmęczenie.

W relacji osoba badana podkreśla, że przeszłość związana z alkoholem miała poważny wpływ na jego decyzje biznesowe, relacje interpersonalne i ogólną jakość życia. Od czasu zaprzestania picia zauważa wyraźną poprawę - zarówno w relacjach rodzinnych, jak i w poczuciu wewnętrznego komfortu. Wyraża również pogardę wobec wszelkiego rodzaju uzależnień, w tym również od tytoniu oraz pragnienie pełnej niezależności emocjonalnej i fizycznej od substancji.

Mężczyzna wskazuje, że jego motywacja do terapii ma charakter złożony - z jednej strony odczuwa realną potrzebę zmiany, z drugiej strony przyznaje, że częściowo kierują nim egoistyczne pobudki, takie jak chęć poprawy jakości życia i osiągnięcia wewnętrznego spokoju. Terapia jest dla niego czasowo wymagająca, co utrudnia mu pełne zaangażowanie, ale mimo to deklaruje chęć ukończenia drugiego etapu leczenia. Podkreśla, że podejmuje działania



wspierające trzeźwość, m.in. poprzez zmianę pracy, otoczenia, poprawę stylu życia, wprowadzenie aktywności fizycznej oraz zdrowego odżywiania.

Osoba badana zgłasza przeszłe trudności ze snem oraz okresy depresyjnego nastroju. Wskazuje na lęk i natrętne myśli, które były nasilone podczas nadużywania alkoholu, a po zaprzestaniu picia uległy osłabieniu. Pomimo przepisania leków przeciwdepresyjnych i uspokajających, zdecydował się ich nie stosować - z wyjątkiem krótkotrwałego stosowania leków nasennych. W relacji pojawia się również temat planowania rodziny - osoba badana wyraża potrzebę osiągnięcia stabilizacji psychicznej i materialnej przed podjęciem decyzji o posiadaniu dzieci.

Mężczyzna nie zgłaszał wcześniejszych hospitalizacji ani epizodów myśli samobójczych. Wspomina o trudnych relacjach rodzinnych - szczególnie z impulsywnym ojcem, z którym od kilku lat nie utrzymuje kontaktu. Wyraża żal związany z brakiem emocjonalnego wsparcia i miłości w relacji ojcowskiej, co - jak podkreśla - wpłynęło na jego postrzeganie bliskości i odpowiedzialności rodzinnej.

W badaniu stanu psychicznego osoba badana wykazuje wysoki poziom świadomości problemu uzależnienia oraz jego konsekwencji. Charakteryzuje się zdolnością do autorefleksji, pragmatycznym podejściem do terapii oraz wewnętrzną motywacją do utrzymania abstynencji. Mimo obaw dotyczących przyszłości i ryzyka nawrotu, deklaruje chęć pracy nad sobą i dalszego rozwoju osobistego w kierunku trwałej trzeźwości.

5.8.2. Interpretacja wyników poszczególnych tekstów

Inwentarz Osobowości NEO-FFI

Autorzy testu: P. T. Costa, R. R. McCrae

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM) oraz z uwzględnieniem błędu pomiaru

15%.

- Neurotyczność (NEU): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-7)
- Ekstrawersja (EKS): 9 (przedział ufności na podstawie SEM: 8-10)
- Otwartość na doświadczenia (OTW): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 6-10)
- Ugodowość (UGD): 6 (przedział ufności na podstawie SEM: 5-7)
- Sumienność (SUM): 6 (przedział ufności na podstawie SEM 5-7)



Na podstawie tych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako towarzyską, twórczą i emocjonalnie stabilną, z jednoczesnym wyważonym podejściem do współpracy z innymi i odpowiedzialnym stylem funkcjonowania.

Neurotyczność - wynik niski - osoba odporna na trudy życia, spokojna i zrelaksowana, dobrze radząca sobie w trudnych sytuacjach. Ekstrawersja - bardzo wysoka - osoba towarzyska, aktywna, optymistyczna i entuzjastyczna. Otwartość na doświadczenia - wynik wysoki - osoba otwarta na nowe doświadczenia, ma szeroki zakres zainteresowań i żywą wyobraźnię. Ugodowość - wynik przeciętny - osoba ogólnie miła i przyjazna, ale czasem może być nastawiona rywalizacyjnie. Sumienność - wynik przeciętny - osoba przeciętnie zorganizowana, ma zazwyczaj jasno określone cele życiowe, chociaż nie dąży do osiągnięcia ich „za wszelką cenę”.

Wyniki osoby badanej wskazują na dynamiczne, twórcze i stabilne funkcjonowanie, w którym szczególnie wyróżniają się: bardzo wysoka ekstrawersja, wysoka otwartość na doświadczenia, niska neurotyczność.

Taka osoba dobrze radzi sobie ze stresem, ceni kontakty społeczne, łatwo adaptuje się do nowych sytuacji i potrafi działać w sposób uporządkowany i odpowiedzialny. Zrównoważony poziom ugodowości i sumienności pozwala jej funkcjonować efektywnie zarówno indywidualnie, jak i w relacjach z innymi. Profil ten może sprzyjać skuteczności w zawodach wymagających komunikatywności, innowacyjności i odporności emocjonalnej.

Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R

Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck (2006)

Interpretacja wyników oparta jest na normach EPQ-R dla mężczyzn dorosłych (wiek: 43 lata).

Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM, 85%), (normy męskie, populacja dorosłych)

- Neurotyczność (N): 5 (przedział ufności na podstawie SEM: 4-6)
- Ekstrawersja (E): 8 (przedział ufności na podstawie SEM: 7-9)
- Psychotyzm (P): 4 (przedział ufności na podstawie SEM: 3-5)
- Skala kłamstwa (K): 3 (przedział ufności na podstawie SEM: 2-4)

Analiza:

- N - sten 5 - wyniki przeciętny - przeciętna emocjonalność
- E - sten 8 - wynik wysoki - ekstrawertyk
- P - sten 4 - wynik przeciętny - empatyczność i ugodowość



- K - sten 3 - wynik niski - szczerzy i autentyczny styl odpowiedzi

Na podstawie uzyskanych wyników można scharakteryzować osobę badaną jako ekstrawertywną, stabilną emocjonalnie, ugodową i szczerą postawą wobec badania. Profil osobowościowy jest rzetelny i diagnostycznie wartościowy.

Neurotyczność - wynik przeciętny - mieści się w środkowym zakresie skali, co oznacza typowy poziom emocjonalności. Osoba badana nie przejawia ani zwiększonej reaktywności emocjonalnej, ani nadmiernego opanowania. Reakcje emocjonalne są adekwatne do sytuacji, a radzenie sobie ze stresem i napięciem mieści się w granicach normy. Ekstrawersja - wynik wysoki - wysoki wynik w tej skali wskazuje na silnie rozwinięte cechy ekstrawertyczne. Osoba badana jest najprawdopodobniej bardzo towarzyska, rozmowna, energiczna i otwarta na kontakty społeczne. Preferuje aktywność w środowisku zewnętrznym, cechuje się dużą dynamiką i zaangażowaniem w relacje interpersonalne. Psychotyzm - wynik przeciętny - wynik znajduje się poniżej średniej. Osoba badana nie przejawia cech takich jak chłód emocjonalny, impulsywność czy dystans wobec norm społecznych. Może charakteryzować się ugodowością, empatią oraz skłonnością do działania w zgodzie z zasadami społecznymi. Nie obserwuje się tendencji do zachowań nonkonformistycznych ani trudności interpersonalnych. Skala kłamstwa - wynik niski - wynik ten świadczy o szczerym stylu odpowiedzi. Osoba badana nie próbowała przedstawiać się w sposób bardziej korzystny społecznie, co zwiększa wiarygodność uzyskanych danych. Profil można traktować jako rzetelny i użyteczny diagnostycznie.

Profil osoby badanej wskazuje na dojrzałą, społecznie sprawną i emocjonalnie zrównoważoną strukturę osobowości. Typowy poziom cech neurotycznych świadczy o adekwatnej reaktywności emocjonalnej oraz dobrej tolerancji na stres, co sprzyja stabilnemu funkcjonowaniu w sytuacjach codziennych i obciążających. Wysoka ekstrawersja sugeruje osobę otwartą, energiczną, nastawioną na kontakty interpersonalne i aktywność społeczną. Jednocześnie obecność empatii i ugodowości wskazuje na brak tendencji do impulsywności oraz zdolność do budowania relacji opartych na zrozumieniu i współpracy.

Szczerść odpowiedzi oraz brak tendencji do autoprezentacji potwierdzają wysoką rzetelność pomiaru i wiarygodność uzyskanego profilu. Całościowo obraz ten przedstawia osobę dynamiczną, stabilną emocjonalnie i dobrze przystosowaną społecznie, bez cech sugerujących obecność zaburzeń psychicznych.



Interpretacja wyniku Kwestionariusza STAI

Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene

W skali lęku - stanu wynik mieści się w przedziale wyników niskich. Wynik surowy mieści się w stene 1, 4 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <34,42>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <5,7>.

W skali lęku - cechy wynik mieści się w przedziale wyników niskich. Wynik surowy mieści się w stene 2, 6 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <36,44>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <4,6>.

Na podstawie niskich wyników uzyskanych w badaniu przeprowadzonym przy pomocy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI można zakładać, że w momencie wypełniania testu badany nie odczuwał podwyższonego napięcia emocjonalnego ani lęku sytuacyjnego. Jego reakcja znajduje się znacznie poniżej przeciętnej i świadczy o niskiej reaktywności lękowej. Również niski wynik lęku jako cechy sugeruje, że badany nie przejawia tendencji do częstego przeżywania lęku w codziennym funkcjonowaniu. Może cechować się wysoką odpornością psychiczną, spokojem wewnętrznym i ograniczoną wrażliwością na stresory środowiskowe. Taki profil lęku nie wskazuje na obecność istotnych trudności w obszarze regulacji emocji czy relacji społecznych.

Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty

Autorzy testu: R.B. Cattell

Skala i wyniki stenowe

- Q3 - sten 3 - wskazują na stabilność emocjonalną, wysoki próg tolerancji na frustrację, brak motywacji
- C - sten 4 - przeciętne wyniki norma
- L - sten 5 - przeciętne wyniki norma
- - sten 3 - wskazują na stabilność emocjonalną, wysoki próg tolerancji na frustrację, brak motywacji
- Q4 - sten 5 - przeciętne wyniki norma



Analiza:

- Q3 (Samokontrola), wynik surowy: 2, sten 3, poniżej normy - możliwe trudności w utrzymaniu wewnętrznej dyscypliny, niestałość w organizacji działania i impulsywność w niektórych sytuacjach.
- C (Odporność psychiczna), wynik surowy: 3, sten 4, niższa granica normy - lekko obniżony poziom odporności na stres, badany może wymagać więcej czasu lub wsparcia, by powrócić do równowagi po trudnych doświadczeniach.
- L (Podejrzliwość), wynik surowy: 3, sten 5, norma - realistyczne podejście do intencji innych ludzi, brak nadmiernej nieufności ani łatwowierności.
- (Napięcie emocjonalne), wynik surowy: 3, sten 3, poniżej normy - obniżony poziom wewnętrznego napięcia i emocjonalnego pobudzenia, możliwy dystans emocjonalny lub stabilność w sferze uczuć.
- Q4 (Drażliwość), wynik surowy: 3, sten 5, norma - przeciętny poziom napięcia nerwowego; badany potrafi radzić sobie z frustracją i utrzymać równowagę w wymagających sytuacjach.

Niepokój ogólny (Q3+C+L+O+Q4) $2+3+3+3+3=14$ +2 punkty korekty wiekowej (43 lata) = 14 - sten 3

Sten 3 - poniżej normy - ogólny poziom niepokoju niższy niż przeciętny. Osoba nie przejawia silnych objawów lęku, co może świadczyć o dużej odporności emocjonalnej lub o mechanizmach tłumiących napięcie. Niepokój ukryty: W normie (O - sten 3, Q4 - sten 5) - nie występują wyraźne oznaki nasilonego napięcia emocjonalnego, badany wydaje się względnie zrównoważony psychicznie. Niepokój jawny: Poniżej normy (Sten 3) - brak jawnych przejawów niepokoju; osoba może zachowywać spokój nawet w sytuacjach stresowych. Styl funkcjonowania - badany wykazuje lekko obniżoną samokontrolę (Q3), co może prowadzić do okazjonalnej impulsywności. Jednocześnie jednak zachowuje emocjonalną stabilność (O, Q4) oraz realistyczny stosunek do otoczenia (L). Taki profil może wskazywać na osobę generalnie dobrze funkcjonującą, choć z pewnymi trudnościami w planowaniu lub organizacji działań w sytuacjach wymagających dużej samodyscypliny.

5.8.3. Indywidualne rekomendacje dotyczące dalszej terapii

W oparciu o wywiad i wyniki testów psychologicznych zaproponowano dalsze kierunki pracy terapeutycznej dla 43-letniego mężczyzny, utrzymującego abstynencję i wykazującego wysoką motywację do zmiany. W pierwszej kolejności rekomenduje się rozwijanie



umiejętności planowania i organizacji codziennych obowiązków, aby wzmocnić samokontrolę i konsekwencję w realizacji celów. Pomocne będą techniki terapii poznawczo-behawioralnej oraz trening zarządzania czasem. Ważnym obszarem pozostaje również wzmacnianie odporności emocjonalnej poprzez techniki mindfulness, relaksację i psychoedukację w zakresie radzenia sobie z napięciem. Wskazane jest też kontynuowanie pracy nad budowaniem nowej tożsamości osoby trzeźwej, zwłaszcza w kontekście rozwoju osobistego i zawodowego.

Ze względu na trudne doświadczenia rodzinne warto włączyć elementy terapii schematów lub relacyjnej, aby przepracować wzorce wyniesione z dzieciństwa i wspierać rozwój zdrowych relacji. Biorąc pod uwagę osiągnięty postęp, zaangażowanie i refleksyjność pacjenta, rokowania co do dalszego leczenia oceniono jako pozytywne, pod warunkiem utrzymania regularnego wsparcia terapeutycznego.

5.8.4. Podsumowanie studium przypadku i wnioski

Analiza przypadku 43-letniego mężczyzny z wieloletnim uzależnieniem od alkoholu pokazuje proces zdrowienia osoby, która mimo trudnych doświadczeń utrzymywała aktywność zawodową i relacje społeczne. Pacjent wykazuje wysoką dojrzałość emocjonalną, zdolność do refleksji nad przeszłością oraz silną motywację do dalszej pracy nad sobą.

Wyniki badań psychometrycznych wskazują na znaczące zasoby, takie jak wysoka ekstrawersja, otwartość i elastyczność poznawcza, przy jednoczesnym umiarkowanym poziomie sumienności i odporności psychicznej. Główne wyzwania dotyczą pracy nad wzmacnianiem samoregulacji emocjonalnej oraz umiejętności zarządzania stresem, szczególnie w kontekście dużej aktywności zawodowej. W dalszej terapii kluczowe będzie utrwalanie pozytywnych zmian, rozwój kompetencji planowania oraz przepracowanie trudnych doświadczeń rodzinnych. Biorąc pod uwagę dotychczasowe postępy i zaangażowanie, rokowania na przyszłość są dobre, o ile pacjent pozostanie w systematycznym procesie terapeutycznym.



Rozdział 6. Analiza i interpretacja badań własnych

W niniejszym rozdziale przedstawiona zostanie szczegółowa analiza oraz interpretacja wyników badań własnych, przeprowadzonych w ramach realizacji założeń pracy. Celem tego etapu jest ukazanie zależności, tendencji oraz istotnych wniosków płynących z zebranego materiału empirycznego. Analiza wyników zostanie przeprowadzona w odniesieniu do postawionych wcześniej problemów badawczych i hipotez, a ich interpretacja pozwoli na ocenę zgodności uzyskanych danych z przyjętymi założeniami teoretycznymi. Wnioski wyciągnięte z badań własnych będą stanowiły podstawę do sformułowania rekomendacji oraz podsumowania końcowego.

Porównanie wyników z poszczególnych testów

Kwestionariusz NEO-FFI

Tabela 1 - Wyniki testów NEO-FFI (w stenach) z przedziałami ufności (SEM) oraz z uwzględnieniem błędu pomiaru 15%.

	I OB.	II OB.	III OB.	IV OB.	V OB.	VI OB.	VII OB.	VIII OB.
NEU	5(6)7	5(6)7	1(2)3	4(5)6	8(8)10	3(4)7	7(8)9	3(4)7
EKS	3(4)5	7(8)9	7(8)9	5(6)7	1(2)3	7(8)9	3(4)5	8(9)10
OTW	6(8)10	6(8)10	2(3)4	6(8)10	6(8)10	9(10)10	6(8)10	6(8)10
UGD	1(2)3	1(2)3	1(1)2	4(5)6	3(4)5	7(8)9	5(6)7	5(6)7
SUM	6(7)8	3(4)5	9(10)10	4(5)6	4(5)6	1(1)2	5(6)7	5(6)7

NEU - Neurotyczność, EKS - Ekstrawersja, OTW - Otwartość na doświadczenia, UGD - Ugodowość, SUM – Sumienność

Źródło: opracowanie własne

Dane pochodzą z własnych badań:

Neurotyczność (NEU) - zakres wyników (2-8) wśród tej grupy świadczy o dużym zróżnicowaniu w zakresie odporności emocjonalnej. Osoba badana III osiągnęła najniższą wartość, co wskazuje na wysoką stabilność emocjonalną i zdolność do radzenia sobie ze stresem, natomiast najwyższe wyniki osiągnęły osoby badane V i VII, te wyniki odzwierciedlają podwyższoną wrażliwość emocjonalną, podatność na lęk oraz tendencję do zamartwiania się. Wysoka neurotyczność, jest często obecna w przypadkach uzależnienia, co może prowadzić do stosowania substancji psychoaktywnych jako strategii radzenia sobie z



trudnymi emocjami. Osoby o niskiej neurotyczności wskazują większą odporność na obciążenia psychiczne, to stanowi istotny czynnik ochronny w procesie leczenia.

Ekstrawersja (EKS) - zakres tych wyników (2-9) ukazuje znaczne różnice w poziomie aktywności społecznej i ekspresji emocjonalnej. Najwyższe wartości uzyskała osoba badana VIII, co wskazuje na wysoką towarzyskość, optymizm i energię, podczas gdy najniższe wyniki uzyskały osoby badane I, V i VII, co sugeruje powściągliwość i tendencje do izolacji. Wysoka ekstrawersja sprzyja korzystaniu ze wsparcia społecznego, co może wzmacniać proces zdrowienia. Z kolei niski wynik w ekstrawersji, obecna u części badanych osób, może zwiększać ryzyko wycofania się, samotności i może utrudniać budowanie relacji wspierających abstynencję.

Otwartość na doświadczenia (OTW) - zakres tych wyników (3-10) wskazuje na przewagę osób o wysokiej otwartości, są to osoby badane I, II, IV, V, VI, VII oraz VIII, przy osobie badanej III prezentującej niski poziom otwartości. Wysoka otwartość wiąże się z ciekawością, kreatywnością i łatwością adaptacji do zmian. W kontekście uzależnienia, wysoka otwartość na doświadczenia może sprzyjać eksploracji alternatywnych form rozwoju osobistego i twórczego radzenia sobie ze stresem. Jednak jednocześnie, jak pokazują niektóre przypadki, zwiększona otwartość może wiązać się z większą skłonnością do eksplorowania z substancjami psychoaktywnymi.

Ugodowość (UGD) - zakres wyników (1-8) ukazują dominację niskiej ugodowości, co prezentują to osoby badane I, II, III i V, co oznacza tendencję do krytycznego myślenia, rywalizacji i dystansu interpersonalnego. Osoba badana VI, wykazała wyższe wyniki, co może świadczyć o większej gotowości do współpracy oraz empatię. Niska ugodowość, często wśród badanych, może utrudniać proces budowania relacji terapeutycznej i sieci wsparcia. Z kolei osoby bardziej ugodowe wykazują większą otwartość na konstruktywne relacje, co może wspierać proces zdrowienia.

Sumienność (SUM) - zakres wyników (1-10), ten zakres wyników prezentuje bardzo duże zróżnicowanie w zakresie organizacji, wytrwałości i samokontroli. Osoba badana III cechuje się bardzo wysoką sumiennością, z kolei osoba badana VI cechuje się najniższą sumiennością. Wysoka sumienność stanowi czynnik ochronny, sprzyjający konsekwencji terapii i utrzymaniu abstynencji. Niska sumienność może natomiast zwiększać ryzyko impulsywności, braku planowania i trudnościach w realizacji celów terapeutycznych.



Wnioski:

Najbardziej zorganizowaną i stabilną emocjonalnie osobą, jest to osoba badana III, cechuje się wysoką sumiennością, niską neurotycznością oraz wysoką ekstrawersją, ale niską otwartością i ugodowością. Profil ten sprzyja systematycznej pracy nad sobą, choć może ograniczać elastyczność do adaptacji do nowych sytuacji terapeutycznych.

Najbardziej emocjonalnie wrażliwą i introwertyczną osobą, jest osoba badana V, wysoka neurotyczność, niska ekstrawersja i wysoka otwartość, pokazują, że jest to profil osoby głęboko refleksyjnej, ale również podatne na przeciążenia emocjonalnie i izolacje społeczną.

Najbardziej dynamiczną i towarzyską osobą jest osoba badana VIII, bardzo wysoka ekstrawersja, wysoka otwartość i niska neurotyczność wskazują na profil sprzyjający tworzeniu relacji społecznych, adaptacji do zmieniających się warunków oraz radzeniu sobie ze stresem.

Najbardziej twórczą i ekspresyjną, ale mało zorganizowaną osobą jest osoba badana VI, to połączenie wysokiej ekstrawersji i otwartości z niską sumiennością tworzy profil osoby kreatywnej, ale podatnej na trudności w utrzymaniu systematyczności i realizacji długofalowych planów.

Najbardziej krytyczną i sceptyczną grupę stanowią osoby badane I, II i III, ich niska ugodowość wskazuje na potencjał do niezależnego myślenia i samodzielności, ale może również utrudniać współpracę terapeutyczną oraz w budowaniu bliskich relacji, które wspierają proces zdrowienia.

Uwagi końcowe:

Analiza wyników wskazuje na znaczące zróżnicowanie osobowościowe w badanej grupie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Największą spójność można zaobserwować w wysokiej otwartości na doświadczenia, co może ułatwić proces wprowadzenia zmian, zachęcać do poszukiwania nowych sposobów radzenia sobie oraz sprzyjać odkrywaniu zdrowszych i bardziej adaptacyjnych form funkcjonowania w abstynencji. Wysoka rozpiętość wyników w zakresie neurotyczności, sumienności i ugodowości wskazuje jednak na konieczności indywidualnych podejść terapeutycznych do każdej z tych osób, zarówno w obszarze regulacji emocji, jak i w kształtowaniu trwałych strategii utrzymania abstynencji.



Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R

Tabela 2 Wyniki testów EPQ-R Wyniki (w stenach) z przedziałami ufności (SEM, 85%).

	I OB.	II OB.	III OB.	IV OB.	V OB.	VI OB.	VII OB.	VIII OB.
N	5(6)7	6(7)8	3(4)5	3(4)5	8(9)10	2(3)4	5(6)7	4(5)6
E	4(5)6	7(8)9	6(7)8	4(5)6	3(4)5	5(6)7	4(5)6	7(8)9
P	5(6)7	8(9)10	9(10)10	5(6)7	4(5)6	5(6)7	1(2)3	3(4)5
K	2(3)4	2(3)4	3(4)5	3(4)5	4(5)6	3(4)7	3(4)5	2(3)4

N - Neurotyczność, E - Ekstrawersja, P - Skala Psychotyzmu, K - Skala Kłamstwa

Źródło: opracowanie własne

Dane pochodzą z własnych badań:

Neurotyczność (N) - wyniki neurotyczności wahają się od niskich osoba badana VI, która uzyskała 3 steny, do wysokich które uzyskała osoba badana V której wynik to 9 stenów. Najwyższe wartości uzyskała osoba badana V, taki wynik wskazuje na znaczne nasilenie cech takich jak lęk, napięcie, obniżona tolerancja na stres oraz trudności w regulacji emocji. Natomiast osoby o niskim poziomie neurotyczności, cechują się wysoką stabilnością emocjonalną i odpornością na stres. Niski wynik uzyskały osoby badane IV i VI. Wysoka neurotyczność zwiększa ryzyko problemów w zakresie radzenia sobie z emocjami oraz objawów depresyjnych i lękowych. Niska neurotyczność sprzyja spokojnemu i zrównoważonemu funkcjonowaniu emocjonalnemu.

Ekstrawersja (E) - wyniki obejmują zakres od sten 4, który uzyskała osoba badana V. Osoby badane II i VIII uzyskały wyniki które obejmują zakres 8 stenu, a osoba badana III uzyskała 7 sten. Wysoka ekstrawersja wskazuje na wysoką aktywność społeczną, energiczność i otwartość, podczas gdy niższe wyniki mogą sugerować preferowanie samotności i introspekcję. Wysoka ekstrawersja ułatwia budowanie wsparcia społecznego i lepsze funkcjonowanie w grupie. Niska ekstrawersja może sprzyjać głębszej refleksji, ale też zwiększać ryzyko izolacji.

Psychotyzm (P) - zakres wyników obejmuje sten 2, ten wynik uzyskała osoba badana VII. Wysoki psychotyzm, które uzyskały osoby badane II i III, wskazuje na impulsywność, chłód emocjonalny i niezależność do norm społecznych. Niski psychotyzm, która osiągnęła osoba badana VII, odzwierciedlają wysoką empatię, ugodowość i niski poziom impulsywności.



Wysoki psychotyzm może zwiększać trudności w relacjach interpersonalnych, podczas gdy niski psychotyzm sprzyja budowaniu harmonijnych więzi społecznych.

Skala Kłamstwa (K) - wyniki wszystkich osób badanych mieszczą się w niskim lub przeciętnym zakresie (3-5), co może świadczyć o autentyczności i szczerym sposobie odpowiadania, podnosząc wiarygodność interpretacji.

Wnioski:

Patrząc na wyniki z testów, najbardziej stabilnie emocjonalną osobą jest osoba badana VI (niska neurotyczność, przeciętna ekstrawersja i umiarkowana niezależność). Taka osoba wskazuje na wysoką odporność na stres i dobrą adaptacyjność. Najbardziej wrażliwą emocjonalnie osobą jest osoba badana (wysoka neurotyczność, niska ekstrawersja). Ta osoba ma zwiększone trudności w regulacji emocji oraz wyższe ryzyko nawrotu. Najbardziej dynamiczne i towarzyskie osoby, są to osoby badane II i VIII (wysoka ekstrawersja, przeciętna lub niska neurotyczność). Te cechy charakteryzują się łatwością w nawiązaniu kontaktów i dużą energią społeczną. Najwyższe nasilenie w wynikach nonkonformizmu i niezależności uzyskała osoba badana III (wysoki psychotyzm, dobra stabilność emocjonalna), wskazuje to na potrzebę pracy nad regulacją impulsów i relacji interpersonalnych. Najwyższa empatia i ugodowość uzyskała osoba badana VII (niski poziom psychotyzmu, przeciętna ekstrawersja), taki profil osoby sprzyja tworzeniu wspierających i harmonijnych relacji.

Uwagi końcowe:

Grupa badana prezentuje duże zróżnicowanie w poziomie emocjonalności, aktywności społecznej i niezależności poznawczej. Wśród osób badanych przeważają osoby o umiarkowanej ekstrawersji i przeciętnej stabilności emocjonalnej, co sprzyja skutecznemu funkcjonowaniu w środowisku terapeutycznym. Wysoka empatia osoby badanej VII i wysoka aktywność społeczna osób badanych II i VIII, mogą pozytywnie wpływać na procesy zdrowienia, ułatwiając w budowaniu sieci wsparcia. Wysoka wartość neurotyczności u osoby badanej V oraz wysoka wartość psychotyzmu, które uzyskały osoby badane II i III, wymagają indywidualnej pracy nad rozwijaniem kompetencji emocjonalnych i w budowaniu trwałych relacji społecznych. Taki rozkład cech osobowości może wspierać procesy zmiany poprzez dostrzeganie własnych zasobów i aktywne poszukiwanie alternatywnych dla wcześniejszych destrukcyjnych wzorców radzenia sobie.



Kwestionariusz STAI

Tabela 3 Wyniki testów (w stenach) z przedziałami ufności 85%.

	I OB.	II OB.	III OB.	IV OB.	V OB.	VI OB.	VII OB.	VIII OB.
Lęk-stan	7,9	4,6	1,3	2,4	9,10	1,2	1,3	5,7
Lęk-cecha	8,10	3,5	1,2	4,6	9,10	4,6	6,7	4,6

Zródło: opracowanie własne

Dane pochodzą z własnych badań:

Lęk-stan - rozbieżność wyników między najwyższymi wynikami, osób badanych I i V, a najniższymi wynikami które osiągnęły osoby badane III, VI, VII, jest bardzo wyraźna (steny: 8-10, a 1-3). Może to świadczyć o tym, że osoba badana I i osoba badana V, znajdowały się w momencie badania w szczególnie obciążających lub stresujących warunkach, doświadczając bardzo silnego napięcia emocjonalnego. Z kolei niskie wyniki u osób badanych III, VI, VII, sugerują, że osoby te czuły się spokojnie i wskazywały małą reaktywność lękową w chwili badania. Wyniki przeciętne, które osiągnęły osoby badane II i IV, wskazują na umiarkowane napięcie emocjonalne mieszczące się w granicy normy, brak oznak silnego obciążenia.

Ogólne wyniki pokazują, że osoba badana I i osoba badana V, doświadczali wysokiego poziomu napięcia emocjonalnego w momencie badania, co sugeruje, że znajdowały się w szczególnie stresujących lub obciążających warunkach. Z kolei osoba badana II oraz osoba badana IV, wykazywały przeciętny poziom stresu, mieszczący się w granicach normy, bez oznak silnego obciążenia emocjonalnego. Natomiast osoby badane III, VI, VII, VIII prezentowały niski poziom lęku sytuacyjnego, co świadczy o ich spokojnym stanie emocjonalnym oraz wysokiej odporności na aktualne stresory.

Lęk-cecha - rozpiętość wyników w skali lęku-cechy także jest wyraźna (steny od 1 do 10). Najwyższe wartości osiągnęły osoby badane I i V, co wskazuje na ich wysoką trwałą podatność na lęk, niezależnie w jakiej sytuacji się znajdują. Przeciętne wyniki osiągnęły osoby II, IV i VI te wyniki sugerują typowy poziom wrażliwości na stres, bez skłonności do przewlekłego przeżywania lęku. Osoba badana VII uzyskała umiarkowanie podwyższony wynik w lęku-cesze, co może oznaczać większą podatność na zamartwienie w codziennym życiu, pomimo niskiego poziomu lęku sytuacyjnego. Niski wynik lęku-cechy u osoby badanej III oraz niski wynik osoby badanej VIII świadczą o wysokiej odporności psychicznej i niskiej tendencji do przeżywania lęku na stałe.



Wnioski:

Osoby badane I i V, uzyskali najwyższe wartości w obu skalach, odczuwali zarówno bardzo silne napięcie w chwili badania, jak i mają wysoką trwałą podatność na lęk. Są najbardziej narażeni na chroniczny stres i trudności emocjonalne. Osoby badane II i IV, uzyskali przeciętny wynik lęku w obu skalach, co może wskazywać na zrównoważone funkcjonowanie emocjonalne i typową odporność na stres. Osoby badane III i VIII, mają niski poziom lęku zarówno sytuacyjnego, jak i cechowego, takie osoby cechują się wysoką stabilnością emocjonalną i niską wrażliwością na stresory. Osoba badana VI, uzyskała niski poziom lęku sytuacyjnego oraz przeciętny poziom cechy lęku, to wskazuje na adekwatną odporność emocjonalną z umiarkowaną odpornością na stres. Osoba badana VII ma niski poziom lęku sytuacyjnego, ale podwyższony poziom lęku cechowego, co może świadczyć o tym, że w codziennym życiu może być bardziej podatna na przeżywanie niepokoju niż sugerowałoby to jej spokojne zachowanie w czasie wypełniania testu.

Uwagi końcowe:

Największe ryzyko silnych reakcji lękowych oraz trudności emocjonalnych można zauważyć u osoby badanej I i V, co wskazuje na ich wysoką podatność na przeżywanie intensywnego napięcia zarówno w sytuacjach bieżących jak i w długoterminowym funkcjonowaniu. Największą odpornością emocjonalną charakteryzuje się natomiast osoba badana III, jak i również osoba badana VIII, u których odnotowano niski poziom lęku i wysoką stabilność psychiczną. Osoba badana II oraz osoba badana IV wskazują zrównoważone funkcjonowanie emocjonalne i adekwatne mechanizmy radzenia sobie w sytuacjach stresowych. W przypadku osoby badanej VII warto zwrócić uwagę na wrażliwość emocjonalną, wynikającą z wyższego poziomu lęku jako trwałej cechy



Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty

Tabela 4 Wyniki testu Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty.

	I OB.	II OB.	III OB.	IV OB.	V OB.	VI OB.	VII OB.	VIII OB.
Q3	6	3	5	5	3	3	4	3
C	5	6	6	5	5	4	2	4
L	5	5	5	6	6	6	2	5
O	10	10	7	10	10	9	7	3
Q4	10	10	7	10	10	10	2	5

Q3 - Samokontrola, C - Odporność psychiczna, L - Podejrzliwość, O - Napięcie emocjonalne, Q4 – Drażliwość

Źródło: opracowanie własne

Dane pochodzą z własnych badań:

Analiza wyników pokazuje, że badane osoby znacząco różnią się pod względem poziomu odczuwania niepokoju i napięcia emocjonalnego. Najsilniejsze przeciążenie emocjonalne widoczne jest u osób badanych I, II, IV, V oraz VI. U tych osób występuje bardzo wysokie napięcie wewnętrzne i drażliwość (wysokie wyniki w skalach O i Q4). W przypadku osób badanych I, II, V i VI dodatkowo zaobserwowano obniżoną lub przeciętną odporność psychiczną oraz trudności w zakresie samokontroli (Q3). Osoba badana IV, mimo wysokiego poziomu napięcia emocjonalnego i drażliwości, charakteryzuje się przeciętną odpornością psychiczną i samokontrolą, co może załagodzić wpływ przeżywanego napięcia na codzienne funkcjonowanie. Jednak wysoki poziom napięcia wewnętrznego stanowi istotny czynnik ryzyka przeciążenia emocjonalnego. U osoby badanej VI, oprócz bardzo wysokiego napięcia i drażliwości, występuje wyraźne osłabienie odporności psychicznej oraz samokontroli, co zwiększa jej podatność na przeciążenie emocjonalne i trudności adaptacyjne. Osoby badane III i VIII prezentują najbardziej korzystny obraz funkcjonowania emocjonalnego. Ich wyniki w skalach napięcia i drażliwości są niskie lub przeciętne, a poziom samokontroli, odporności psychicznej i podejrzliwości stabilny. Charakteryzują się oni niskim poziomem niepokoju oraz wysoką zdolnością do radzenia sobie ze stresem. W przypadku osoby badanej VII, mimo że jawnie nie przejawia wysokiego poziomu niepokoju, widoczne jest ukryte napięcie emocjonalne (O - sten 7), które w połączeniu z obniżoną odpornością psychiczną (C) i samokontrolą (Q3) może zwiększać ryzyko trudności w adaptacji do sytuacji wymagających wysokiej mobilizacji emocjonalnej. W tej grupie badanej widoczne są zarówno osoby



wymagające intensywniejszego wsparcia emocjonalnego, jak i osoby funkcjonujące w sposób stabilny i adaptacyjny. Indywidualne podejście, uwzględniające specyfikę wyników w skalach Q3, C, L, O i Q4, jest kluczowe dla efektywnego planowania działań terapeutycznych w procesie zdrowienia oraz utrzymania abstynencji.

Uwagi i wnioski końcowe:

Analiza wyników wskazuje na istotne zróżnicowanie w zakresie funkcjonowania emocjonalnego badanych osób. Największe przeciążenie emocjonalne występuje u osób badanych I, II, IV, V i VI, co może prowadzić do trudności adaptacyjnych i obniżenia funkcjonowania. Szczególnie narażone na przeciążenia są osoby, u których wysokie napięcie emocjonalne współwystępuje z obniżoną lub przeciętną odpornością psychiczną i samokontrolą. W przypadku osoby badanej IV, przeciętne zasoby psychiczne mogą łagodzić skutki występowania wysokiego napięcia, jednak należy pamiętać, że ryzyko emocjonalnego przeciążenia nadal pozostaje. Osoba badana VII, mimo niskiego poziomu jawnego lęku, przejawia ukryte napięcie i obniżone zasoby odpornościowe. Osoby badane III i VIII cechują się stabilnym funkcjonowaniem emocjonalnym oraz wysoką odpornością na stres, skutecznie radząc sobie z napięciem i wyzwaniem dnia codziennego.

6.1. Podsumowanie wyników badań własnych wraz z analizą, interpretacją oraz weryfikacją postawionych hipotez

Celem przeprowadzonych badań było lepsze zrozumienie związków między cechami osobowości a skłonnością do uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem roli poziomu lęku. Badania zrealizowano wśród pacjentów uczęszczających w terapii odwykowej, z wykorzystaniem uznanych narzędzi psychometrycznych: NEO-FFI, EPQ-R, STAI oraz Arkusza Samopoznania Cattella. W pracy sformułowano trzy pytania badawcze oraz odpowiadające im hipotezy. Wyniki analiz pozwoliły udzielić odpowiedzi na każde z postawionych pytań oraz dokonać weryfikacji hipotez.

Pierwsze pytanie (P1) dotyczyło związku między neurotyzmem a wynikami w skalach lęku ukrytego u osób uzależnionych. Analiza wyników kwestionariusza Cattella wykazała, że osoby o wyższym poziomie neurotyczności (np. osoby badane I, V) charakteryzowały się również zwiększonym napięciem emocjonalnym oraz nasilonymi objawami lęku ukrytego. Potwierdza to istnienie wyraźnej zależności między neurotycznością a przeżywaniem lęku emocjonalnego.



Drugie pytanie (P2) dotyczyło powiązań pomiędzy psychotyzyzmem, ekstrawersją i neurotycznością a skłonnością do uzależnień. Wyniki wskazują, że osoby z wysokim poziomem psychotyzyzmu i/lub neurotyczności (np. osoby badane. II, III, V) wykazywały większą impulsywność, drażliwość oraz trudności w regulacji emocjonalnej, co mogło sprzyjać sięganiu po substancje psychoaktywne. Osoby ekstrawertywne (np. osoby badane. VI, VIII) częściej podejmowały ryzykowne zachowania, a ich niestabilność emocjonalna mogła odgrywać rolę w powstawaniu i podtrzymywaniu uzależnień.

Trzecie pytanie (P3) odnosiło się do tego, czy cechy osobowości mierzone testami NEO-FFI i EPQ-R mogą być predyktorami poziomu lęku ukrytego mierzonego kwestionariuszem Cattella u osób uzależnionych. Uzyskane wyniki wskazują, że wysoki poziom neurotyczności, impulsywność oraz obniżona samokontrola (np. osoby badane. II, OB. V) były związane z wyższym nasileniem napięcia emocjonalnego i drażliwości. Osoby o takim profilu miały trudności z adaptacyjnym radzeniem sobie ze stresem i częściej traktowały substancje psychoaktywne jako mechanizm regulowania napięcia psychicznego.

Weryfikacja hipotez przebiegła następująco:

H1. Istnieje istotna zależność pomiędzy poziomem neurotyzmu a nasileniem lęku jawnego i ukrytego u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Wyniki przeprowadzonej analizy wykazały, że hipoteza została potwierdzona w przypadku trzech osób badanych I, II oraz V. U wszystkich stwierdzono co najmniej graniczne podwyższony poziom neurotyzmu oraz jednocześnie podwyższone skale w lęku jawnym i ukrytym, co świadczy o nasilonym lęku emocjonalnym oraz drażliwość, a więc o obecności lęku ukrytego.

Osoba badana IV, mimo że uzyskała bardzo wysokie wyniki w obu skalach, charakteryzowała się poziomem neurotyzmu mieszczącym się w normie, wobec czego nie może zostać zaliczona do grupy przypadków jednocześnie potwierdzających hipotezę. Podobnie osoby badane VI i VII spełniły tylko częściowo założenia hipotezy – jedna z nich wykazała wysoki poziom leku przy neurotyzmie granicznym, druga natomiast wysoki neurotyzm przy braku podwyższonego wyniku lęku ukrytego.

U osób badanych III i VIII nie stwierdzono ani podwyższonego neurotyzmu, ani lęku ukrytego, co całkowicie wyklucza zgodność z hipotezą.



Podsumowując, hipoteza H1 została empirycznie potwierdzona w ograniczonym zakresie, u trzech osób, u których równocześnie występował wysoki lub granicznie podwyższony poziom neurotyzmu oraz nasilony lęk ukryty. Uzyskane wyniki wskazują na istnienie zależności pomiędzy poziomem neurotyzmu a nasileniem lęku ukrytego, jednak nie uprawniają do formułowania jednoznacznych wniosków ogólnych. Interpretacja rezultatów powinna uwzględniać ich ograniczony zasięg oraz indywidualne zróżnicowanie badanych przypadków. Z tego względu zasadne wydaje się kontynuowanie badań z uwzględnieniem szerszego spektrum cech osobowości oraz większej liczby respondentów, co umożliwi pełniejsze zrozumienie mechanizmów psychologicznych leżących u podstaw analizowanych zależności.

H2. Cechy osobowości takie jak psychotyzm, ekstrawersja i neurotyczność mają istotny wpływ na skłonność do sięgania po substancje psychoaktywne.

Analiza danych empirycznych wykazała, że kilka osób badanych charakteryzowało się podwyższonym poziomem przynajmniej z jednej analizowanych cech, mogących potencjalnie wpływać na rozwój zachowań ryzykownych. Osoby badane II i III uzyskały wysokie wyniki w skali psychotyzmu, co może wskazywać na impulsywność, niską tolerancję norm społecznych oraz trudności w kontroli zachowań. Osoba badana V, a także osoba badana VII, wykazały wysoki poziom neurotyzmu, co sugeruje zwiększoną wrażliwość emocjonalną, labilność i skłonność do doświadczania napięcia psychicznego. Wysoki neurotyzm może prowadzić do stosowania substancji jako strategii unikania lub łagodzenia dyskomfortu psychicznego.

Z kolei osoby badane VI oraz VIII uzyskały bardzo wysokie wyniki w zakresie ekstrawersji, co może sprzyjać poszukiwaniu intensywnych doznań i zwiększonej podatności na wpływ środowiska, w tym także kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Choć sama ekstrawersja nie stanowi bezpośredniej przyczyny uzależnień, w połączeniu z innymi czynnikami może prowadzić do zachowań ryzykownych.

Pozostałe osoby badane I i IV uzyskały wyniki graniczne lub w normie, które nie wskazują jednoznacznie na podwyższone ryzyko związane z cechami osobowości.

Podsumowując, hipoteza H2 została empirycznie potwierdzona. Wśród badanych osób zaobserwowano wyraźnie podwyższone poziomy psychotyzmu, neurotyzmu lub ekstrawersji, które – zgodnie z literaturą – mogą stanowić istotne czynniki sprzyjające sięganiu po substancje psychoaktywne. Choć każda z cech oddziałuje w inny sposób, ich obecność w badanej grupie wzmacnia założenie o znaczeniu profilu osobowościowego w etiologii uzależnień.



H3. Cechy osobowości (w szczególności impulsywność, neurotyczność i niska samoocena) mierzona testami NEO-FFI oraz EPQ-R, istotnie przewidują poziom lęku jawnego i ukrytego u osób uzależnionych.

Analiza wykazała, że hipoteza została w pełni potwierdzona u osoby badanej V. Uzyskała ona wysoki poziom neurotyzmu, niską sumienność oraz umiarkowany poziom psychotyzmu. Jednocześnie osiągnęła wysokie wyniki w skalach Cattella, co może świadczyć o wyraźnym nasileniu lęku ukrytego.

Hipoteza w przypadku osoby badanej II została potwierdzona częściowo. Uzyskała ona wysoki poziom psychotyzmu i przeciętne wyniki w sumienności, co wskazuje na impulsywność i trudności z samokontrolą. Neurotyczność była na poziomie granicznym.

Podsumowując, wszystkie z trzy potwierdzone hipotezy badawcze znalazły potwierdzenie w tym materiale. Zauważalne związki między cechami osobowości, a poziomem lęku i skłonnością do używania substancji psychoaktywnych potwierdzają istotną rolę struktury osobowości w rozwoju i utrzymywaniu uzależnień. Wyniki te mogą stanowić podstawę do dalszych, pogłębionych badań oraz wnioski praktyczne w kontekście terapii uzależnień, ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnych potrzeb różnic psychologicznych osób uzależnionych. W kwestionariuszu Cattell stwierdzono podwyższone wyniki lęku jawnego i ukrytego. Choć nie wszystkie analizowane cechy były silnie nasilone, występujący lęk ukryty znajduje psychologiczne uzasadnienie w profilu osobowości tej osoby.

W przypadku osoby badanej I hipoteza została również potwierdzona częściowo. Osoba ta osiągnęła bardzo wysokie wyniki lęku ukrytego, jednak cechy osobowości nie były w pełni zgodne z założeniami hipotezy. Co prawda wystąpiła niska ugodowość i graniczny poziom neurotyzmu, jednak sumienność była wysoka, co nie wskazuje na impulsywność czy trudności w samoregulacji. W tym przypadku silny lęk ukryty może być związany głównie z komponentem emocjonalnym, czyli neurotycznością, a nie impulsywnością.

U osób badanych IV i VI hipoteza została potwierdzona jedynie fragmentarycznie. Obie osoby wykazały wysoki poziom lęku ukrytego, jednak ich profile osobowościowe pozostawały w normie lub były graniczne, bez wyraźnych przejawów impulsywności ani neurotyczności.

Osoba badana VII uzyskała wysoki poziom neurotyzmu jednak jej wyniki w skalach Cattella nie wskazywały na podwyższony lęk ukryty. Z kolei osoby badane III i VIII nie



spełniły żadnych warunków hipotezy – ich cechy osobowości były w normie lub poniżej, a poziom lęku ukrytego pozostawał niski.

Hipoteza H3 została empirycznie potwierdzona w ograniczonym zakresie. U jednej osoby badanej V wystąpiła pełna zgodność między nasilonymi cechami osobowości (wysoka neurotyczność, impulsywność) a podwyższonym lękiem ukrytym. U dwóch kolejnych osób badanych II i I zależność ta była częściowa – obecny był wysoki lęk ukryty oraz niektóre cechy osobowości zgodne z założeniami hipotezy. Pozostałe przypadki wskazywały na brak lub tylko fragmentaryczną zgodność.

Uzyskane wyniki wspierają założenie, że impulsywność i neurotyczność mogą wiązać się z nasilonym napięciem emocjonalnym i drażliwością u osób uzależnionych, jednak relacja ta nie występuje u wszystkich badanych. Zależność między cechami osobowości a lękiem ukrytym wymaga dalszej eksploracji z uwzględnieniem większych prób badawczych oraz kontekstu społeczno-środowiskowego.

6.2. Dyskusja wyników

Przeprowadzone badania dostarczyły wielu istotnych informacji na temat zależności pomiędzy cechami osobowości a ryzykiem rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wyniki wyraźnie wskazują, że poziom lęku – rozumianego jako napięcie emocjonalne i pobudliwość psychiczna – odgrywa kluczową rolę w tym procesie. Zależność ta pozostaje zgodna z dotychczasową literaturą oraz założeniami teoretycznymi przyjętymi w niniejszej pracy. Osoby doświadczające nasilonego lęku ukrytego często traktują substancje psychoaktywne jako narzędzie łagodzenia napięcia i trudnych stanów emocjonalnych.

Zgromadzone dane empiryczne potwierdzają również, że określone cechy osobowości – takie jak wysoka neurotyczność, impulsywność, niska ugodowość oraz obniżona samokontrola – istotnie zwiększają podatność na uzależnienie. Neurotyczność sprzyja nasilonej reaktywności emocjonalnej i nadmiernemu przeżywaniu negatywnych stanów, natomiast impulsywność ogranicza zdolność do refleksyjnego podejmowania decyzji, zwiększając ryzyko sięgania po środki dające natychmiastową ulgę. Niska ugodowość i deficyty w zakresie samoregulacji utrudniają z kolei nawiązywanie relacji terapeutycznej oraz skuteczne radzenie sobie ze stresem.

Otrzymane wyniki są zgodne z koncepcją tzw. „samoleczenia” – osoby uzależnione sięgają po substancje w celu redukcji napięcia emocjonalnego, jednak działanie to przynosi jedynie



chwilową ulgę i często prowadzi do pogłębienia trudności. W badanej grupie osoby charakteryzujące się wysoką neurotycznością i nasilonym lękiem (np. osoby badane. I, OB. V) wykazywały szczególne trudności w regulacji emocji oraz większy poziom wewnętrznego niepokoju, co sprzyjało rozwijaniu strategii unikania opartej na używaniu substancji psychoaktywnych.

Wyniki badań podkreślają potrzebę indywidualizacji podejścia terapeutycznego. Efektywne wsparcie osób uzależnionych powinno uwzględniać zarówno profil osobowościowy, jak i poziom napięcia emocjonalnego – co pozwala lepiej zrozumieć źródła trudności oraz trafniej dobrać strategię leczenia i wsparcia.

Warto jednak podkreślić ograniczenia badania – przede wszystkim niewielką liczebność grupy badawczej oraz jej specyficzny charakter (osoby przebywające w terapii odwykowej). Czynniki te mogą wpływać na możliwość uogólniania uzyskanych rezultatów na szerszą populację. Pomimo tego, zgromadzone dane pozwoliły na wnikliwą analizę zależności między osobowością, lękiem a uzależnieniem, dostarczając wartościowych wniosków zarówno dla teorii, jak i praktyki psychologicznej.

Zasadność prowadzenia dalszych badań nad relacją między osobowością a uzależnieniami wydaje się niepodważalna, zwłaszcza w kontekście projektowania skutecznych programów profilaktycznych i terapeutycznych. Wyniki tej pracy mogą posłużyć jako punkt wyjścia do tworzenia zindywidualizowanych ścieżek leczenia, uwzględniających specyfikę funkcjonowania psychicznego danej osoby. Włączenie do diagnozy nie tylko rodzaju uzależnienia, ale i pełnego profilu osobowościowego pacjenta, może znacznie zwiększyć skuteczność interwencji klinicznej oraz zmniejszyć ryzyko nawrotów.

Rozdział 7. Zakończenie

Niniejsza praca koncentrowała się na analizie relacji, między cechami osobowości a podatnością na uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Na podstawie przeglądu literatury oraz przeprowadzonych badań własnych wykazano, że impulsywność, wysoki poziom neurotyzmu, nasilony lęk oraz obniżona samokontrola istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zachowań nałogowych.

Analiza przypadków ukazała, że osoby uzależnione często doświadczają intensywnego napięcia emocjonalnego, a sięganie po substancje stanowi dla nich mechanizm radzenia sobie z trudnymi emocjami. Jednocześnie zauważono, że wielu badanych wykazuje znaczny



potencjał rozwojowy, co podkreśla potrzebę indywidualnego podejścia terapeutycznego – dostosowanego do ich cech osobowości oraz stylu regulacji emocjonalnej.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że uzależnienie to złożone zjawisko o wieloczynnikowym podłożu, wymagające kompleksowego wsparcia psychologicznego i społecznego. Mimo, że badania przeprowadzono w ograniczonej liczebnie grupie, uzyskane wyniki stanowią wartościowy wkład w poszerzenie wiedzy o psychologicznych mechanizmach uzależnień i wskazują kierunki skutecznych oddziaływań terapeutycznych.

Wnioski:

- Zaobserwowano silną zależność pomiędzy wysokim poziomem neurotyzmu a nasileniem objawów lęku jawnego i ukrytego u osób uzależnionych.
- Cechy osobowości takie jak impulsywność, niska ugodowość oraz niska samokontrola zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju uzależnień i trudności w radzeniu sobie z emocjami.
- Substancje psychoaktywne często pełnią funkcję narzędzia samoleczenia u osób o podwyższonym poziomie lęku.
- Wysoka ekstrawersja może sprzyjać podejmowaniu zachowań ryzykownych, natomiast niska ekstrawersja wiązać się z izolacją społeczną i utrwalaniem nałogu.
- Efektywna pomoc terapeutyczna powinna opierać się na szczegółowej diagnozie osobowości i uwzględniać indywidualny poziom lęku oraz strategie obronne pacjenta.
- Pomimo ograniczeń (mała próba badawcza, specyfika środowiska terapeutycznego), uzyskane wyniki mają istotne znaczenie praktyczne i mogą stanowić fundament dla dalszych badań w tym obszarze.

W trakcie przeprowadzania badań nasunęły mi się liczne refleksje dotyczące zarówno przyjętej metodologii, jak i potencjalnych kierunków dalszej analizy. Jednym z kluczowych wniosków, który pojawił się już na wczesnym etapie badawczym, było przekonanie o konieczności uzupełnienia projektu badawczego o komponent diagnostyczny związany z depresją. Wielu respondentów deklaroowało, że w przeszłości zmagало się z depresją, bądź też miało ją zdiagnozowaną przez psychiatrę, co skutkowało wdrożeniem leczenia farmakologicznego, w tym stosowaniem leków przeciwdepresyjnych oraz preparatów redukujących objawy lękowe. Szczególnie istotne wydaje się to w kontekście pojawiania się nasilonego lęku podczas procesu odstawiania substancji psychoaktywnych. W celu oceny



nasilenia objawów depresyjnych, zasadne byłoby zastosowanie Skali Depresji Becka (BDI), która stanowi jedno z najbardziej uznanych narzędzi w psychologii klinicznej.

W kontekście dalszych badań wartościowe byłoby także porównanie wyników osób będących na różnych etapach leczenia odwykowego. W szczególności interesujące wydaje się zestawienie wyników osób rozpoczynających terapię w zamkniętym ośrodku odwykowym z osobami będącymi w bardziej zaawansowanej fazie leczenia w placówce otwartej. Taka analiza pozwoliłaby zidentyfikować zmiany zachodzące w funkcjonowaniu psychicznym pacjentów w toku procesu terapeutycznego.

Gdyby zaistniała możliwość rozszerzenia przeprowadzonych badań, szczególnie wartościowym elementem byłoby uwzględnienie Minnesockiego Wielowymiarowego Inwentarza Osobowości w wersji zrewidowanej (MMPI-2). Narzędzie to, uznawane za jedno z najbardziej kompleksowych i rzetelnych w diagnostyce psychologicznej, pozwala na wielowymiarową ocenę funkcjonowania psychicznego jednostki. Moje zainteresowanie tym testem wynika zarówno z doświadczeń zdobytych podczas zajęć akademickich, jak i obserwacji prowadzonych w trakcie praktyk klinicznych w szpitalu psychiatrycznym, gdzie miałam okazję przyglądać się jego zastosowaniu w praktyce oraz analizie wyników.

MMPI-2 umożliwia identyfikację współistniejących zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęki, myśli paranoiczne czy zaburzenia osobowości. Dzięki zastosowaniu skal klinicznych, możliwe jest uchwycenie szerszego spektrum objawów psychopatologicznych, które często współwystępują u osób zmagających się z uzależnieniami. Inwentarz ten pozwala również na ocenę charakterystycznych dla osób uzależnionych cech osobowości, takich jak impulsywność, egocentryzm, niska samokontrola, a także stosowanie mechanizmów obronnych, w tym zaprzeczania i racjonalizacji własnych trudności. Szczególnie przydatne są także skale dodatkowe, takie jak MAC-R (MacAndrew Alcoholism Scale – Revised), która została stworzona z myślą o identyfikacji tendencji do uzależnień nie tylko alkoholowych, lecz również od innych substancji psychoaktywnych.

Istotnym atutem MMPI-2 jest również możliwość oceny wiarygodności udzielanych odpowiedzi. Dzięki skalom kontrolnym (takim jak L, F i K), test pozwala wykryć ewentualne próby przedstawiania się w sposób zniekształcony – zarówno poprzez nadmierne „wybielanie” własnego obrazu, jak i jego demonizowanie. Co więcej, narzędzie to umożliwia profilowanie osobowości predysponującej do uzależnień, co znajduje odzwierciedlenie w badaniach



wskazujących, że osoby uzależnione często osiągają wysokie wyniki w skalach Pd (psychopatia) oraz Ma (hipomaniakalność). Takie rezultaty są związane z impulsywnością, niskim poziomem kontroli wewnętrznej oraz tendencją do poszukiwania silnych doznań.

Włączenie MMPI-2 do przyszłych badań pozwoliłoby nie tylko na pogłębienie diagnozy psychologicznej osób uzależnionych, ale również na lepsze zrozumienie mechanizmów psychicznych towarzyszących uzależnieniu i procesowi zdrowienia. Dzięki temu możliwe byłoby także dokładniejsze określenie czynników ryzyka oraz zaprojektowanie bardziej spersonalizowanych oddziaływań terapeutycznych.

Kolejnym istotnym aspektem, który wyłonił się podczas wywiadów, są doświadczenia rodzinne badanych. U zdecydowanej większości respondentów pojawiały się wątki związane z przemocą psychiczną w domu rodzinnym, choć część z nich była tego świadoma dopiero po rozpoczęciu terapii. Często relacjonowano również współwystępowanie uzależnienia (zwykle od alkoholu) u innych członków rodziny. Warto podkreślić, że alkohol jako substancja powszechnie dostępna i społecznie akceptowana, odgrywa istotną rolę w kontekście dziedziczenia i modelowania wzorców używania substancji psychoaktywnych. U wielu badanych zauważalny był silny, niewyrażony żal oraz emocjonalne obciążenie związane z trudnym dzieciństwem. Na podstawie tych obserwacji można postawić hipotezę, że przemoc emocjonalna oraz uzależnienia w środowisku rodzinnym mogą istotnie zwiększać podatność jednostki na sięganie po środki psychoaktywne jako formę ucieczki od doświadczanego cierpienia.

Wśród czynników wspierających proces zdrowienia, szczególnie znaczącym okazało się wsparcie społeczne. Osoby, które deklarowały obecność wspierających relacji z rodzicami, rodzeństwem, partnerami lub przyjaciółmi, znacznie szybciej osiągały stabilizację i trwałą abstynencję. Szczególnie wyraźnie było to widoczne u osób badanych I, IV, V, VII oraz VIII. Wsparcie emocjonalne odgrywało kluczową rolę w przezwyciężaniu kryzysów oraz motywowało do dalszego kontynuowania leczenia.

Jednym z końcowych pytań zadawanych w wywiadzie było: "Czy kiedykolwiek myślałeś/-aś o powrocie do nałogu? Co musiałoby się wydarzyć, aby taka sytuacja miała miejsce?" Pytanie to miało na celu pogłębienie refleksji respondentów nad ich dotychczasową drogą oraz nad ryzykiem nawrotu. Wszystkie osoby zgodnie deklarowały brak chęci powrotu do uzależnienia, podkreślając wartość życia w abstynencji oraz zauważalną poprawę jakości życia.



Z wypowiedzi uczestników badań wyłaniał się obraz osób, które mimo trudnej przeszłości, odzyskały poczucie sensu, stabilizacji i satysfakcji z życia codziennego. Doceniały one proste, codzienne rzeczy i wyrażały optymizm co do przyszłości.

Z perspektywy badawczej interesujący był również sposób, w jaki uczestnicy reagowali na pytania zawarte w kwestionariuszu EPQ-R, a w szczególności na pytanie nr 25: „Czy zażyłbyś (zażyłabyś) środki, które mogą wywołać dziwne lub niebezpieczne skutki?” Wiele osób prosiło o doprecyzowanie, czy należy odpowiadać na to pytanie w kontekście obecnego stanu, czy też przeszłości. Zgodnie z założeniem badania, uczestnicy byli proszeni o udzielanie odpowiedzi odnoszących się do aktualnego momentu. Zainteresowanie tym pytaniem sugeruje, że jego interpretacja mogłaby różnić się w zależności od etapu terapii. Co ciekawe, część badanych wyraziła uznanie dla samego narzędzia, wskazując, że pytania testowe skłaniały ich do refleksji i pomogły dostrzec zmiany, jakie zaszły w ich sposobie myślenia i funkcjonowania. Fakt ten można uznać za pozytywny wskaźnik skuteczności procesu terapeutycznego oraz za dowód na wzrost samoświadomości wśród badanych.

Prowadzenie badań wśród osób uzależnionych oraz rozmowy oparte na szczerych, często trudnych i intymnych wspomnieniach były dla mnie doświadczeniem przekraczającym ramy tradycyjnie pojmowanej pracy naukowej. Każde spotkanie nie było jedynie źródłem danych do analizy, lecz przede wszystkim konfrontacją z realnym człowiekiem – jego historią, bólem, słabościami, ale też siłą i determinacją. Z perspektywy przyszłej psycholożki było to niezwykle ważne i budujące doświadczenie, które pokazało mi, jak kluczowe znaczenie ma uważność, autentyczne zaangażowanie i empatia w kontakcie klinicznym.

Podczas wywiadów niejednokrotnie towarzyszyło mi poczucie, że uczestnicy dzielą się czymś bardzo osobistym i kruchym. Wymagało to ode mnie nie tylko wrażliwości, ale również odpowiedzialności – by nie potraktować ich wypowiedzi wyłącznie jako materiału badawczego, lecz również jako świadectwa ludzkiego doświadczenia. Ta odpowiedzialność przejawiała się nie tylko w zadawanych pytaniach, ale także w milczeniu, które niekiedy miało większe znaczenie niż słowa.

Cenną lekcją była dla mnie obserwacja, jak wiele zmienia się w funkcjonowaniu psychicznym osób uzależnionych w miarę postępującej terapii – nie tylko w sferze deklaracji czy zachowań, ale również w sposobie postrzegania siebie, świata i relacji z innymi. Byłam szczególnie poruszona refleksjami badanych na temat życia w abstinencji – prostych,



codziennych radości, odzyskanego spokoju i planów na przyszłość. Pokazało mi to, że skuteczna pomoc psychologiczna nie polega wyłącznie na „leczeniu objawów”, ale na wspieraniu procesu odbudowywania nadziei, tożsamości i poczucia sprawstwa.

Praca nad tym projektem pozwoliła mi także dostrzec złożoność procesu diagnozy psychologicznej. Choć korzystałam z konkretnych narzędzi badawczych, szybko uświadomiłam sobie, jak ważna jest elastyczność i gotowość do podążania za indywidualną historią każdej osoby. Z perspektywy naukowej nauczyłam się pokory wobec danych, które często nie układają się w proste schematy, oraz wobec własnych założeń badawczych, które wymagały modyfikacji w konfrontacji z rzeczywistością kliniczną.

Doświadczenie to utwierdziło mnie w przekonaniu, że chcę rozwijać się zawodowo w obszarze psychologii klinicznej i psychoterapii. Praca z osobami uzależnionymi pokazała mi, że to nie tylko obszar dużego wyzwania, ale również ogromnego znaczenia i sensu. Jestem głęboko wdzięczna za zaufanie, jakim obdarzyli mnie moi rozmówcy, oraz za to, czego nauczyli mnie – nie tylko jako badaczkę, ale przede wszystkim jako człowieka.

Celem niniejszej pracy było nie tylko zbadanie zależności pomiędzy osobowością a uzależnieniem, lecz także zwrócenie uwagi na konieczność indywidualizacji podejścia terapeutycznego. Przedstawione wyniki pokazują, że zrozumienie wewnętrznej dynamiki psychicznej jednostki jest kluczowe dla zwiększenia skuteczności interwencji psychologicznej. Pogłębiona diagnoza – uwzględniająca nie tylko symptomy, ale także kontekst życiowy, historię osobistą i cechy temperamentalne – może stanowić fundament skutecznej pomocy.

Refleksje wyniesione z niniejszego badania utwierdzają w przekonaniu, że każde uzależnienie ma swój indywidualny wzorzec powstawania i przebiegu, a skuteczne leczenie wymaga równie indywidualnego podejścia, opartego na zaufaniu, zrozumieniu i profesjonalnej uważności.



Bibliografia

Książki

- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Holt.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Rinehart and Winston.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bauman, Z. (2006). *Spółczesność w stanie obłąkania*. Wydawnictwo SIC.
- Beck, A. T., Emery, G. (2005). *Lęk i fobia. Praktyka terapii poznawczej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, A. T., Newman, C. F., & Wright, F. D. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Chlebio-Adeb, D. (2000). *Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu*. PARPA.
- Chodkiewicz, J., & Cierpiałkowska, L. (2020). *Uzależnienie od alkoholu: Oblicza problemu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L. (2010). *Psychopatologia i psychoterapia uzależnień*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clark, A., & Beck, A. (2018). *Zaburzenia lękowe. Podręcznik z ćwiczeniami opartymi na terapii poznawczo-behawioralnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Donovan, D. M., & Velasquez, M. M. (2015). *Etapy zmiany w terapii uzależnień: Wybór i planowanie interwencji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2005). *NEO-PI-R. Inwentarz osobowości NEO-PI-R według modelu pięcioczynnikowego Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae: podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Denning, P., & Little, J. (2019). *Pokonać nałóg: Metoda redukcji szkód w terapii uzależnień od alkoholu i narkotyków*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Erickson, C. K. (2010). *Nauka o uzależnieniach: Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia* (J. Vetulani, Tłum.). Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.



- Eysenck, H. J. (1997). *Wymiary osobowości* (B. Zawadzki, Tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T.-A. (2018). *Theories of personality* (9th ed.). McGraw-Hill Education.
- Frankl, V. E. (2011). *Człowiek w poszukiwaniu sensu życia*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- Glasner-Edwards, S. (2020). *Uzależniony mózg Jak wyjść z nałogu, wykorzystując techniki terapii poznawczo-behawioralnej, uważności i dialogu motywującego*. GWP.
- Halber, M. (2015). *Najgorszy człowiek na świecie*. Wydawnictwo Znak.
- Horney, K. (2006). *Nerwica a rozwój człowieka*. (J. Komorowska, Tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Horney, K. (2016). *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. (H. Grzegorzewska, Tłum.). Dom Wydawniczy Rebis.
- Jarema, M. (Red.). (2018). *Uzależnienia i substancje psychoaktywne w praktyce lekarza POZ*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jędrzejko, M. (2012). *Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*. PZWL.
- Jędrzejko, M. Z., & Staszczak, Z. (2018). *Narkotyki i dopalacze: Co powinni wiedzieć rodzice?* Bellona.
- Kierkegaard, S. (2000). *Pojęcie lęku* (A. Szwed, Tłum.). Wydawnictwo Antyk.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2006). *Neurobiology of Addiction*. Academic Press.
- Kępiński, A. (1987). *Lęk*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kępiński, A. (1992). *Rytm życia*. Wydawnictwo Literackie.
- Le Doux, J. (2017). *Lęk. Neuronauka na tropie źródeł lęku i strachu*. Copernicus Center Press.
- Maslow, A. (2006). *Motywacja i osobowość*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maté, G. (2023). *Bliskie spotkania z uzależnieniem: W świecie głodnych duchów*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- Modrzyński, R. (2025). *Pokonać uzależnienie. Podręcznik terapeuty*. Difin.



O'Kane, O. (2025). *Uzależnieni od lęku. Jak porzucić nawyk niepokojenia się*. Znak JednymSłowem.

Osiatyński, W. (2007). *Alkoholizm: I grzech, i choroba*. Wydawnictwo Iskry.

Pervin, L. A., & Cervone, D. (2010). *Personality: Theory and research* (11th ed.). John Wiley & Sons.

Pervin, L. A., & John, O. P. (2002). *Osobowość: teoria i badania* (A. Chybicka, Red.). GWP.

Pittman, C. M., & Carle, E. M. (2018). *Zalękniony mózg. Jak dzięki sile neuronauki pokonać zaburzenia lękowe, ataki paniki i zamartwianie się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Quinones, S. (2020). *Dreamland: Opiatowa epidemia w USA* (M. Kositorny, Tłum.). Wydawnictwo Czarne.

Rosiek, B. (1985). *Pamiętnik narkomanki*. Mawit Druk.

Ruch, W. (2005). *Big Five w badaniach osobowości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Rutkowski, R. (2022). *Oswoić narkomana*. Wydawnictwo Muza.

Urban, R. (2010). *Uzależnienia: geneza, terapia, profilaktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Woronowicz, B. T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Wydawnictwo Medyczne Edukacja i Dialog.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

Zajączkowski, K. (2003). *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Zweben, A., Forchimes, A. A., & Miller, W. R. (2014). *Terapia uzależnień: Podręcznik dla profesjonalistów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Rozdziały w książkach:

John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. W L. A. Pervin & O. P. John (red.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., s. 102-138). The Guilford Press.



Roberts, B. W., Wood, D., & Caspi, A. (2007). The development of personality traits in adulthood. W D. K. Mroczek & T. D. Little (red.), *Handbook of personality development* (s. 375-398). Lawrence Erlbaum Associates.

Fehrman, E., Egan, V., Gorban, A. N., Levesley, J., & Mirkes, E. M. (2019). Personality Traits and Drug Consumption: A Story Told by Data. W *Advances in Intelligent Systems and Computing* (Vol. 861, s. 231-241). Springer.

Artykuły naukowe

Fineberg, N. A., Demetrovics, Z., Stein, D. J., Ioannidis, K., Potenza, M. N., Grünblatt, E., & Chamberlain, S. R. (2022). Manifesto for a European research network into problematic usage of the internet. *European Neuropsychopharmacology*, 54, 1–9. (Odczyt: 29.04.2025)

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241. (Odczyt: 29.04.2025)

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8) (Odczyt: 25.04.2025)

Masuyama, A., Kubo, T., Shinkawa, H., & Sugawara, D. (2022). The roles of trait and process resilience in relation of BIS/BAS and depressive symptoms among adolescents. *PeerJ*, 10, e13453. <https://doi.org/10.7717/peerj.13687> (Odczyt: 25.04.2025)

McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61(3), 204–217. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.3.204> (Odczyt: 13.02.2025)

Poznaniak, W. (2021). ICD-11: Nowa klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – przegląd i implikacje kliniczne. *Psychiatria Polska*, 55(3), 473–485. (Odczyt: 05.03.2025)

Saunders, J. B., & Vallance, C. (2017). Understanding alcohol use disorders and their treatment in ICD-11. *Addiction*, 112(10), 1719–1721. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31194891/> (Odczyt: 20.04.2025)



Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480> (Odczyt: 24.04.2025)

Woods, D. W., & Houghton, S. (2005). The Big Five personality model and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 348–368. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.4.362> (Odczyt: 01.04.2025)

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958> (Odczyt: 13.04.2025)

Strony internetowe

American Psychological Association. (b.d.). *Personality*. Pobrane z: <https://dictionary.apa.org/personality> (Odczyt: 01.04.2025)

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Pobrane z: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction> (Odczyt: 15.03.2025)

World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Pobrane z: <https://icd.who.int/en> (Odczyt: 18.04.2025)

World Health Organization. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Pobrane z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39461> (Odczyt: 15.04.2025)

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Pobrane z: <https://icd.who.int/> (Odczyt: 10.04.2025)

Narzędzia psychometryczne

Inwentarz osobowości NEO-FFI, Autorzy testu: P.T. Costa Jr, R.R. McCrae

Kwestionariusz osobowości Eysencka EPQ-R, Autor: Hans J. Eysenck, Sybil B. G. Eysenck

Inwentarz stany i cechu leku STAI, Autorzy testu: C. D. Spielbergera, R. L. Gorsucha, R. E Lushene

Arkusz Samopoznania R. B. Cattella-lęk jawny, ukryty, Autorzy testu: R.B. Cattell



Spis tabel

Tabela 1 Wyniki testów NEO-FFI.....	119
Tabela 2 Wyniki testów EPQ-R.....	122
Tabela 3 Wyniki testów STAI.....	124
Tabela 4 Wyniki testu Cattell- arkusz samopoznania, lęk jawny i ukryty.....	126

