



Złożenie pracy online:
2026-02-23 15:55:38
Kod pracy:
37296/51658/CloudA

Joanna Augustynowicz

(nr albumu: 31099)

Praca magisterska

Wpływ uzależnienia od opioidów na występowanie zachowań agresywnych i antyspołecznych - Studium przypadku

The Impact of Opioid Addiction on the Occurrence of Aggressive and Antisocial Behaviors - A Case Study

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr n. med. Magdalena Sikora

Poniższą pracę dedykuję swoim Pacjentom, szczególnie tym ze szpitalnego Oddziału Detoksykacyjnego dla Narkomanów, z którymi dane mi było pracować w relacji terapeutycznej; śmiać się głośno i płakać w ciszy. To dzięki Wam Wszystkim zrozumiałam, że oprócz wzniosłych myśli, mądrych naukowych metod i „sprawdzonych” sposobów na pomoc w cierpieniu, przede wszystkim jest CZŁOWIEK - poza schematami, definicjami, który codziennie toczy walkę, często sam ze sobą...



Streszczenie

Praca stanowi próbę odpowiedzi na pytanie o przyczyny zachowań agresywnych i antyspołecznych u osób uzależnionych od opioidów. W rozważaniach rozpatrywano kwestie zarówno wpływu samych substancji na występowanie agresji, złości, gniewu u osób uzależnionych, ale także roli czynników osobowościowych, jak i środowiska zewnętrznego, z uwzględnieniem traumatycznych doświadczeń z domu rodzinnego.

Słowa kluczowe

uzależnienie, opioidy, głód narkotykowy, zachowania antyspołeczne, gniew, złość, agresja, przemoc fizyczna, przemoc psychiczna, przestępczość, trauma



Abstract

The case study is an attempt to answer the question about the causes of aggressive and antisocial behaviors in people addicted to opioids. The considerations included both the effects of the substances themselves on the occurrence of aggression, anger, and rage in addicted individuals, as well as the role of personality factors and external environment, taking into account traumatic experiences from the family home.

Keywords

addiction, opioids, drug craving, antisocial behaviors, anger, rage, aggression, physical violence, emotional abuse, criminality, trauma



Spis treści

Wstęp.....	5
Rozdział 1 Uzależnienia od substancji psychoaktywnych – definicje, klasyfikacje i konsekwencje.....	7
1.1 Zjawisko uzależnienia w ujęciu teoretycznym.....	7
1.1.1 Definicja terminu uzależnienie.....	7
1.1.2 Kryteria diagnostyczne uzależnienia.....	8
1.1.3 Rodzaje uzależnień.....	13
1.2 Determinanty uzależnienia od środków psychoaktywnych w teorii.....	15
1.2.1 Podłoże neurobiologiczne mechanizmów uzależnienia.....	15
1.2.2 Psychologiczne mechanizmy uzależnienia.....	21
1.2.3 Społeczne koncepcje etiologii uzależnień.....	26
1.3 Środki psychoaktywne i ich działanie na organizm człowieka.....	33
1.3.1 Podział środków psychoaktywnych.....	33
1.3.2 Podział substancji psychoaktywnych ze względu na pochodzenie.....	33
1.3.3 Klasyfikacja substancji psychoaktywnych według działania na układ nerwowy.....	34
1.3.4 Rodzaje środków psychoaktywnych z uwzględnieniem potencjału uzależniającego.....	35
1.3.5 Status legalności substancji psychoaktywnych.....	37
1.4 Wpływ środków psychoaktywnych na organizm człowieka.....	39
1.4.1 Wpływ środków psychoaktywnych na zdrowie somatyczne.....	39
1.4.2 Oddziaływanie środków psychoaktywnych na sferę psychiczną człowieka.....	41
1.4.3 Zażywanie substancji psychoaktywnych a zmiany w funkcjonowaniu społecznym człowieka.....	45
1.5. Zespół uzależnienia od opioidów.....	48
1.5.1 Charakterystyka opioidów jako środków psychoaktywnych.....	48
1.5.2 Specyfika uzależnienia od opioidów – proces, objawy psychiczne, somatyczne i	



społeczne.....	49
1.5.3 Zespół abstynencyjny w uzależnieniu od opioidów.....	50
1.5.4 Wpływ mechanizmu działania opioidów na układ nerwowy w kontekście zmian w neurotransmiterach.....	52
1.6 Uzależnienie od substancji psychoaktywnych w świetle polskiego kodeksu karnego.....	53
Rozdział 2 Agresja, zachowania antyspołeczne i zaburzenia osobowości - przegląd zagadnień.....	57
2.1 Zaburzenia osobowości – klasyfikacje, charakterystyka wybranych zaburzeń osobowości korelujących z uzależnieniem od opioidów.....	57
2.1.1 Podział zaburzeń osobowości według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM)	57
2.1.2 Antyspołeczne zaburzenia osobowości w definicjach.....	61
2.1.3 Specyfika zaburzenia osobowości z pogranicza – borderline.....	62
2.2 Teorie agresji i przemocy – definicje, uwarunkowania oraz typologie.....	64
2.2.1 Agresja jako zjawisko psychologiczne.....	65
2.2.2 Determinanty i rodzaje przemocy.....	69
Rozdział 3 Zależności między uzależnieniem od opioidów a agresją i zachowaniami antyspołecznymi.....	73
3.1 Związek zaburzeń antyspołecznych z agresją i przemocą.....	73
3.2 Agresja skierowana na siebie i innych w zaburzeniu borderline – ujęcie psychologiczne.....	75
3.3 Wolna wola, autonomia i sprawczość w uzależnieniu.....	76
3.4 Czynniki ryzyka zachowań agresywnych i antyspołecznych u osób uzależnionych od opioidów.....	77
3.5 Wpływ opioidów na występowanie zachowań agresywnych i antyspołecznych u osób uzależnionych – przegląd badań.....	79



3.6 Europejski rynek opioidów – skala zjawiska.....	84
Rozdział 4 Metodologia badań własnych.....	87
4.1 Temat pracy i cele badań - uzasadnienie wyboru tematu.....	87
4.1.1 Temat pracy i uzasadnienie jego wyboru.....	87
4.1.2 Cel i przedmiot badań własnych - określenie głównych i szczegółowych celów badawczych.....	88
4.2 Pytania badawcze.....	89
4.3 Kryteria wyboru przypadku.....	90
4.4 Organizacja i przebieg badań własnych.....	91
4.4.1 Procedury zbierania danych.....	91
4.4.2 Uzasadnienie doboru narzędzi badawczych.....	92
4.4.3 Przebieg badań własnych.....	92
4.4.4 Wiarygodność, rzetelność oraz ograniczenia w badaniach własnych.....	93
4.5 Opis metod badawczych.....	94
4.5.1 Wzór ankiety autorskiej „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”	101
Rozdział 5 Analiza badań własnych.....	104
5.1 Analiza wpływu substancji psychoaktywnych, osobowości, głodu narkotykowego, środowiska zewnętrznego i traumatycznych doświadczeń z domu rodzinnego osób uzależnionych od opioidów na występowanie zachowań antyspołecznych u badanych pacjentów w wieku 30-35 lat.....	104
5.1.1 Studium przypadku uczestniczki N., lat 32.....	104
5.1.2 Studium przypadku uczestnika N., lat 30.....	116
5.1.3 Studium przypadku uczestniczki K., lat 31.....	130
5.1.4 Studium przypadku uczestnika G., lat 35.....	142
5.1.5 Studium przypadku uczestniczki J., lat 30.....	156
5.1.6 Studium przypadku uczestnika D., lat 30.....	168



5.2 Podsumowanie badań własnych.....	181
Rozdział 6 Dyskusja wyników.....	189
6.1 Związek uzależnienia od opioidów z nasileniem zachowań agresywnych i antyspołecznych.....	189
6.1.1 Uzależnienie od opioidów a zachowania agresywne/impulsywne w badaniach.....	189
6.1.2 Dyskusja wyników.....	192
6.2 Profilaktyka i pomoc osobom uzależnionym od opioidów w Polsce.....	195
6.3 Wnioski.....	197
6.4 Rekomendacje.....	198
Zakończenie.....	200
Bibliografia	
Aneksy	



Wstęp

„Każdy umiera. Obojętne, w jaki sposób. Jedni chcą ciągle na nowo umierać - po to, żeby zmartwychwstać. To tak jak z uzależnionymi od narkotyków - krążą między światami niczym w długim śnie. Układają się w chmurach do spoczynku, a budzą się w ciemnym grobie. Wznoszą się z powrotem do chmur i znów wpadają w czeluść”.

Maejaleena Lembcke

Uzależnienie od opioidów od wielu lat stanowi poważny problem zdrowotny i społeczny. Aspekt tego typu uzależnienia jest szczególnie istotny w obliczu konsekwencji, które pojawiają się w związku z nadużywaniem opioidów, szczególnie, że są one składnikami wielu leków przeciwbólowych.

Od pewnego czasu media donoszą o coraz to nowszych przypadkach używania opioidów niezgodnie z ich przeznaczeniem, o śmiertelnych przedawkowaniach tymi środkami, ale też, jak w ostatnim czasie, o zjawisku nazywanym „kryzysem opioidowym”.

Niniejsza praca skupia się głównie na aspekcie relacji uzależnienia od opioidów a występowaniem zachowań agresywnych i antyspołecznych. Badania, które zostały wykonane na potrzeby pracy, koncentrują się na współwystępowaniu uzależnienia od opioidów z trudnościami w zakresie regulacji emocji, kontroli impulsów oraz funkcjonowania społecznego.

Pierwsze trzy rozdziały mają charakter teoretyczny. Podejmują one tematy związane z pojęciami uzależnienia od substancji psychoaktywnych, agresji, zachowań antyspołecznych, zaburzeń osobowości oraz relacji tych kwestii z uzależnieniem od opioidów. Czwarty rozdział koncentruje się na metodologii badań własnych. Piąty rozdział to analiza badań własnych z uwzględnieniem studium przypadku 6 uczestników badań. Szósty – ostatni rozdział to podsumowanie tematu i dyskusja wyników badań.

Celem niniejszej pracy była analiza współwystępowania cech profilu osobowości, agresji i impulsywności oraz wybranych czynników psychospołecznych u osób uzależnionych od opioidów, objętych leczeniem w poradni leczenia uzależnień. W badaniu wykorzystano zarówno standaryzowane narzędzia psychometryczne, jak i ankietę autorską oraz materiał jakościowy, co umożliwiło wieloaspektowe ujęcie badanego zjawiska.

Praca ma charakter eksploracyjny i opisowy. Jej celem nie jest formułowanie wniosków przyczynowo-skutkowych, lecz identyfikacja wzorców współwystępowania oraz



próba lepszego zrozumienia mechanizmów psychologicznych i środowiskowych towarzyszących agresji i zachowaniom antyspołecznym w grupie osób uzależnionych od opioidów. Uzyskane wyniki mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych badań oraz mieć znaczenie praktyczne dla pracy terapeutycznej z tą populacją.



Rozdział 1 Uzależnienia od substancji psychoaktywnych – definicje, klasyfikacje i konsekwencje

1.1 Zjawisko uzależnienia w ujęciu teoretycznym

1.1.1 Definicja terminu uzależnienie

Wraz z przemianami dokonującymi się na świecie przeobrażeniom podlegają także zjawiska społeczne. Są to zmiany w sposobie postrzegania, ale też i rozwiązywania problemów społecznych. Powodem pojawiania się problemów społecznych nie są napięcia i konflikty w społeczeństwie, a samo definiowanie sytuacji jako problemu (Bazuń, 2010). Niewątpliwie jednym z problemów społecznych od wielu lat na całym świecie są uzależnienia. Uzależnienie jest zjawiskiem bardzo złożonym, definiowanym pod różnymi aspektami. Jest to zjawisko, które wraz ze zmieniającymi się warunkami globalizacyjnymi, aspektami kulturowymi, środowiskowymi, ale też rozwojem nauk psychologicznych, medycznych, ewoluuje, przyjmuje różne definicje, a jego charakterystyka podlega modyfikacjom, uszczegółowieniom, czy wręcz nowym wymiarom. Czym więc jest uzależnienie? Od wielu lat istnieje potoczny pogląd, że uzależnić się można od wszystkiego. Niemniej jednak na potrzeby niniejszej pracy będę rozpatrywała termin „uzależnienie” pod kątem tematu związanego z substancjami psychoaktywnymi.

Jedna z pierwszych definicji terminu „uzależnienie” została stworzona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Według WHO „uzależnienie” (*ang. drug dependence*) to stan zarówno psychiczny, jak i fizyczny, w którym to dochodzi do takiej interakcji między organizmem a substancją lub czynnością, że jej skutkiem jest występowanie przymusu: okresowego lub ciągłego, zażywania substancji lub wykonywania określonych czynności celem uzyskania doznań psychicznych bądź uniknięcia nieprzyjemnych objawów spowodowanych jej brakiem (WHO, 1992). W dalszej kolejności WHO podkreśla, że uzależnienie to powtarzające się przyjmowanie substancji psychoaktywnej, które prowadzi jej użytkownika do okresowego lub przewlekłego stanu nietrzeźwości (WHO, 1994). Termin „uzależnienie” w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, 10 rewizji (ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision) został zastąpiony przez określenie „zależność” (*ang. dependence*). Ponadto ICD-10 zjawisko definiuje jako „zespół uzależnienia” (WHO, 1992). Warto zauważyć, że już w kolejnej edycji ICD-11 obowiązującej od 2022 roku pojawiły się istotne dla samego terminu „uzależnienie” modyfikacje. Mianowicie, zawarto dodatkowo wzorce szkodliwego używania substancji i



określono, że mogą się one zdarzać w sposób ciągły lub tylko okresowy (epizodyczny). Epizod w używaniu substancji dodano jako szkodliwy wzorec używania. W ICD-11 ponadto podkreślone zostało pojęcie ryzykownego używania substancji jako czynnika ryzyka, nie zaś jako samego zaburzenia (Modrzyński, 2022).

Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Uzależnień (ASAM - American Society of Addiction Medicine) z kolei definiuje uzależnienie jako chorobę mózgu, charakteryzującą się przebiegiem chronicznym, z obecnością nawrotów oraz kompulsywnego poszukiwania i przyjmowania substancji lub wykonywania określonych czynności, pomimo istnienia szkodliwych konsekwencji. ASAM precyzując termin uzależnienie, podaje, że jest to choroba o podłożu zarówno biologicznym, psychologicznym, jak i społecznym oraz duchowym, a także dotyczącym aspektów powiązanych ze sobą obwodów, w tym nagradzania, motywacji, pamięci (ASAM, 2011).

Zgodnie ze stanowiskiem Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA – American Psychological Association) w 5 Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition) termin „uzależnienie” został zastąpiony pojęciem „zaburzenie używania substancji” (*ang. substance use disorder*) (APA, 2013).

Na koniec rozważań terminologicznych pojęcia uzależnienie warto przytoczyć ujęcie psychologiczne tego zjawiska. Uzależnienie to zaburzenie kontrolowania impulsów przez człowieka, który doświadcza tak silnej konieczności wykonywania określonej czynności (przyjmowania substancji czy wykonywania czynności), że nawet świadomość negatywnych skutków nie powstrzymuje go od zaniechania tego działania (Charak, 2013).

1.1.2 Kryteria diagnostyczne uzależnienia

Niezależnie od definicji uzależnienie jest całościowym zaburzeniem, na które wpływają zarówno względy biologiczne, psychologiczne, jak i społeczne. W związku z powyższym zjawisko należy rozumieć wielostronnie, zarówno w aspekcie funkcjonowania mózgu, jak i mechanizmów zachowań, ale także samego oddziaływania otoczenia na człowieka. Kluczową kwestią jest więc zauważenie objawów uzależnienia, a następnie jego zdiagnozowanie. Samo postrzeganie uzależnienia jako objawów ewoluuje wraz z rozwojem nauki, np. medycyny, psychologii.

10 Edycja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) ujmowała zespół uzależnienia jako obecność w ciągu ostatnich 12 miesięcy przynajmniej 3 z 6 objawów:

1. Przymus zażywania substancji lub silna potrzeba jej przyjmowania (głód).



2. Problemy z kontrolą zachowania w związku z sięganiem po substancję, decydowaniem o ilości jej zażywania czy niespożywaniem jej.
3. Występowanie objawów abstynencyjnych w przypadku ograniczenia zażywania substancji czy jej odstawienia.
4. Zależność fizyczna (tolerancja).
5. Postępujące zaniedbywanie dotychczasowych przyjemności czy zainteresowań na rzecz zażywania substancji.
6. Zażywanie substancji mimo świadomości szkód w na zdrowiu fizycznych, psychicznych i społecznym (WHO, 1992).

Kolejna, aktualna edycja ICD, tj. Rewizja 11, jak już wspomniano, uszczegółowiła samo nazewnictwo zjawiska, ale też uprościła kryteria diagnostyczne uzależnienia od substancji. Uzależnienie ujęte zostało w ramach spektrum zaburzenia używania substancji, które obejmuje 4 etapy. W początkowej fazie tego zjawiska, bez względu na rodzaj substancji, występuje używanie substancji w sposób ryzykowny, następnie pojawia się epizod używania szkodliwego. W kolejnym etapie jest to już szkodliwy wzorzec używania substancji, a w fazie kulminacyjnej pojawia się samo uzależnienie. Zdiagnozowanie uzależnienia od substancji wymaga już nie 3 z 6 objawów jak w ICD-10 objawów, a 2 z 3 objawów, które powtarzają się wielokrotnie. Podtrzymany został przedział czasowy występowania objawów z ICD-10, tj. ostatnie 12 miesięcy, z taką różnicą, że diagnoza może być postawiona także w momencie używania substancji w sposób ciągły, np. codziennie lub prawie codziennie w okresie przynajmniej 3 miesięcy. Według ICD-11 diagnoza opiera się o występowanie następujących objawów:

1. Utrata kontroli nad używaniem substancji. Klinicznie ten aspekt związany jest z epizodem używania substancji i często odnosi się także do silnej potrzeby spożywania substancji, czyli tak zwanego „głodu”. Należy jednak określić czy trudność w kontrolowaniu spożywania dotyczy istotnych wymiarów: początku zażywania substancji, ilości i intensywność i czasu jej spożywania, a także możliwości jej odstawienia.
2. Stawianie priorytetu w używaniu substancji nad innymi czynnościami życiowymi i dotychczasowymi zainteresowaniami, przyzwyczajeniami. W tym aspekcie ważne jest, jak zmieniają się priorytety osobiste zażywającego substancję i czy to używanie zdobywa pierwszeństwo nad innymi czynnościami. Ponadto diagnozuje się sytuację, w której osoba zażywa substancję pomimo oczywistych szkód zdrowotnych, społecznych czy psychologicznych, które wyrządzane są przez środek psychoaktywny.



3. Obecność objawów fizjologicznych, które powodują tak zwaną neuroadaptację, czyli tolerancję na substancję i pojawienie się charakterystycznych symptomów w przypadku jej odstawienia. Sama ich obecność nie wystarcza do postawienia diagnozy uzależnienia, ale może przesądzać o diagnozie w przypadku wystąpienia innego objawu. Symptomy odstawiennicze zależą od cechy farmakologicznej substancji (Modrzyński, 2022).

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w klasyfikacji DSM-5 zaburzenie używania substancji przedstawia jako rozpoznanie na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy co najmniej 2 objawy z 11 charakterystycznych, które zdefiniowano jako:

1. Upośledzenie kontroli nad czasem i ilością w zażywaniu substancji, które powoduje przyjmowanie substancji w ilościach większych i w okresie dłuższym niż to pierwotnie zamierzono.
2. Trudności w ograniczeniu lub zaprzestaniu używania substancji.
3. Poświęcanie dużej ilości czasu na czynności związane z substancją (zdobywanie, używanie i trzeźwienie).
4. „Głód substancji” objawiający się silnym pragnieniem przyjęcia substancji.
5. Zaniedbywanie obowiązków zawodowych i osobistych z powodu zażywania substancji.
6. Używanie substancji pomimo szkód wywołanych pod jej wpływem w relacjach interpersonalnych
7. Ograniczenie lub rezygnacja z dotychczasowych zainteresowań, aktywności społecznych i zawodowych z powodu używania substancji.
8. Zażywanie substancji nawet w sytuacjach niebezpieczeństwa osobistego.
9. Kontynuowanie używania substancji mimo obecności oczywistych szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego.
10. Tolerancja wyrażająca się w zmianie poziomu wrażliwości organizmu na przyjmowaną substancję.
11. Wystąpienie charakterystycznych symptomów po odstawieniu lub ograniczeniu substancji.

DSM-5 wskazuje także na poziom nasilenia zaburzenia w związku ze zwiększającą się ilością występujących objawów. Pojawienie się od 2 do 3 symptomów postrzegane jest jako lekkie objawy, od 4 do 5 jako umiarkowane, zaś 6 lub więcej jako ciężkie (APA, 2013).

Tabela 1 Porównanie kryteriów diagnostycznych uzależnienia według ICD-11 i DSM-5



Aspekt	ICD-11	DSM-5
Nazwa zaburzenia	<i>Disorders due to substance use</i> - „Zaburzenie uzależnienia od substancji”	<i>Substance Use Disorder</i> (SUD) – „Zaburzenie używania substancji”
Podejście ogólne	Jednolite zaburzenie uzależnienia z trzema głównymi cechami	Spektrum nasilenia – od łagodnego do ciężkiego w zależności od liczby objawów
	Co najmniej 2 z 3 objawów: 1. Silne pragnienie lub przymus zażywania substancji. 2. Upośledzenie kontroli nad używaniem. 3. Używanie substancji mimo szkodliwych konsekwencji.	2 lub więcej z 11 objawów w ciągu 12 miesięcy: 1. Używanie w większych ilościach lub dłużej niż planowano. 2. Nieudane próby ograniczenia. 3. Duża ilość czasu poświęconego na zdobycie/zażycie/odzyskanie 4. Głód (craving). 5. Używanie mimo problemów. 6. Porzucanie obowiązków. 7. Kontynuacja używania mimo szkód społecznych. 8. Utrata zainteresowań. 9. Używanie w niebezpiecznych sytuacjach. 10. Tolerancja. 11. Objawy odstawienia.
Uwzględnienie tolerancji i odstawienia	Mogą, ale nie muszą występować do rozpoznania.	Są dodatkowymi objawami – zwiększają nasilenie zaburzenia.
Kategoria „szkodliwego używania”	Odrębna diagnoza: <i>Harmful pattern of use</i> (szkodliwe używanie bez uzależnienia).	Brak oddzielnej kategorii – wszystko mieści się w spektrum <i>Substance Use Disorder</i> (SUD)
Stopień nasilenia	Opis jakościowym, brak stopni nasilenia	Trzy poziomy: • Łagodne (2–3 objawy) • Umiarkowane (4–5) • Ciężkie (6+).
Okres diagnostyczny.	Objawy utrzymują się przez co najmniej 12 miesięcy lub krócej przy większym nasileniu	Objawy w ciągu 12 miesięcy.
Charakterystyka główna	Koncentracja na utracie kontroli i kontynuowaniu mimo szkód.	Podejście behawioralno-objawowe – szerokie spektrum konsekwencji i wzorców używania.

Źródło: opracowanie własne

Kryteria Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Edycji 11 (ICD-10) kładą nacisk na 3 główne aspekty uzależnienia, tj. kontrolę, pragnienie i konsekwencje. Amerykańskie. Towarzystwo



Psychiatryczne w klasyfikacji DSM-5 natomiast podaje model szerszy, o wymiarze ilościowym, obejmujący również takie elementy uzależnienia jak tolerancja, objawy odstawienne oraz kryteria behawioralne.

Na koniec rozważań diagnostycznych zjawiska uzależnienia warto przytoczyć ciekawe stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Uzależnień (ASAM), które w opublikowanej w 2023 roku IV edycji zaprezentowało system oceny pacjentów w ujęciu 6 wymiarów używanych do ustalania leczenia i poziomu opieki nad pacjentami z problemem uzależnienia. Pierwszy poziom (*ang. intoxication, withdrawal and addiction medications*) to ocena ryzyka pod kątem zatrucia substancją, symptomów odstawienia i zapotrzebowania na leczenie farmakologiczne, np. podanie leków przeciwdziałających objawom odstawiennym, opioidowym. Drugi poziom (*ang. biomedical conditions*) określa stan fizyczny pacjenta pod względem chorób somatycznych, problemów ze snem, wymagań biomedycznych w leczeniu, w tym specyfiki okresu ciąży w przypadku kobiet. Trzeci poziom (*ang. psychiatric and cognitive conditions*) odnosi się do zidentyfikowania współistniejących zaburzeń funkcji poznawczych, problemów i urazów psychicznych, a także związanego z nimi zapotrzebowania terapeutycznego pacjenta. Kolejny czwarty poziom wymiarów ASAM (*ang. substance use related risks*) to ocena ryzyka związanego z używaniem substancji. W ramach tych działań analizuje się występowanie zachowań pacjenta, które zagrażają jego życiu, w tym możliwość przedawkowania substancji, działania ryzykowne, obecność czynników prowokujących do danego zachowania i umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych, trudnych przy wykorzystaniu metod alternatywnych do tych destrukcyjnych. Przedostatni piąty wymiar (*ang. recovery environment interactions*) koncentruje się wokół zasobów pacjenta w ujęciu jego warunków funkcjonowania. Na tym etapie ocenie podlegają zarówno status bytowy, dostęp do instrumentów wsparcia społecznego, w tym pomocy prawnej, jak i dostęp do instytucji pomocowych. Szósty końcowy wymiar to (*ang. person centered considerations*) wprowadzono w tej właśnie IV edycji. Jest to ocena osobistych preferencji i motywacji pacjenta, ale także barier, między innymi kulturowych, religijnych, logistycznych, jak również uwarunkowań społecznych zdrowia. Te czynniki mają kluczową rolę w podejmowaniu przez pacjenta określonych decyzji w aspekcie swojego zdrowia i tym samym zachowań ryzykownych (ASAM, 2023).

Podsumowując rozważania dotyczące terminologii i kryteriów diagnostycznych zjawiska „uzależnienia” przedstawiona zostaje poniższa tabela porównawcza stanowisk najważniejszych środowisk naukowych zajmujących się tym problemem społecznym.



Tabela 2 Porównanie kryteriów diagnostycznych ICD-11, DSM-5 i ASAM 4

	Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) według ICD-11	Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) według DSM-5	Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Uzależnień (ASAM) według 4 edycji
nazewnictwo/termin używany	zaburzenie uzależniające	zaburzenie używania substancji	uzależnienie/choroba mózgu
model	opisowo-kliniczny	diagnostyczny, ilościowy (11 kryteriów)	ocena funkcjonalna (6 wymiarów)
skala nasilenia	obecność zaburzenia, brak stopniowania	łagodne (lekkie), umiarkowane, ciężkie	brak skali, poziomy opieki 0.5–4.0
obszary oceny	zachowania i utrata kontroli	objawy i skutki używania	zdrowie, środowisko, motywacja, ryzyko
ujęcie problemu	obecność przymusu, tolerancji, objawy odstawienne	spektrum objawów	podłoże psychiczne i biologiczne

Źródło: opracowanie własne

1.1.3 Rodzaje uzależnień

Możliwości diagnozowania określonych uzależnień stale wzrastają, a rozwój nauki oraz pojawianie się coraz większej ilości różnorodnych substancji psychoaktywnych, jak również obserwacje problematycznych zachowań ludzi o charakterze kompulsywnym, wymusza dostosowanie istniejących klasyfikacji do zmieniającej się sytuacji w tym obszarze. Biorąc pod uwagę sfery, na jakie oddziałują nałogowe zachowania człowieka, wyodrębnia się trzy rodzaje uzależnień: fizjologiczne, psychiczne i społeczne.

Pierwszy rodzaj stanowią uzależnienia fizjologiczne, inaczej określane jako fizyczne i wiążą się z występowaniem charakterystycznych dolegliwości fizycznych związanych z silnym przymusem przyjęcia substancji czy wykonywania określonych czynności. W tej kategorii można umieścić różnego rodzaju dolegliwości bólowe, zaburzenia somatyczne i psychiczne. W tym obszarze występują także charakterystyczne objawy nazwane zespołem odstawiennym powstającym po ograniczeniu używania/wykonywania lub zaprzestania przyjmowania/wykonywania środka psychoaktywnego/czynności. Uzależnienie fizyczne powodują zarówno leki z grupy psychotropowych (benzodiazepiny), z grupy nasennych



(barbiturany), jak i substancje opioidowe, alkohol etylowy, nikotyna oraz niektóre steroidey. Nałóg powodują w tym przypadku konkretne substancje lub ich grupy (Juczyński, 2008).

Uzależnieniami psychicznymi jest zarówno nałogowe przyjmowanie danej substancji, jak i kompulsywne wykonywanie określonej czynności (uzależnienie behawioralne). W ramach tych uzależnień wyróżnia się między innymi następujące: obsesyjną potrzebę nadmiernego angażowania się w obowiązki zawodowe kosztem innych czynności osobistych (pracoholizm), uzależnienie od wykonywania czynności seksualnych (seksoholizm), uzależnienie od pornografii i niekontrolowana masturbacja, dysmorfia mięśniowa (bigoreksja) prowadząca do nadmiernego wykonywania ćwiczeń fizycznych z powodu subiektywnego odczucia błędnego obrazu własnego ciała, nadmierne korzystanie z Internetu i innych technologii cyfrowych (np. siecioholizm, fonoholizm), przymus robienia zakupów, często niepotrzebnych, w celu redukcji napięcia emocjonalnego (zakupoholizm), kompulsywne jedzenie (Sęk, 2003).

Nadmierne przywiązanie do danej grupy społecznej natomiast w kontekście rodzajów uzależnień definiowane jest jako uzależnienie społeczne (socjologiczne). Charakterystyczne jest zachowanie osoby uzależnionej społecznie związane z silnym identyfikowaniem się z członkami grupy, naśladowaniem ich zachowań, bezwarunkowym podporządkowaniem się określonym zasadom, panującym w tej społeczności, mimo wewnętrznego sprzeciwu, zarówno na tle moralnym, jak i prawnym. W toku rozwijania tej kompulsywnej przynależności do grupy jednostka nie jest w stanie się od niej odizolować, zrezygnować czy ograniczyć swoje funkcjonowanie. W tym przypadku często obecne są niebezpieczne zjawiska kryminalizacji i marginalizacji, którym podlega osoba uzależniona (Husak i Martyniuk, 2014).

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania umieściła w rozdziale piątym i oznaczyła literą „F”. Oznaczenie zawiera kodowanie alfanumeryczne o trzech znakach. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych umieszczono w rozdziale drugim i kodowane są oznaczeniami od F10 do F19 w zależności od rodzaju środka psychoaktywnego czy grupy tych środków lub innych substancji o działaniu psychoaktywnym. W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia związane z używaniem innych substancji (np. niesteroidowych leków przeciwbólowych) umiejscowiono w innych działach tego rozdziału. Pod oznaczeniem F63 znajdują się „zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)” i tu umiejscowiono między innymi „patologiczny hazard” (F63.0), „inne zaburzenia nawyków i popędów” (F.63.8) czy pod numerem F.63.9 „inne zaburzenia



nawyków i popędów, nieokreślone”. W kolejnej edycji Klasyfikacji tj. ICD-11 (jeszcze nieobowiązującej w Polsce) pojawiły się zmiany w kodowaniu, rozszerzenie katalogu grup diagnostycznych. Bardzo istotną zmianą, która pojawia się w ICD-11 jest zakwalifikowanie do wspólnej jednostki diagnostycznej zarówno uzależnień od substancji psychoaktywnych, jak i uzależnień czynnościowych (behawioralnych) - „zaburzenia spowodowane używaniem substancji lub zachowaniami nałogowymi” (Wojnar i Krysta, 2023).

Kategorią nadrzędną dla tych zaburzeń jest katalog „zaburzeń psychicznych, behawioralnych lub neurorozwojowych”. W opisie zaś „zaburzeń spowodowanych używaniem substancji i zachowaniami nałogowymi” wytłumaczono, że są to zarówno zaburzenia psychiczne, jak i zachowania, pojawiające się z powodu używania środków o działaniu w głównej mierze psychoaktywnym (również leków), ale także konkretnych zachowań o charakterze powtarzającym się, wzmacniających i mających związek z układem nagrody (Ministerstwo Zdrowia, 2023).

Podsumowując rozważania dotyczące rodzajów uzależnień, można je podzielić na te, których przyczyną nałogu jest substancja, w tym psychoaktywna i te, w których problematyczny staje się przymus wykonywania określonych czynności.

1.2 Determinanty uzależnienia od środków psychoaktywnych w teorii

Zrozumienie powodów powstawania uzależnień jest kluczowym elementem profilaktyki, leczenia i postrzegania zmieniającej się rzeczywistości społecznej, biologicznej czy psychologicznej problemów ludzkości. Temat uzależnień jest obecny w rozważaniach naukowych od wielu lat, zmieniają się jedynie perspektywy i rodzaje środków psychoaktywnych, nasilają się problemowe zachowania o charakterze nałogowym. Niestety pomimo wielu koncepcji etiologicznych, teorii mechanizmów uzależniających, nie istnieje jak dotychczas jedno ich uniwersalne wyjaśnienie. W literaturze tematu przyczyn powstawania uzależnień najczęściej upatruje się istnienia płaszczyzn neurobiologicznych, psychologicznych i społecznych (Kmieciak-Jusięga, 2016).

1.2.1 Podłoże neurobiologiczne mechanizmów uzależnienia

Ujęcie neurobiologiczne etiologii uzależnień wiąże się z biochemią struktury mózgu człowieka. Mózg człowieka jest złożoną strukturą, pełniącą najważniejsze funkcje w organizmie i ma wpływ na wszystkie organy, ale też procesy psychologiczne. Mózg składa się z neuronów (komórek nerwowych) i komórek glejowych. Komunikacja między neuronami następuje w obszarze synaptycznym z pomocą uwalniających się substancji chemicznych –



neuroprzekaźników. Głównymi przekaźnikami, na które działają środki uzależniające, są: dopamina, serotonina, acetylocholina, GABA (kwas gammaaminomasłowy), kwas glutaminowy i endorfiny (Wojnar i in., 2012).

Środki psychoaktywne o charakterze uzależniającym odrywają istotną rolę w transmisji neuronalnej, Uważa się, że na rozwój uzależnienia wpływa aktywność tak zwanych szlaków dopaminergicznych i związanych z nimi dwóch układów: mezolimbicznego i mezokortykalnego. Układ mezolimbiczny zawiera ciała neuronów dopaminergicznych. Układ mezokortykalny łączy nakrywkę brzusznią (*ventral tegmental area – VTA*) i korę czołową (*frontal cortex*) z korą przedczołową (*prefrontal cortex*). Układ mezolimbiczny i mezokortykalny należą do tak zwanego „układu nagrody”. Struktury wchodzące w skład układu nagrody dzielą się na dwie grupy. Pierwsza odpowiadająca za procesy wzmocnieniowe i motywacyjne (układ mezolimbiczny, jądro migdałowe wraz ze swoimi rozszerzonymi strukturami). W odniesieniu do zjawiska uzależnienia pełnią one rolę w fazie odstawiennej. Druga struktura układu nagrody wiąże się z powstawaniem zachowań kompulsywnych (kora czołowa, kora zakrętu obręczy) (Zwierzyńska i Pietrzak, 2014).

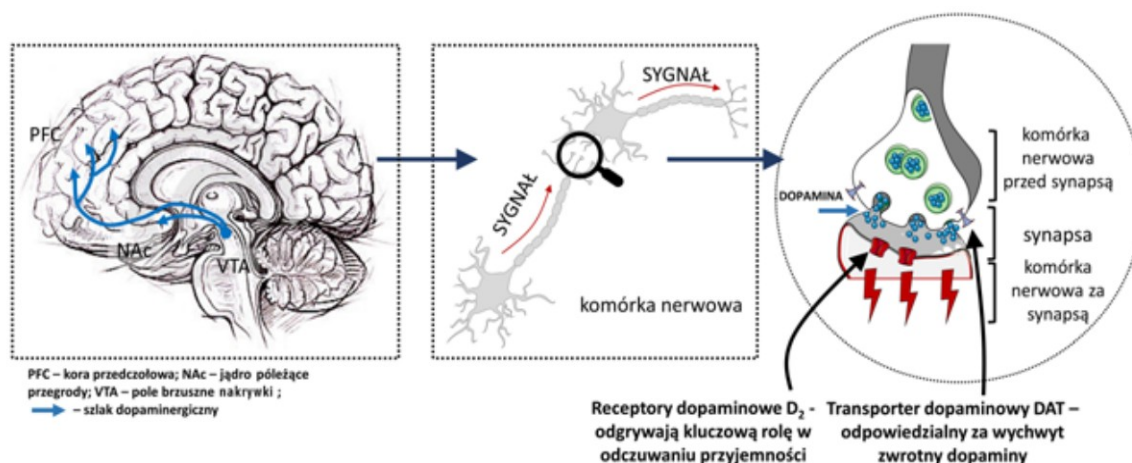
Postrzeganie uzależnienia jako „choroby mózgu” mogą tłumaczyć wyniki badań neurobiologicznych, ale też jednocześnie ograniczona skuteczność leczenia nałogów, mimo postępów w nauce, rozwoju wielu metod terapii zarówno farmakologicznych, jak i psychoterapeutycznych, bardziej lub mniej skutecznych, niekiedy wręcz kontrowersyjnych. Naukowcy są jednak w większości zgodni, że skuteczność terapii uzależnień można odnieść jedynie w połączeniu tych dwóch rodzajów leczenia, tj. farmakologii i psychoterapii. Obecny stan wiedzy neurobiologicznej koncentruje się na analizie procesów zaangażowania w rozwój uzależniania i jego podtrzymaniu. Problemy badawcze natomiast skupiają się wokół aspektów anatomii czynności ośrodkowego układu nerwowego, komórkowych i molekularnych oraz wrodzonych predyspozycji neurobiologicznych i ich zależności ze składowymi środowiskowymi (mechanizmy genetyczne i epigenetyczne). W pierwszej kolejności należy podkreślić, że rozwój i podtrzymanie uzależnienia jest kwestią osobniczą danej jednostki. Nie każdy bowiem, kto ma kontakt z daną substancją psychoaktywną, uzależni się od niej. Kluczową kwestią w tym przypadku jest zjawisko podatności na uzależnienie (*vulnerability*), czyli takiego zestawu cech organizmu, które w połączeniu z czynnikami zewnętrznymi z określonym prawdopodobieństwem doprowadzą do rozwoju nałogu (Wojnar i in., 2012).

Idąc dalej tym tokiem myślenia zwolennicy tego podejścia naukowego, wskazują, że podatność na uzależnienie zależy od siły ładunku genetycznego znajdującego się w



ośrodkowym układzie nerwowym. Informacje ze środowiska zewnętrznego trafiają do mózgu, który je przetwarza. Procesy metaboliczne mają swoistą sprawność i poziom impulsywności, które to zależą od uwarunkowań genetycznych. Środki psychoaktywne mają charakter wzmacniający (nagradzający) i ich przyjmowanie powoduje zwiększenie prawdopodobieństwa powtórzenia ich zażycia. Ta sytuacja dotyczy działania „układu nagrody” znajdującego się w strukturze mózgowia, który związany jest z działaniem neuronów dopaminowych. Dopamina jest neuroprzekaźnikiem. W strukturze mezolimbicznego układu dopaminergicznego pojawia się uczucie przyjemności o charakterze krótkotrwałym (wzmocnienie pozytywne). Neurony te swój początek mają w polu brzusznej nakrywki śródmózgowia (*ventral tegmental area, VTA*), ich wypustki kierują się dalej do jądra półleżącego (*nucleus accumbens*), które znajduje się w części brzusznej prążkowie (*striatum*), ciała migdałowatego (*amygdala*) i kory mózgowej (Wojnar i in., 2012).

Ryc. 1 Układ nagrody



Źródło: Frankowska, M. (2025). *Substancje psychoaktywne i mózg: Co powinniśmy wiedzieć o uzależnieniach*. Wszechświat, 126(1-3).

Sygnal przesyłany jest w ramach układu dopaminergicznego, skutkiem czego wydzielona się dopamina do przestrzeni synaptycznej. Neuroprzekaźnik łączy się z receptorami dopaminowymi, z sąsiednią komórką nerwową i następuje jej pobudzenie. Transporter dopaminowy (*dependent dopamine transporter DAT*) powoduje wychwyt zwrotny dopaminy. W konsekwencji następuje regulacja poziomu dopaminy w synapsie oraz zwiększenie intensywności i czasu trwania sygnału nerwowego.

Teoria sensytyzacji zachęt (*incentive sensitization*) natomiast tłumaczy rozwój uzależnienia rolą dopaminy, ale w sensie nadawania znaczenia zewnętrznym bodźcom i tym

samym zapowiedzi nadejścia samej nagrody oraz wpływie na procesy motywacyjne do jej zdobycia. Rola dopaminy w tym ujęciu to doprowadzanie do powstania zjawiska silnego pragnienia i głodu substancji (*craving*) (Wojnar i in., 2012).

Warto także wspomnieć o mechanizmach neuroplastyczności, neuroadaptacji oraz allostazie w procesie powstawania uzależnień od substancji. Teoria neuroadaptacji zakłada, że już podczas pierwszego razu przyjęcia substancji psychoaktywnej, nawet jeśli zażycie jej jest krótkotrwałe, pojawia się zwiększona aktywacja mezo-kortykolimbicznego układu dopaminergicznego w mózgu. Aktywność ta po krótkiej chwili wraca do swoich stałych, równomiernych parametrów w organizmie. Mimo to, regularne powtarzanie zażywania substancji czy jej używanie w sposób przewlekły powoduje zmianę aktywności mózgu poprzez stopniowe zmniejszanie siły jej działania. Tym samym powstaje proces neuroadaptacji (Wojnar i in., 2012). Z kolei zjawisko allostazy powstaje w wyniku czynności mózgu, który po każdym użyciu substancji psychoaktywnej dąży do uregulowania procesów i powrotu do stanu pierwotnego sprzed użycia środka (*homeostaza*). W ten sposób niejako dochodzi do przesunięcia proporcji, zaburzenia równowagi i zależności utrzymania stabilizacji tylko dzięki obecności środka psychoaktywnej w organizmie, a jej odstawienie prowadzi do objawów chorobowych. W tym przypadku powstaje mechanizm wzmocnienia negatywnego, które polega na tym, że kolejne przyjmowanie substancji łagodzi negatywne symptomy jej braku. Allostaza to w zasadzie odchylenie od stanu pierwotnego do stanu patologicznego. Cykl zaburzonych aktywności w procesie uzależnienia obejmuje fazę przewidywania skutków (antycypacyjna), zatrucia (intoksykacja) i fazę przykrych odczuć emocjonalnych. Początkowo występujące zachowania o charakterze impulsywnym przeradzają się w końcowej fazie w te kompulsywne (przymus), występuje więc wzmocnienie negatywne zamiast pozytywnego (Zwierzyńska i Pietrzak, 2014).

Ważną rolę w tworzeniu się uzależnień odgrywa także proces neuroplastyczności mózgu. Według tej teorii mózg człowieka zdolny jest do takiej modyfikacji, w której powstają nowe ślady pamięciowe, następnie zapamiętywane przez mózg. W ten sposób następuje wzmocnienie lub osłabienie niektórych szlaków nerwowych i połączeń w synapsach, a mózg zapamiętuje te zmiany (Wojnar i Brower, 2012).

Procesy pamięciowe i uczenia się w uzależnieniu są bardzo istotne, ponieważ powodują naukę zidentyfikowania, chęci zaspokojenia głodu, możliwości poszukiwania substancji psychoaktywnej, ale także przeświadczenie o uzyskaniu przyjemności z jej zażycia. W ten sposób powstaje proces uczenia asocjacyjnego, w którym skojarzenie środka psychoaktywnego z bodźcami zewnętrznymi sugerującymi możliwość uzyskania substancji



lub jej niedostępności wywołują powstanie chęci jej uzyskania. Samo jej zdobycie natomiast generuje powstanie uczucia przyjemności. Strukturą mózgu, która odpowiada za pamięć, zarówno deklaratywną, „przechowywanie zdarzeń” jest hipokamp. Hipokamp odpowiedzialny jest za pośrednictwo w przepływie danych neuronalnych w układach monitorujących czynności związane z popędami i emocjami. Czynność hipokampu zawiera się w odbiorze informacji przez projekcje cholinergiczne, projekcje dopaminergiczne, serotoniczne i noradrenaliczne, a jego pobudzenie hipokampa zwiększa siłę transmisji glutaminianergicznej. To w konsekwencji powoduje zwiększenie ilości wydzielanej dopaminy uwalnianie dopaminy w jądrze półleżącym przegrody (*nucleus accumbens* – *NAc*). Procesy te mają istotne znaczenie w zjawisku nawrotów w uzależnieniu (Zwierzyńska i Pietrzak, 2014).

Endokannabinoidy odpowiedzialne za utrzymanie organizmu w równowadze pełnią funkcję modulacyjną w hipokampie. Powodują hamowanie synaptyczne (*long-term depression* – *LTD*) oraz długotrwałe wzmocnienie synaptycznym i są mocno związane z procesami pamięciowymi, a tym samym z uzależnieniem. Ich działanie ma za zadanie wzmacniać motywację, powodować występowanie odczucia głodu, pobudzać apetyt i uruchamiać proces pobierania pokarmów. W odniesieniu do substancji psychoaktywnych, które łącząc się z neuronami GABA, dopaminergicznymi i glutaminergicznymi, powodują motywację do poszukiwania substancji, i to niezależnie od uwalniania się samej dopaminy. Ponadto wpływają na kontrolę ilości spożywania tej substancji. Zjawisko głodu i nawrotów w uzależnieniu bardzo silnie związane jest z procesami pamięciowymi i zapamiętywaniem efektów nagradzających. W hipokampie znajduje się duże zagęszczenie receptorów receptory kannabinoidowe typu 1 (CB1), pomagających w hamowaniu uwalniania się neuroprzekaźników u uczestniczących w procesach krótko i długotrwałej pamięci, która bazuje na plastyczności mózgu. Badania naukowe wskazują także, że 28-aminokwasowy hormon, które występuje głównie w żołądku „grelina”, może być odpowiedzialny za zwiększanie plastyczności synaptycznej w hipokampie, powodując między innymi powstawanie i utrwalanie śladów pamięciowych oraz na motywację i zachowania nagradzające (Zwierzyńska i Pietrzak, 2014).

Od wielu lat w środowisku naukowym dyskutuje się o wpływie czynników genetycznych na zwiększanie się ryzyka wystąpienia uzależnienia u danej jednostki osobniczej. W 2011 roku w artykule pt. „Meta-analysis and genome-wide interpretation of genetic susceptibility to drug addiction” (Metaanaliza i interpretacja całego genomu genetycznej podatności na uzależnienie od narkotyków) opublikowane zostały badania przeprowadzone przez międzynarodowy zespół badaczy kierowany przez Guang-Ren Uhl



(G.R. Uhl) – neurobiologa i genetyka z National Institute on Drug Abuse (NIDA) USA w latach 2000-2010. Wyniki z badań wskazywały, że możliwe jest zidentyfikowanie ponad 800 haplotypów (grupa genów odziedziczonych po jednym z rodziców), które odgrywają istotną rolę w podatności na uzależnienie. W grupie tych genów oznaczono obecność zarówno elementów kodujących, jak i regulujących, co wskazywało, że podatność nie dotyczy tylko zmian w sekwencjach białkowych. Znacząca rola związana z wystąpieniem ryzyka uzależnienia pojawia się w częściach regulacyjnych genów, więc podatność ta może być związana głównie ze zmianami w dostępności transkrypcji. Odmienne zestawy genów w interakcjach białek wykazywały niezależnie od źródła danych istnienie wspólnych mechanizmów biologicznych i potwierdzały upodabnianie się cech (konwergencję funkcjonalną) różnych rodzajów genetycznych. W podsumowaniu zaznaczono, że powodem wystąpienie uzależnienia są interakcje wielu sieci genów oraz procesów molekularnych o charakterze wieloetapowym. Neurotransmisja dopaminergiczna, układ glutaminowy, neuroplastyczność, ale też ważny czynnik – procesy odpowiedzi organizmu na sytuacje stresujące, stanowią wspólne szlaki biologiczne (Li i in., 2011).

Opisując ogólnie neurobiologię mechanizmów uzależnienia, należy zaznaczyć, że poszczególne substancje uzależniające mogą mieć specyficzne działanie na mózg człowieka. Z uwagi na temat mojej pracy magisterskiej odnoszący się do kwestii związanych z konkretnym rodzajem środków psychoaktywnych - opioidów oraz ograniczenia objętościowe, przedstawię działanie tych właśnie substancji na mózg człowieka.

W mózgu znajdują się naturalne specyficzne receptory opioidowe. Są one zlokalizowane w jądrze półleżącym oraz w brzuszynym polu nakrywki. Obszary te wykazują właściwości o charakterze nagradzającym opioidów. Receptory mi-opioidowe wzmacniają działanie substancji opioidowych. Endorfiny jako naturalne neuroprzekaźniki łączą się z receptorami opioidowymi. Substancje opioidowe mogą nasilać wyrzut dopaminy. Brak obecności substancji opioidowych w uzależnieniu od tych środków aktywuje część współczulną autonomicznego układu nerwowego, w szczególności układu noradrenergicznego, powiązanego ze strukturą miejsca sinawego (*locus coeruleus*) pnia mózgu. Działanie opioidów w obszarze mózgowym powoduje podrażnienie jądra półleżącego, ciała migdałowatego oraz ośrodków korowych. Powstaje także nadaktywność różnych okolic mózgu i niektórych neuroprzekaźników (Li i in., 2011).

1.2.2 Psychologiczne mechanizmy uzależnienia



Na wstępie do psychologicznych koncepcji etiologii uzależnień warto przytoczyć „teorię neurologicznego relatywizmu” amerykańskiego filozofa pisarza, psychologa, profesora Harvardu-Timothy Leary'ego (1920-1996). Teoria jest twierdzeniem granicznym między koncepcjami neurologicznymi a psychologicznymi. Teorię tę przytaczam, mimo że autor był kontrowersyjną postacią, skazanym za posiadanie narkotyków, osadzonym w więzieniu, wydalonym z Uczelni. Timothy Leary jako jeden z ikon ruchu hippisowego w latach 60-tych był zwolennikiem badań substancji psychodelicznych, w tym stosowania LSD. Leary w badaniach wykorzystywał psylocybinę, podając ją w kontrolowanym otoczeniu, a jego zainteresowania koncertowały się nad zachowaniami ludzi po spożyciu tego środka psychoaktywnego i pozytywnymi oraz negatywnymi skutkami (Jankowski, 2003). Kontrowersyjne badania Leary'ego przez wiele lat były ostro negowane, do chwili obecnej również nie brakuje przeciwników wykorzystania psychodelików w leczeniu zaburzeń psychicznych. Teorię tę jednak przytaczam z uwagi na zwiększające się w ostatnich latach zainteresowanie tematem psychodelików w odniesieniu do badań klinicznych. Teoria neurologicznego relatywizmu zakłada, że w ramach układu nerwowego istnieją powiązania - poziomy, w ramach których wdrukowywane są specyficzne treści światopoglądowe, ideowe, ale także określone wzory zachowań i reakcji na bodźce. „Uzdrowienie” zaś ducha i ciała można uzyskać przy pomocy środków psychoaktywnych. Leary definiował te poziomy jako obwody i dzielił na sfery cielesne, materialne, społeczne oraz pozamaterialne i duchowe (obwody grawitacyjne). I tak wyróżnił on następujące obwody:

- Biologicznego przetrwania, pojawiający się we wczesnym dzieciństwie i dotyczy relacji dziecka z matką. Wszystkie negatywne i pozytywne doświadczenia, w tym również fizjologiczne, programują określoną postawę do otoczenia, tj. otwartości lub izolacji wobec świata zewnętrznego.
- Emocjonalno – terytorialny dotyczy wieku około 3 lat, związków dziecka z ojcem i identyfikacji w grupie oraz wyrażania własnych potrzeb. W zależności od negatywnych i pozytywnych wzorców moralnych oraz możliwości rozwoju będzie kształtowała się samoocena człowieka w przyszłości.
- Manipulacji symbolicznej odnosi się do środowiska, w którym przebywa adolescent i rodzaju stymulacji, jakie w nim się znajdują, a tym samym, czy będą miały pozytywny, czy negatywny wydźwięk
- Społeczno – seksualny to pierwsze doświadczenia w sferze seksualnej i społecznej i przekaz dotyczący określonych zasad moralnych, sposobu okazywania uczuć w kontaktach społecznych.



- Neurosomatyczny jest związany ze świadomością własnego ciała i tego jak na nie reagujemy.
- Neurogenetyczny określany przez Learyego jako „archetyp bogów i demonów”. Obwód tego odnosi się według autora teorii do reinkarnacji i wspomnień zapisanych w kodzie genetycznym człowieka.
- Metaprogramowania określany jako Nirvana (niebyt).
- Kwantowy to swego rodzaju równoległa rzeczywistość i zbiór zapisanych w niej informacji, do których człowiek ma stały dostęp.

Teoria Learyego to niejako konstrukcja abstrakcyjna, o tle transcendentnym, paradoksalnie tłumacząca powrót do zdrowia za pomocą środków psychoaktywnych, ale jednocześnie nawiązująca do poznawczych i psychoanalitycznych etiologii uzależnień (Kmieciak-Jusięga, 2016).

Uzależnienie to nie tylko aspekt fizyczny rozwijający się wraz z podłożem neurobiologicznym. Niemniej ważne są mechanizmy psychologiczne, które wpływają na utrwalanie procesów nałogu i problemów w jego pokonywaniu. W niniejszym rozdziale zostaną omówione zasadnicze mechanizmy, które wpływają na myślenie, emocje i zachowania osoby uzależnionej.

Wśród teorii psychologicznych wyjaśniających przyczyny powstawania uzależnień wyróżnia się podejścia psychoanalityczne, które koncentrują się przede wszystkim na występowaniu determinantów w procesach motywacji i emocji. Słynny twórca psychoanalizy Zygmunta Freuda postrzegał uzależnienia w odniesieniu do oralnej fazy w rozwoju psychoseksualnym człowieka. Twierdził bowiem, że uzależnienie to swoisty powrót do etapu wczesnego dzieciństwa i związanej z tym potrzeby zaspokajania przyjemności poprzez stymulację i pobieranie produktów z zewnątrz, np. ssanie, picie, jedzenie, odczuwanie ciepła, bezpieczeństwa. Zaburzone potrzeby tego rodzaju mogą powodować występowanie deficytów, a nawet traumatycznych wspomnień w późniejszych etapach życia człowieka, a w konsekwencji może dojść do rozwoju uzależnienia od środków psychoaktywnych, które stanowią substytut rodzaju dziecięcych potrzeb fizjologicznych. I dorosły odczuwający brak bliskości emocjonalnej może „karmić się” substancją (Kmieciak-Jusięga, 2016).

W latach 70-tych XX wieku profesor psychiatrii i jednocześnie przedstawiciel szkoły psychoanalitycznej Edward Khantzian – prekursor badań nad uzależnieniami, w Harvard Medical School brał udział w stworzeniu licznych modeli psychodynamicznych terapii indywidualnych i grupowych dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Khantzian ponadto stworzył „hipotezę samoleczenia”. Autor tłumaczył obecność uzależnienia jako próbę



radzenia sobie człowieka z wewnętrznym cierpieniem psychicznym. Według Khantziana człowiek uzależniony ma trudności w regulowaniu swoich emocji, a substancje psychoaktywne postrzega jako lek, który łagodzi przykre odczucia, jak lęk, złość, obniżony nastrój czy pomaga złagodzić tragiczne wspomnienia. Jest to ulga jedynie chwilowa, a skutki długotrwałe objawiają się w postaci rozwoju uzależnienia (Khantzian, 1997).

Ten sam autor opisał także teorię „pola ego/ja”, wskazując, że osoby uzależnione charakteryzują się trudnościami w przystosowaniu do realiów, w których żyją. Brak adaptacji do życia objawia się nieumiejętnością dbania o siebie. Dbałość o siebie Khantzian postrzegał jako swoistą opiekę nad sobą. W tym przypadku należy wspomnieć, że ta funkcja nierozzerwalnie wiąże się z doświadczeniami z dzieciństwa i rolą matki w życiu dziecka. Zarówno postawa nadmiernej opiekuńczości, jak i zbyt dużej swobody czy wręcz odrzucenia lub nieobecności matki w życiu dziecka może w dorosłości zaburzyć jego rozpoznawanie, co jest dla niego korzystne, a co szkodliwe. I tak osoba uzależniona nie przywiązuje wagi do tego, jakie potrzeby zdrowotne ma jej organizm, a wszystkie czynności koncentrują się wokół nałogu i potrzeb z nim związanych, nawet wtedy, kiedy przyjmowanie substancji powoduje dolegliwości zdrowotne (Kmieciak-Jusięga, 2016).

Amerykański psychiatra i psychoanalityk Samuel Rado stworzył podwaliny rozumienia uzależnienia w sposób psychodynamiczny. Autor w opozycji do biologicznych i moralnych uwarunkowań uzależnienia, które dominowały w XX wieku, stworzył „teorię zniewolenia przez narkotyk”. Uzależnienie interpretował jako formę przymusu o podłożu psychologicznym, a „zniewolenie” przez nałóg interpretował procesem, w którym początkowe dostarczanie przyjemności przez narkotyk prowadzi do wzrostu pewności siebie, co w konsekwencji powoduje podwyższenie samooceny uzależnionego, a w końcowym etapie odczucie szczęścia. Proces ten Rado nazwał „farmakotymią”, tłumacząc, że środek psychoaktywny nie jest bezpośrednim powodem uzależnienia, a właśnie to odczucie przyjemności, z którym wiąże się zażycie narkotyku. Samuel Rado swoją teorię oparł na badaniach nad uzależnionymi od opiatów, co w kontekście tematu poniżej pracy wydaje się zdecydowanie istotne. I tak Rado wskazywał, że pochodne opium wywołują pewien rodzaj orgazmu – farmakogenicznego, który jako bardziej długotrwały może być substytutem orgazmu genitalnego. Dla osoby, która ma problemy w zaspokojeniu potrzeb seksualnych, opiaty są szybką alternatywą na spełnienie niezaspokojonych dążeń seksualnych, jednocześnie powodującą również szybkie uzależnienie (Kornas-Biela i Mirosław, 2017).

Ważnym nurtem współczesnego rozumienia mechanizmów uzależnień jest postrzeganie uzależnienia jako ogółu procesów myślowych. Wymiar afektu jako czynnika



wyzwalającego i utrwalającego uzależnienie powstaje, kiedy negatywne emocje działające na człowieka nie mogą zostać osłabione czy wyeliminowane przez naturalne możliwości ich redukcji, a dopiero zażycie substancji czy wykonywanie określonych zachowań kompulsywnych skutecznie obniża nasilenie napięcia i poprawia nastrój. Oprócz tego działanie substancji ma charakter wzmacniający i przez to wpływa na motywację do kolejnego jej zażycia. O ile w początkowej fazie substancja staje się nagrodą, ponieważ powoduje zmniejszenie dolegliwości, to w miarę rozwoju uzależnienia jej obecność w organizmie człowieka zaczyna być konieczna. Jej odstawienie czy zmniejszenie ilości powoduje pojawienie się przykrych objawów bólowych, a osoba uzależniona za wszelką cenę unikając tych objawów, przyjmuje kolejne porcje substancji psychoaktywnych. Wyjaśnieniem tego procesu jest „teoria PAF” (z ang. *Opponent-Process Theory of Affect – teoria procesów przeciwstawnych*), która znalazła szerokie zastosowanie w psychologii uzależnień. Kiedy w początkowym procesie następuje silne pozytywne doświadczenie emocjonalne, jakie wywołuje zażycie narkotyku, w następnym pojawia się wygasanie tego uczucia i jednocześnie następuje reakcja przeciwstawna, taka jak lęk, dyskomfort, obniżenie nastroju. W związku z tym człowiek już nie dla przyjemności przyjmuje narkotyk, a dla uniknięcia dyskomfortu, proces zatacza tak zwane „błędne koło” w układzie: bodziec wywołany przez sytuację stresującą-napięcie związane z lękiem, niepokojem-uzależnienie powodujące poszukiwanie ucieczki w zażyciu narkotyku (Gold, 1995).

Jednym z kluczowych podejść do interpretacji powstawania uzależnień jest istnienie determinantów osobowościowych. Czy istnieje zatem „osobowość nałogowa” i dlaczego jedni ludzie uzależniają się, a inni nie? Pewne specyficzne cechy osobowości mogą zwiększać podatność na wystąpienie uzależnienia. Może to być na przykład niski poziom samooceny czy odporności na stres. Badania pokazują, że istnieją korelacje między zaburzeniami osobowości o cechach psychopatycznych, neurotycznych czy schizofrenicznych a występowaniem uzależnień. Niektóre typy osobowości częściej niż pozostałe dokonują samoregulacji emocjonalnej w przypadku sytuacji stresowych poprzez sięganie po środki psychoaktywne. I tak osoby o cechach osobowości psychopatycznej, w tym antyspołecznej są częściej narażone na nadużywanie substancji psychoaktywnych, a sam przebieg uzależnienia jest bardzo powikłany. Określa się, że w populacjach klinicznych osób z cechami psychopatycznymi uzależnionych jest nawet 30-40% (Jakubik, 2012).

Zaburzenia osobowości typu borderline charakteryzują się niestabilnością emocjonalną, impulsywnością, często odczuciem pustki, tendencją do samookaleczenia. Osoby te często zażywają substancje psychoaktywne w celu zniwelowania bólu



emocjonalnego czy traumy. U tej grupy badawczej częstotliwość występowania uzależnień wynosi 50-70%. (Trull i in., 2000). Z kolei osobowość narcystyczna może dzięki zażywaniem substancji wzmacniać swoje poczucia wyjątkowości, przy jednoczesnym maskowaniu niskiego poczucia własnej wartości, czy też jako sposób na ucieczkę przed porażką lub maskowania niskiego poczucia własnej wartości. Dla osobowości unikającej zaś zażywanie substancji może dać szansę na obniżenie lęku społecznego i napięcia. U osobowości z grupy lękowych (obsesyjno-kompulsywne, zależne, lękliwe) natomiast, mimo że rzadziej ulegających uzależnieniom, to jednak często narażonych na używania substancji do obniżenia chronicznego napięcia emocjonalnego, radzenia sobie z tendencjami perfekcjonistycznymi czy zależnością emocjonalną (Bilikiewicz, 2012).

Rozpatrując etiologię procesów uzależnienia nie sposób zapomnieć o bardzo istotnym aspekcie, a mianowicie o traumatycznych przeżyciach, które często są elementem życia osób uzależnionych. W swojej pracy pt. „Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne” autorzy Stanisław Steuden i Konrad Janowski rozpatrują traumę z dwóch perspektyw. Pierwsza z nich to ogół psychicznych urazów, występują w toku życia człowieka i związane są zasadniczo z sytuacjami o podłożu stresogennym. Druga perspektywa o wąskim spektrum to konkretny silny, nagły, bez możliwości kontrolowania stresor, narażający jednostkę lub grupę osób na utratę zdrowia lub życia. Każde takie zdarzenie może mieć odmienny wpływ na człowieka, a także kreować jego zdolność do radzenia sobie w sytuacji stresującej. Długotrwałe konsekwencje traumatycznych wydarzeń, w tym wojen, katastrof, ataków terrorystycznych mogą wywoływać PTSD (zespół stresu pourazowego) (Steuden i Janowski, 2016).

W roku 2018 w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie zostały przeprowadzone badania na próbie 260 osób, z których 120 było uzależnionych od alkoholu. Interpretacja wyników badań potwierdziła, że osoby uzależnione z grupy badawczej w zdecydowanej większości były ofiarami fizycznej przemocy, a 70% doświadczyło co najmniej jednego traumatycznego zdarzenia (Skotnicka, 2018).

Przemoc doznana w dzieciństwie ma bardzo negatywne reperkusje w życiu dorosłym, w tym może wiązać się z licznymi dysfunkcjami w różnych obszarach egzystencji. Bardzo charakterystyczne są zachowania antyspołeczne, ale depresja, niskie poczucie własnej wartości czy postawy lękowe, ale też niestety predyspozycje do ulegania nałogom. (Chmielewska, 2020).

Niezwykle ciekawym tematem jest także uzależnienie jatrogenne, które powstaje w wyniku interwencji medycznej środkami o potencjale uzależniającym (opiodów,



benzodiazepin, barbituranów). Mechanizm powstawania tego rodzaju uzależnienia wiąże się z jego etapami. Na początku wdrożone zostaje leczenie objawowe, np. określonego bólu i podany lek, który między innymi ma działanie uzależniające. Niejednokrotnie konieczne jest zwiększanie dawki leku, a to prowadzi do rozwijania się tolerancji, w konsekwencji do rozwoju zależności fizycznej i psychicznej, a w przypadku próby jego odstawienia do objawów odstawiennych (Lembke, 2012).

1.2.3 Społeczne koncepcje etiologii uzależnień

Interpretując przyczyny powstawania uzależnienia, należy wspomnieć o roli środowiska rodzinnego i zewnętrznego. Na uzależnienie narażone wszystkie grupy społeczne, niezależnie od warunków bytowych, ekonomicznych, a także bez względu na przedział wieku, jaki reprezentują. Uzależnienie dotyczy niestety nie tylko osób dorosłych, ale też nastolatków, czy wręcz dzieci. Kluczowy w tym miejscu jest aspekt inicjacji alkoholowej czy narkotykowej. Osoby młode, które są naturalnie podatne na wszelkie zagrożenia, pragną akceptacji i mają jeszcze nieugruntowany system wartości zdrowotnych oraz małą zdolność do oceny sytuacji są najbardziej narażone na próby zachowań ryzykownych. Szczególnie niebezpieczny jest wiek adolescencji jako ten, w którym następują bardzo gwałtowne zmiany zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Nie bez znaczenia jest również fakt dostępności środków psychoaktywnych, a przecież nielegalnych i podlegających penalizacji. Internet daje nieograniczone możliwości, również handlu środkami psychoaktywnymi.

27 marca 2025 r. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom zorganizowało konferencję pt. „Używanie substancji psychoaktywnych przez polską młodzież”. Materiały, które były publikowane na konferencji, pochodziły z 2024 roku i dotyczyły europejskich badań przeprowadzonych w ramach projektu „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD). Badania ankietowe były realizowane w Polsce na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom przez Instytut Psychiatrii i Neurologii i dotyczyły uczniów ostatnich klas szkół podstawowych oraz szkół średnich. tj. 15-16 latków oraz 17-18 latków. Celem było monitorowanie nasilenia problemowego używania przez młodzież środków psychoaktywnych oraz czynników ryzyka. Wyniki badań pokazały, że to alkohol jest najbardziej popularny wśród młodzieży i aż 72,9% 15-16 latków co najmniej raz w swoim życiu go spożywało, a odsetek wśród grupy starszej młodzieży (17-18 lat) plasował się już na poziomie 91,3%. W tym aż 39,1% młodszych uczniów spożywało go w ostatnim miesiącu przed wzięciem udziału w badaniu, zaś wśród starszej grupy było to już 73,3%. Mimo że



badania nie wykazały wzrostu spożywania alkoholu wśród młodzieży w odniesieniu do statystyk z poprzednich lat, to i tak wyniki tych badań są bardzo niepokojące. Szczególnie że bardzo dużo osób przyznawało się do osiągnięcia nietrzeźwości przyjemniej raz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (13% w grupie 15-16 lat i 24% w grupie 17-18 lat). Ponadto zaobserwowano zacieranie się różnic między procentowym udziałem płci wśród młodzieży spożywającej alkohol. Używanie narkotyków wskazuje na niższy poziom niż to obserwowano w poprzednich badaniach. Podkreślić należy fakt, że dotyczy to głównie środków nielegalnych. Jednak do eksperymentowania ze środkami psychoaktywnymi (marihuana i haszysz) przyznawało się 17% uczniów młodszych i 33% starszych. Amfetaminę chociaż raz w życiu zażyła grupa około 4% młodszych i starszych uczniów. Okazjonalnie, ale w przeciągu ostatniego roku przetwory konopi indyjskich używało odpowiednio 14,5% 15-16 latków i 23,7% 17-18 latków (Sierosławski, 2025).

Tak wczesne eksperymenty z substancjami psychoaktywnymi powodują liczne szkody na zdrowiu dojrzewającego się organizmu, ale też deficyty społeczne, edukacyjne. Wzmoczona aktywność zawodowa rodziców, zbyt mało czasu poświęcanego dzieciom, brak akceptacji w domu rodzinnym, negatywne style wychowania, przemoc fizyczna czy psychiczna i wreszcie nałogi rodziców mają negatywny wpływ na relacje przywiązania u dzieci, które poszukując zaspokojenia swoich potrzeb, regulacji przykrych emocji, sięgają po środki psychoaktywne. Ryzyko zwiększa się w sposób oczywisty poprzez przynależność do grup młodzieżowych, często destrukcyjnych z bardzo dużą presją otoczenia i autorytarnym stylem. Tym samym tworzy się określony wzorzec zachowania, w którym środek psychoaktywny jest sposobem na problemy, początkowo dziecka w rodzinie dysfunkcyjnej, w środowisku rówieśniczym, następnie zawodowym i w kolejnych rolach życiowych. Nie bez znaczenia jest również fakt dostępności środków psychoaktywnych, a przecież nielegalnych i podlegających penalizacji. Internet daje nieograniczone możliwości, również handlu środkami psychoaktywnymi (Waśkiewicz, 2010).

Jedną z najbardziej znanych teorii tłumaczących występowanie uzależnień jest teoria społecznego uczenia się kanadyjsko-amerykańskiego psychologa Alberta Bandury. I tak obserwacja negatywnych zachowań przez jednostkę, na przykład przez dziecko, może zwiększać ryzyko naśladowania ich. Dzieci wychowujące się w rodzinach o wzorcu nałogowym, mogą w przyszłości akceptować takie zachowania i je naśladować. Szczególnie że w tym wypadku obecny jest efekt tak zwanej „nagrody”. Sam proces poznawczy związany z naśladowaniem zachowań, w tym negatywnych, np. używania substancji polega na



występowaniu koncentracji uwagi, zapamiętywaniu określonych czynności i motywacji do jej wykonania. Proces ten, jeśli prowadzi do określonych „pozytywnych” skutków, na przykład obniżenia napięcia emocjonalnego może w konsekwencji spowodować wzorzec powtórzenia czynności. Jeśli dodatkowo sprzyjać będzie ryzykownym zachowaniom środowisko, w którym jednostka funkcjonuje, dojdzie do przekonania jednostki. Przekonanie jednostki o braku zdolności do kontrolowania własnych popędów, w tym unikania spożycia substancji uzależnienie będzie się rozwijać i pogłębiać (Miller i Rollnick, 2022).

Wśród innych teorii wyjaśniających powstawanie uzależnień na gruncie społecznym znalazły się między innymi: teoria anomii (Robert Merton), teoria podkultur dewiacyjnych (R. Cloward, L. Ohlin), teoria kontroli społecznej (T.Hirsch), teoria etykietowania (H. S. Becker) (Rogala-Obłękowska, 1999).

Koncepcja anomii Roberta K. Mertona odnosi się do wyjaśnienia pewnych zjawisk, w tym uzależnienia w kontekście zachowań dewiacyjnych. Słowo „dewiacja” zaczerpnięte jest z łaciny i tłumaczone jako „odbieganie”. Według Słownika Języka Polskiego PWN dewiacją określa się odstępstwo od pewnych panujących norm czy zasad społecznych, czyli takie zachowanie jednostki, które powoduje łamanie tych reguł. (Słownik Języka Polskiego PWN, 2003). Niewątpliwie uzależnienie, w tym od środków psychoaktywnych jako zachowanie destrukcyjne zarówno dla spożywającego, jak i jego otoczenia jest rodzajem dewiacji. Merton teorię dewiacji zapożyczoną od francuskiego filozofa, pedagoga i jednego „ojców socjologii” - Émile’a Durkheima zmodyfikował i opisał na gruncie specyficznych społecznie zjawisk. Istotą problemu zachowań dewiacyjnych według Mertona jest brak równego dostępu w społeczeństwie do możliwości realizacji określonych celów. I tak człowiek, który nie może w sposób akceptowany społecznie zaspokoić swoich celów, de facto, celów, których realizacji oczekuje społeczeństwo, wybiera drogę nielegalną, destrukcyjną, np. popada w nałóg. Jeśli więc jednostka nie jest w stanie osiągać celów zgodnie z przyjętymi w społeczeństwie normami, pojawia się „anomia”. Słownik Języka Polskiego PWN definiuje to pojęcie jako zjawisko rozpadu norm i więzi społecznych, poczucie alienacji i braku orientacji jednostki w społeczeństwie (PWN, 2024). W takiej sytuacji według Mertona człowiek przystosowuje się do panujących okoliczności, wybierając określony sposób postępowania, tj. konformizm, innowacja, rytualizm, wycofanie, a także bunt. W przypadku konformizmu mamy do czynienia z podporządkowaniem się do panujących norm i przestrzeganiu ich, a tym samym odrzuceniu sposobności używania środków psychoaktywnych jako nielegalnych, ewentualnie używania ich okazjonalnie lub w taki sposób, by nie były powodem problemów zdrowotnych czy społecznych. Biorąc pod uwagę



ten tok myślenia zachowanie konformistyczne w tym ujęciu, nie powinno powodować uzależnienia, więc dla samego systemu społecznego ten sposób adaptacji ma wymiar korzystny.

Innowacją natomiast jest taka postawa, która akceptuje społeczny system wartości, jednak odrzucając normy, wykorzystuje przy tym środki nielegalne. Ten sposób myślenia wydaje się sprzeczny i nielogiczny. Jednak biorąc pod uwagę używanie substancji, można ten aspekt tłumaczyć dążeniem do osiągnięcia konkretnego celu (np. statusu materialnego) przez jednostkę, która nie ma legalnych możliwości zaspokojenia tego celu. Tym samym sięga po środki nielegalne, które stają się swego rodzaju narzędziem w dążeniu do celu. I tak na przykład pracownik poddany presji osiągnięcia wysokich dochodów dla swojej firmy, w środowisku wielkiej rywalizacji, może używać środków psychoaktywnych, by zwiększyć swoją fizyczną i psychiczną wydajność (Witkowski, 2017).

Taki niestety obraz można na przykład zaobserwować w środowisku maklerów giełdowych, gdzie panują twarde zasady konkurencyjności światowych rynków finansowych. Środowisko medyczne również nie jest pozbawione zagrożeń płynących z używania środków psychoaktywnych. Wielogodzinne obciążające psychicznie i fizyczne dyżury lekarzy, zabiegi operacyjne. Jak sobie często radzą lekarze – osoby z natury rzeczy mający dostęp do substancji nie tylko leczniczych z takim „życiem zawodowym”? Trudno powiedzieć, czy ta sytuacja jest już tylko „tajemnicą Poliszynela”, czy wręcz powszechnym przekonaniem, szczególnie w samej branży medycznej. A przecież szczególnie branża medyczna, z założenia niosąca pomoc społeczeństwu, nie jest kojarzona z uzależnieniami... A cóż się dzieje w świecie mody, w błysku fleszy, pięknych kobiet i mężczyzn spełniających swoje marzenia w modelingu? Młode dziewczyny poddane presji pięknego, smukłego ciała w świecie nietolerującym jakiegokolwiek nawet odstępstwa od kanonów, rozpaczliwie szukają sposobu na szczupłą sylwetkę i sięgają na przykład po amfetaminę. Podam także przykład z mojej praktyki zawodowej jako kurator sądowy. Młody chłopak, który wychowuje się w rodzinie dysfunkcyjnej, gdzie rodzice nawet te marne środki finansowe, które posiadają przeznaczają na alkohol. Chłopak chce dorównać rówieśnikom w szkole w statusie społecznym, ale nie ma możliwości finansowych. Zaczyna handlować substancjami psychoaktywnymi. Jest tylko „pionkiem w grze”, nie jest dilerem, ma nad sobą kilka „wpływowych” osób, ale nawet jego „zarobek” jest dla chłopaka tak duży, że oprócz swoich potrzeb, może paradoksalnie zasilić budżet rodzinny. Ten chłopak również się uzależni.

Tych przykładów można podawać wiele. Innowacją w tych przypadkach jest sposób radzenia sobie z presją otoczenia, fizjologicznymi objawami organizmu, walką ze stresem,



trudnymi przeżyciami, chęcią zaistnienia w często okrutnym świecie.

Rytualizm według teorii anomii Mertona z kolei dotyczy postawy rezygnacji ze społecznie pożądaných celów, ale przy wykonywaniu codziennych, akceptowanych przez otoczenie obowiązków. I tak w przypadku osób uzależnionych zachowany jest schemat codziennego życia, ale bez dalekosiężnych planów, realizacji zainteresowań, pasji, czy po prostu chęci uzyskania lepszego statusu społecznego. Alkohol, narkotyki, leki, nałogowe zachowania są substytutem życiowych celów. Środki te pomagają w redukcji napięcia emocjonalnego, zniwelowania bólu, również tego psychicznego, ale też wprowadzają względną stałość egzystencjalną, rutynę, która jest przewidywalna w nieprzewidywalnym świecie. Jest także, a może przede wszystkim nagrodą za przetrwanie kolejnego dnia (Sztompka, 2012).

Dwa ostatnie zachowania dewiacyjne według Mertona, tj. wycofanie i bunt są najbardziej chyba diagnostyczne dla etiologii uzależnień. Wycofanie się z życia społecznego poprzez odrzucanie społeczne pożądaných celów i środków ich realizacji to rezygnacja z aktywności, które zapewniają człowiekowi rozwój, spełnienie, stabilizację. Dla osób z adaptacją wycofania nałóg zastępuje cel i środek – koncentracją życia wokół środka psychoaktywnego, jest ucieczką od zwykłego życia, a tym samym drogą do alienacji, marginalizacji. Ten sposób dewiacji, mimo że w założeniu pasywny, to jednak generuje funkcjonowanie problemów społecznych. Dla porównania natomiast mertonowski bunt to objaw aktywny, objaw całkowitej negacji powszechnie akceptowanych wzorców społecznych. To jawne indywidualnie sprzeciwianie się uznawanym w społeczeństwie celom i środkom jest formą protestu i jednocześnie ustanawianiem nowych „norm”. I tak substancje psychoaktywne stają się alternatywnym stylem życia, ale też narodzinami specyficznej wspólnoty. W tym miejscu można za przykład podać ruch Hippisów, którzy w sprzeciwie do wszechogarniającego zbrojenia świata w latach 60-tych XX wieku, wyznawali słynne „pokój, wolność, równość”, przyczyniając się jednocześnie do rozpowszechnienia substancji psychoaktywnych, szczególnie marihuany (Bieńko, 2012).

Rozwinięcie tezy Mertona pojawiło się w teorii dwóch amerykańskich badaczy: socjologa i aktywisty Richarda Clowarda oraz Lloyd Edgar Ohlin – socjologa i kryminologa. Teoria podkultur dewiacyjnych odnosiła się do zjawiska przestępczości i identyfikowała trzy typy podkultur o charakterze dewiacyjnym. Jedną z nich jest podkultura o charakterze przestępczym skupiająca ludzi w zorganizowanych grupach trudniących się nielegalnymi zajęciami (handle narkotykami, kradzieże, oszustwa). Podkultura ta ma określone zasady



działania, a za przynależność do niej oferuje określone korzyści materialne, łamanie zaś tych „norm” powoduje specyficzne, często niebezpieczne konsekwencje. Drugą z rodzajów podkultur według Clowarda i Ohlina jest grupa konfliktowa, która nie jest jednoznacznie zorganizowana, ale działa na obszarze dużego zagrożenia przemocą i skupia osoby o postawach agresywnych, rywalizacyjnych i buntowniczych. Szacunek i uznanie w tej podkulturze zyskuje się poprzez walkę z przeciwnikami, bójki uliczne, czy tak zwane „ustawki” kibiców. I ostatnia podkultura: wycofania, w której funkcjonują jednostki wycofane ze społeczeństwa, ale nie określające się ani w kręgach przestępczych, ani w tych respektujących prawo. Autorzy teorii sformułowali tezę „różnicowanych możliwości”. Wyjaśniając powody powstawania uzależnień, można zatem przyjąć, że w każdej z tych podkultur obecny jest problem zażywania środków psychoaktywnych. Członkowie podkultur dewiacyjnych szukają w grupie akceptacji, dowartościowania się, ale też możliwości odniesienia swego rodzaju sukcesu. Ograniczone ekonomicznie, społecznie możliwości spełnienia swoich dążeń wyzwala w jednostce myśl o szukaniu realizacji swoich celów w inny sposób niż ten określany jako legalny. Często w przypadku jednostek, które wchodzą w podkulturę dewiacyjną obecne jest wykluczenie społeczne, nierzadko dotyczące całych pokoleń. W marginalizowanym otoczeniu często używanie środków psychoaktywnych jest powszechne. Substancje te rekompensują niedostępność innych zasobów, które byłyby środkiem do uzyskania określonego celu, a ponadto stwarzają iluzję kontroli swojego życia, mimo że chwilową. Stają się także symbolem przynależności do danej grupy (Duski, 2022).

Kontynuując dalej wątek dewiacji w kontekście przyczyn powstawania uzależnień, warto wspomnieć o pojęciu kontroli społecznej według kryminologa Trávisa Hirschi. Hirschi głosił, że zachowania dewiacyjne związane są z zaburzeniem prawidłowej integracji jednostki ze społeczeństwem. Autor miał na myśli, że w prawidłowym rozwoju człowieka jedną z kluczowych ról odgrywają więzi społeczne, ale też respektowanie norm społecznych. W swojej teorii więzi społeczne postrzegał w kilku aspektach. Jednym z nich jest „zaangażowanie” (ang. *commitment*) definiowane jako aktywność jednostki w działalność na rzecz społeczeństwa, na przykład poprzez edukację czy pracę. Innym elementem więzi społecznych jest „zażyłość” (ang. *attachment*) rozumiana jako poczucie związania emocjonalnego z grupą społeczną. Dwie kolejne części więzi społecznych w teorii Hirschi’ego to „uznanie” (ang. *belief*) - przekonanie jednostki o tym, że obowiązujące w społeczeństwie normy i zasady są wartościowe i słuszne oraz kontrola (ang. *control*) jako kompetencje instytucji społecznych w zakresie sprawowania nadzoru nad zachowaniami jednostek. W rozwinięciu swoich rozważań Hirschi wskazywał, że wysoki poziom kontroli



społecznej, zarówno formalnej, jak i nieformalnej zapobiega rozwoju zachowań dewiacyjnych. Dużą rolę przypisywał także zjawisku przynależności i zrzeszania się w grupy społeczne, ale o charakterze tradycyjnym, korzystnie wpływa na poczucie odpowiedzialności za własne zachowanie. Ostatecznie natomiast podkreślał, że wszelkie przejawy dewiacji są związane z brakiem kontroli w społeczeństwie i to zarówno kontroli w grupach międzyludzkich, jak i instytucjonalnej, w tym prawnej, a to w sposób oczywisty zwiększa występowania zachowań ryzykownych, w tym sięgania po środki psychoaktywne (Costello i Laub, 2020).

Na koniec rozważań o wymiarze socjologicznym przyczyn występowania uzależnień chciałabym przywołać teorię etykietowania zaproponowaną przez amerykańskiego socjologa Howarda Beckera. Becker zakładał, że nie istnieje określony i uniwersalny kanon norm społecznych, ponieważ to dane społeczeństwo tworzy te zasady i o ile w jednej społeczności dana reguła jest przyjęta i penalizowana, to w innej nie jest traktowana w kategoriach zachowania zakazanego. Jeśli więc ktoś złamał te zasady, to właśnie nazywany jest dewiantem, niezależnie od tego, czy faktycznie było to złamanie norm społecznych, czy po prostu jedynie było to zdefiniowanie zachowania przez członków tej grupy. Becker podzielił ludzi na cztery grupy: przestrzegających zasad konformistów, jednostki, które złamały normy i zostało im to udowodnione, tj. dewiantów prawdziwych, dewiantów ukrytych o nieudowodnionej winie, czy wreszcie jednostki postrzegane jako te, które złamały zasady i obwiniane za to, mimo że tak naprawdę tego nie zrobili. W związku z tym po pierwsze zjawisko uzależnienia można pojmować jako z etykiety, nazwania przez społeczeństwo dewiacją i w konsekwencji nadania określonej tożsamości człowiekowi, który ma problem z nałogiem. Po drugie samo etykietowanie jest swego rodzaju mechanizmem społecznym, naznaczającym jednostkę procesem internalizacji, w konsekwencji stygmatyzującym jej zachowanie. Stygmatyzowanie zaś prowadzi do wykluczenia społecznego. To kolejno utrudnia proces zdrowienia, a wręcz nasila zachowania nałogowe. W ostateczności dochodzi do procesu wtórnej dewiacji, który nie wynika z pierwotnych zachowań ryzykownych, a z utrwalania się samego wzorca funkcjonowania dewiacyjnego (Plucińska, 2024).

Powyższe różne teorie zjawiska dewiacji, w założeniu przyczyn występowania uzależnień koncentrują się zarówno w procesach napięć, jak i konfliktów społecznych, przez dużą rolę samego środowiska zewnętrznego człowieka, zamykając w specyficznych mechanizmach kontroli społecznej. Ogół tych czynników definiuje zachowania odbiegające od przyjętych norm w społeczeństwie i jest bardzo złożony.



1.3 Środki psychoaktywne i ich działanie na organizm człowieka

1.3.1 Podział środków psychoaktywnych

Substancje psychoaktywne, jak sama nazwa wskazuje, odgrywają istotną rolę w procesach psychicznych organizmu człowieka. Środki te aktywują liczne zmiany w organizmie, zarówno w funkcjonowaniu fizjologicznym, jak i psychicznym. W literaturze naukowej tematu istnieje kilka typologii substancji psychoaktywnych, od podziału na postać, w jakiej występują, budowy molekularnej, pochodzenia, oddziaływania, potencjału uzależniającego, czy statusu legalności. O ile podział na postać i budowę molekularną substancji psychoaktywnej wydaje się mniej istotny w niniejszej pracy, to pozostałe klasyfikacje będą już odgrywały ważną rolę w odniesieniu do tematu rozważań.

1.3.2 Podział substancji psychoaktywnych ze względu na pochodzenie

Klasyfikacja substancji psychoaktywnych ze względu na ich pochodzenie zawiera opis źródła tych środków. W ramach pierwszej grupy wyróżniamy substancje pochodzenia naturalnego, tj. które wywodzą się od roślin, zwierząt czy mikroorganizmów. Do tej grupy zaliczamy na przykład substancje pozyskiwane z roślin grzybów lub dzięki ekstrakcji prostej. Takimi substancjami są naturalne opioidy, która są alkaloidami zawartymi w maku lekarskim (morfina, kodeina), Inne substancje tej grupy to naturalne kannabinoidy, związki, które naturalnie występują w konopiach indyjskich (THC – tetrahydrokannabinol, CBD – kannabidiol) oraz roślinne stymulanty składające się z alkaloidu kokainy (liście koki), czy halucynogeny pochodzące od roślin i grzybów (psylocybina, meskalina, DMT – dimetylotryptamina) (DOAJ, 2020).

Druga grupa to substancje pochodzenia syntetycznego wytwarzane w warunkach laboratoryjnych. Modyfikacji poddawane jest zarówno działanie substancji, jej skład, jak i legalność. Część z tych substancji powstaje na potrzeby medyczne (syntetyczne opioidowe leki przeciwbólowe). Grupa ta charakteryzuje się bardzo dużą różnorodnością struktur chemicznych, ale też szeroką gamą oddziaływań na organizm. I tak w tej grupie znajdują się opioidy syntetyczne (fentanyl i jego analogi-nitazeny) – substancje bardzo niebezpieczne dla zdrowia i życia, oddziaływające z kilkadziesiąt większą siłą niż morfina. Substancjami syntetycznymi są również niektóre stymulanty (np. amfetamina, metamfetamina i jej pochodne). Inne środki należące do grupy syntetyków to substancje powodujące



charakterystyczne efekty w sferze emocjonalnej i społecznej nazywane empatogenami i entaktogenami (MDMA – 3,4-metylenodioksymetamfetamina, MDA, MDEA, MBDB, BDB, AET i 5-MeO-DALT (Sulerzycki i in., 2025).

W obrocie są także sztucznie wytwarzane halucynogeny (LSD-25 - dietylamid kwasu lizergowego, NBOMe, syntetyczne pochodne tryptamin i fenetylamin) oraz syntetyczne kannabinoidy nazwane potocznie „dopalaczami” (Ministerstwo Zdrowia, 2024).

Trzeci rodzaj podziału subtylizacji psychoaktywnych ze względu na pochodzenie to środki półsyntetyczne. Jak samo określenie wskazuje, są to naturalne substancje, ale poddane modyfikacjom chemicznym w laboratoriach (między innymi morfina, tebaina, kodeina) Synteza zwykle dotyczy roślinnych alkaloidów, lecz zostały zmodyfikowane chemicznie w warunkach laboratoryjnych. Podstawą syntezy są zwykle naturalne alkaloidy roślinne, poddane reakcjom chemicznym i przez to uzyskanej większej sile działania, określonych właściwości farmakologicznych oraz lepszej biodostępności. Powstające substancje to np.: oksykodon, hydrokodon, buprenorfina, hydromorfon) (Europejska Agencja ds. Narkotyków i Narkomanii, 2024).

1.3.3 Klasyfikacja substancji psychoaktywnych według działania na układ nerwowy

Wpływ substancji psychoaktywnych powoduje liczne zmiany zarówno w zachowaniu, jak i nasileniu emocji, nastroju, czy w świadomości, a zauważalny jest przede wszystkim w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN). Molekularny mechanizm działania środków psychoaktywnych na układ nerwowy dzieli te substancje na 4 grupy, w skład których wchodzi stymulanty, empatogeny, halucynogeny i depresanty.

Prawidłowe funkcjonowanie mózgu człowieka zależy od współpracy wielu układów neuroprzekaźnikowych. Wśród nich wyróżniamy układy: dopaminergiczny, serotonergiczny, noradrenergiczny, cholonergiczny, endokannabinoidowy, opioidowy oraz GABA-energiczny i glutaminergiczny. Układy te mają za zadanie kształtować działanie neuronów, które to z kolei modulują określone receptory znajdujące się w ośrodkowym układzie nerwowym, a w konsekwencji oddziałują na stany emocjonalne organizmu i postrzeganie rzeczywistości. Dwa największe układy neuroprzekaźnikowe są kluczowe w odczuwaniu emocji. Mowa tu o układach GABA-energicznym i glutaminergicznym. Układy te ściśle współdziałają ze sobą, uzupełniając się. Pierwszy z nich GABA-energiczny działa hamująco, zaś glutaminergiczny pobudzająco. Za odczuwanie emocji o nasileniu przyjemnym odpowiada układ dopaminergiczny. Większość substancji psychoaktywnych aktywuje ten



układ (wyrzut dopaminy), a połączenia neuronalne podlegają zjawisku neruoplastyczności, które zostało opisane w rozdziale „Podłoże neurobiologiczne mechanizmów uzależnienia”.

Pierwszą grupą klasyfikacji substancji psychoaktywnych według działania na układ nerwowy są stymulanty, do których należą naturalne związki organiczne o odczynie zasadowym (alkaloidy: np. kokaina, kofeina, nikotyna), jak również aminy organiczne (np. amfetamina, pochodne amfetaminy). Środki te działają pobudzająco na ośrodkowy układ nerwowy, przyspieszając akcję serca, powodują podniesienie się ciśnienia krwi, w konsekwencji wydolność organizmu rośnie. Drugi rodzaj substancji działających na OUN to depresanty. Ich działanie, w porównaniu do stymulantów ma czynnik hamujący dzięki blokowaniu neuroprzekaźników w mózgu, obniżający napięcia nerwowego, a tym samym uspakajający, aż w skrajnych przypadkach (zwiększenie dawki) powodujący utratę przytomności. W ramach depresantów znajdują się takie środki jak: opioidy, alkohol, benzodiazepiny, marihuana. Do trzeciej grupy substancji w tym rodzaju klasyfikacji zaliczamy empatogeny zamiennie określane jako etaktogeny (np. MDMA – *ecstasy*, mefedron). Substancje te mają działanie psychostymulujące, które powoduje zwiększone odczuwanie emocji, ale też empatii, ale też wpływają stymulująco i niejednokrotnie zawierają się w dwóch grupach, tj. w stymulantach i właśnie w empatogenach. Ostatnią omawianą grupę stanowią halucynogeny – powodujące występowanie halucynacji oraz zniekształcenia rzeczywistości, w tym obrazu otoczenia czy odczuwania czasu. Należą do niej substancje o zarówno o pochodzeniu syntetycznym, jak i naturalnym (halucynogeny klasyczne – *psychodeliki*, halucynogeny dysocjacyjne – *dysocjanty*, delirianty) (Bijoch i in., 2021).

1.3.4 Rodzaje środków psychoaktywnych z uwzględnieniem potencjału uzależniającego

Potencjałem uzależniającym (*ang. addiction potential/dependence liability*) środków psychoaktywnych określa się poziom zdolności substancji psychoaktywnej do wywołania charakterystycznego sposobu jej używania, tj. kompulsywnego, niekontrolowanego i powodującego negatywne skutki w postaci wystąpienia tolerancji, jak również uzależnienia fizycznego, psychicznego lub obydwu jednocześnie, a także pojawienia się symptomów w przypadku odstawienia substancji czy jej ograniczenia (Jabłoński, 2022).

Siła potencjału uzależniającego zależy od kilku czynników:

- specyfika oddziaływania substancji na układ nerwowy (poziom działania dopaminergicznego układu nagrody powoduje określone nasilenie potencjału uzależniającego)
- sposób użycia oraz szybkość działania substancji (szybkość działania substancji jest

wprost proporcjonalna do potencjału uzależniającego)

- okres i intensywność zażywania substancji (im dłuższe stosowanie, tym większe ryzyko wystąpienie uzależnienia)
- fizyczne i psychiczne objawy odstawiennne (im jest ich więcej i są dotkliwe, tym większy potencjał uzależniający)
- predyspozycje osobowościowe (czynniki genetyczne, społeczne, psychiczne, środowiskowe determinują ryzyko uzależnienia) (Hasin i in., 2013).

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych wprowadza klasyfikację środków psychoaktywnych z uwzględnieniem potencjału uzależniającego. Warto przy tym opisać dwie ostatnie edycje ICD, tj. 10-tą nadal obowiązującą w Polsce i 11-tą w procesie wdrażania.

W pierwszej klasyfikacji (ICD-10) środki psychoaktywne pod kątem potencjału uzależniającego zebrano w oznaczeniach od F10 do F19. I tak odpowiednio:

- F10 – to „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu” z wysokim ryzykiem uzależnienia, biorąc pod uwagę regularność i ilość jego spożywania,
- F11 – „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opioidów”, określane jako bardzo wysoki potencjał uzależniający charakteryzujący się szybką tolerancją i uporczywymi symptomami odstawiennymi,
- F12 – „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli” z potencjałem uzależniającym w stopniu umiarkowanym,
- F13 – „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji uspokajających i nasennych” z ryzykiem wystąpienia uzależnienia przy długotrwałym stosowaniu poza celami medycznymi,
- F14 – „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy”, jako substancji o wysokim i szybkich możliwościach uzależniających, prowadzącym do zjawiska silnego głodu narkotycznego,
- F15 – „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych substancji stymulujących, w tym kofeiny”, o bardzo wysokich zdolnościach uzależniających, z poważnymi szkodami zdrowotnymi,
- F16 – „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów”, tj. środków o niskim potencjale uzależniającym, ale jednocześnie o wysokim ryzyku wystąpienia trwałych uszkodzeń percepcyjnych,
- F17 – „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem

tytoniu”, o wysokim ryzyku uzależnienia i współwystępowaniem wielu schorzeń,

- F18 – „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi”, prowadzącym do szybkiego uzależnienia i wielu poważnych chorób,

- F19 – „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych”, w których potencjał zależy od doboru zażywanych środków i określenia dominującej substancji. (Ministerstwo Zdrowia, 2000).

11 edycja Międzynarodowej Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych natomiast zmieniając oznaczenia substancji psychoaktywnych, uszczegółowiła kody, które odpowiadają grupom substancji, ale z podkategoriami i wielokrotną możliwością użycia kodów. Grupując substancje psychoaktywne w ramach ICD 11, można wyróżnić te o bardzo wysokim potencjale uzależnienia (6C43 – opioidy, 6C45 – kokaina); o wysokim potencjale uzależnienia (6C40 – alkoholu, 6C44 - leki uspokajające, nasenne lub przeciwłękowe, 6C46 - środki pobudzające, w tym amfetamina, metamfetamina lub metylkatynon i 6C47 - syntetyczne katynony). Wśród substancji o umiarkowanym potencjale uzależnienia znalazły się kannabinoidy pochodzenia roślinnego (6C41) oraz kannabinoიდów syntetyczne (6C42), natomiast niskie ryzyko uzależnienia prezentuje kofeina (6C48) i halucynogeny (6C49). (Ministerstwo Zdrowia, 2022).

1.3.5 Status legalności substancji psychoaktywnych

W polskim prawie status legalności środków psychoaktywnych regulują zarówno ustawy, jak i akty inne aktyw prawne skupione wokół aspektów ochrony zdrowia publicznego, ograniczania dostępności substancji uznanych za niebezpieczne oraz profilaktyki uzależnień. Wśród substancji podlegających regulacjom prawnym są zarówno środki narkotyczne, jak i leki psychotropowe, ale też tak zwane nowe substancje psychoaktywne (NSP). I tak potocznie można określić, że aktualny stan legalizacji substancji psychoaktywnych dzieli je na legalne i nielegalne. Za tym idzie precyzyjność określenia jako zakazanych czy dostępnych do użytku jedynie w celach medycznych oraz penalizacja w przypadku ich posiadania, wytwarzania czy handlu, a nawet reklamowania.

Alkohol jest substancją dozwoloną do obrotu i spożywania, ale jego sprzedaż, określona pojemność czy reklama jest regulowana przepisami. Ustawą, która reguluje te kwestie, jest Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości



i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U.2023.0.2151). (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2022). Aktem regulującym obecność innych substancji psychoaktywnych (środków odurzających, substancji psychotropowych) zaś jest Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179, poz. 1485 z późn. zm.). W polskim systemie prawnym całkowicie niedozwolona jest produkcja, posiadanie i wprowadzania do obrotu poza dystrybucją w celach medycznych pod ścisłą kontrolą amfetaminy, kokainy, LSD, heroiny (KCPU, 2023).

Inne substancje, np. środki psychotropowe obejmujące także grupy leków o działaniu nasennym i uspakajającym również znajdują się w ściśle kontrolowanej dystrybucji, sprzedawanych w aptekach w celach terapeutycznych, wyłącznie na receptę lekarską. Jest to tak zwana grupa środków kontrolowanych, w której głównym determinantem jest zdolność uzależniająca (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2021).

Specyficzną grupą substancji są opioidy, które używane są w leczeniu bólu przewlekłego i o dużym nasileniu, często w stanach terminalnych pacjentów. Opioidy tak jak i benzodiazepiny (między innymi leczenie bezsenności, lęku) są legalnymi substancjami psychoaktywnymi w Polsce, ale prawa znacznie ogranicza ich dostępność, a wystawiane na nie recepty są kontrolowane pod względem ilości przepisywanych środków i podlegają dokumentowaniu farmaceutycznemu (Kozak i Wojnar, 2019).

Prawdziwym wyzwaniem ostatnich lat dla środowiska prawniczego czy medycznego w Polsce i na świecie stanowią nowe substancje psychoaktywne (NSP), potocznie nazywane „dopalaczami”. Ich zmieniająca się struktura chemiczna, nieznanne pochodzenie i oddziaływanie, bardzo duża toksyczność i zagrożenie dla zdrowia oraz życia powodują konieczność stałego monitoringu środowiska osób zażywających, niejednokrotnie podejmowania szybkich działań ratowniczych, ale też zdecydowanych i wnikliwych działań zapobiegających wprowadzania tych substancji na rynek (KCPU, 2023).

Biorąc pod uwagę powyższe fakty, należy stwierdzić, że sytuacja legalności substancji psychoaktywnych w Polsce jest dość złożona, podlega modyfikacjom, ale też niejednokrotnie nie zwyczajnie nadąża za zmianami w trendach ich używania, kanałami dystrybucji, a w tym również niezbyt kontrolowanymi rynkami internetowymi.

1.4 Wpływ środków psychoaktywnych na organizm człowieka

Charakteryzując wpływ substancji psychoaktywnych na funkcjonowanie człowieka, należy rozpatrywać różne aspekty, tj. zdrowie fizyczne, psychiczne, czy wymiar społeczny. W niniejszej pracy opisywane są kwestie związane z narkotykami w ujęciu uzależnienie od tych



środków, dlatego też autorka skupia się na negatywnych skutkach używania środków psychoaktywnych. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych w literaturze tematu postrzegane jest jako jeden ze składników szkodliwości tych środków. Niemniej ważnym elementem jest także ryzyko przedawkowania substancji i z tym związana śmiertelność pacjentów, czy ich trwałe uszkodzenia narządów, powstające niepełnosprawności. Te zjawiska naturalnie generują wysokie koszty zarówno społeczne, jak i medyczne czy prawne.

1.4.1 Wpływ środków psychoaktywnych na zdrowie somatyczne

Zaburzenia somatyczne spowodowane szkodliwym oddziaływaniem narkotyków objawiają się w wielu układach i narządach organizmu człowieka, np. w układzie odpornościowym, nerwowym, krążenia, oddechowym, wydzielania wewnętrznego, moczowo-płciowym.

Układ odpornościowy jest szczególnie narażony na negatywne skutki używania środków psychoaktywnych, chociaż niestety dokładny mechanizm ich działania jak dotychczas nie jest do końca zbadany naukowo, a to w konsekwencji następuje wielu wątpliwości, problemów w definiowaniu, ale też znacznie utrudnia leczenie pacjentów uzależnionych. Destrukcyjny tryb życia uzależnionych, w tym ich niedbałość o zdrowe odżywianie, częsty stres prowadzą do problemów ze snem, różnorodnych infekcji. U osób spożywających narkotyki diagnozuje się wiele schorzeń, np. powiększenie rozmiaru węzłów chłonnych (uogólniona limfadenopatia), przewlekła/ostra infekcja w zakażeniu wirusowym, bakteryjnym lub pasożytniczym (podwyższony poziom immunoglobulin IgG i IgM), procesy zapalne osłabiające układ odpornościowy (limfocytoza, gruźlica, kiła, białaczka limfatyczna), modyfikacja działania komórek NK (natural killer) niezbędnych do zwalczania wirusów i nowotworów. Iniekcje dożylnie u osób uzależnionych od narkotyków sprzyjają zakażeniu wirusem upośledzenia odporności HIV, a w wyniku tego zakażenia nabywaniu zespołu upośledzenia odporności AIDS. Współistniejącymi przy HIV i AIDS są częste infekcje płuc, wsierdza czy występowanie posocznicy. Osoby zakażone HIV, przyjmujące substancje psychoaktywne (zwłaszcza drogą dożylną), częściej zapadają na infekcje (np. płuc, wsierdza) i ogólne zakażenie organizmu określanego SEPSĄ (posocznica).

Szkodliwy wpływ substancji psychoaktywnych na układ nerwowy manifestuje się bardzo charakterystycznie w zespole abstynencyjnym napadami drgawkowymi. Ponadto może dochodzić do zatruc, podwyższenia ciśnienia krwi, spastyczności naczyń mózgowych, nieadekwatnego do wieku szybkiego rozwój miażdżycy. Przyjmowanie kokainy i amfetaminy może prowadzić krwotoków i udarów niedokrwiennych spowodowanych uszkodzeniem



płytek krwi. U uzależnionych od kokainy, lotnych rozpuszczalników czy barbituranów obserwuje się występowanie uszkodzeń mózdzku (zaburzenie koordynacji ruchowej, oczopląs, drżenie mięśniowe, dysmetrię). Z kolei w przypadku nałogowego zażywania leków nasennych i uspakajających pojawia się nadmierna stymulacja mięśni i ścięgien (odruchów ścięgniaste). Toksyczne działanie substancji psychoaktywnych (alkohol, ketony, lotne rozpuszczalniki) prowadzi także do występowania różnych postaci neuropatii (mononeuropatia, polineuropatii, w tym zespół Guillain-Barré). Wśród innych dolegliwości układu nerwowego są ostre bóle głowy, szczególnie u osób zażywających kokainę, leki nasenne i uspakajające czy odurzających się lotnymi rozpuszczalnikami. Pojawiające się natomiast zakażenia bakteriami prowadzą do zapalenia opon mózgowych, ropni mózgu (wtórne zakażenia OUN). Zanieczyszczenia obecne w substancjach psychoaktywnych sprzyjają rozwojowi alergii, encefalopatii i otępień.

Układ oddechowy również jest niezmiernie narażony na uszkodzenia spowodowane nadużywaniem środków psychoaktywnych. Najczęstsze powikłania występują w obrębie oskrzeli (palenie nikotyny). Pneumokokowe zapalenie płuc obserwuje się u przyjmujących narkotyki dożylnie. Wirus HIV również często odpowiada za zapalenie płuc. Bardzo charakterystyczne jest występowanie gruźlicy u osób uzależnionych. Choroba ta powstaje w wyniku braku dbałości o jakość życia, związanej z tym niewydolności układu odpornościowego. Są to częste powikłania u osób palących crack. U osób przyjmujących kokainę pojawia się na przykład pylica płuc, samoistna odma. Choroby nowotworowe również nie są rzadkością u uzależnionych (rak płaskonabłonkowy, w tym rak krtani, drobnokomórkowy, gruczolakorak płuc) (Habrat i in., 2002).

W obrębie układu krążenia substancje psychostymulujące prowadzą do nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu i chorób niedokrwienych serca, tworzeniem się tętniaków, schorzeń mięśnia sercowego (kardiomiopati). Ta grupa chorób podwyższa ryzyko nagłych zgonów u osób uzależnionych, szczególnie od opioidów. Infekcje bakteryjne prowadzą także do stanów zapalnych żył, nawet do ich zaniku, zakrzepicy, zapalenia przyzębia, ropni skóry.

Zaburzenia w układzie wydzielania wewnętrznego mogą powodować substancje psychoaktywne poprzez nauroprzeżywalność w Ośrodkowym Układzie Nerwowym i wyrzut hormonów przysadki mózgowej. I tak na przykład działanie opiatów może spowodować zaburzenie wydzielania prolaktyny, estrogenów czy testosteronu, których działanie jest kluczowe dla prawidłowego funkcjonowania układu rozrodczego. Zażywanie kokainy czy marihuany może spowodować niepłodność, impotencję, czy zaburzać działanie tarczycy (Zin, 2020).



Alkohol, opioidy, kokaina, amfetamina są substancjami, które wywołują rabdomiolizę (martwicę mięśni poprzecznie prążkowanych) w układzie mięśniowo-szkieletowym, a w następstwie zapalenie czy uszkodzenie mięśni (mioglobinuria). U osób uzależnionych diagnozuje się także zapalenie kręgów lędźwiowych i stawów i bardzo często zapalenie szpiku kostnego (zażywanie heroiny).

Schorzenia układu moczowo-płciowego obejmują zakażenia kiłą, rzeżączką, oczywiście HIV, ale też opryszczkę odbytu i narządów płciowych, Salmonellozę, chorobę pasożytniczą dwunastnicy (lambioza), gonokokowe zapalenie gardła czy też zapalenie wątroby typu A. Narząd wątroby u większości przypadków osób uzależnionych narażony jest na stłuszczenie, marskość, szczególnie z powodu nadużywania alkoholu. W przypadku zaś uzależnień mieszanych alkoholu i innych substancji psychoaktywnych następuje zwielokrotnienie działania toksycznych substancji i dochodzi do bardzo niebezpiecznych następstw (Zin, 2020).

Iniekcje dożylnie powodują szereg stanów zapalnych skóry, owrzodzeń, ropni, czyraków, zmian zapalnych, grzybiczych, pasożytniczych. Dochodzi także do niewydolności układu żylnego, ale też do stanów nowotworowych (mięsak Kaposiego-mięsak tkanek miękkich pochodzenia naczyńniowego). Osoby przyjmujące kokainę, amfetaminę posiadają liczne blizny, uszkodzenia skóry, podrapania. Heroiniści czy palący crack mają ślady po oparzeniach.

Charakterystyczne podrapania linijne lub ślady po „wyciskaniu” skóry występują u osób przyjmujących kokainę oraz amfetaminę. Ślady po oparzeniach (najczęściej papierosami) na skórze klatki piersiowej, dłoniach, stwierdza się u przyjmujących leki uspokajające i nasenne, opiaty, a oparzenia kciuka – u palących heroinę, crack (Habrat i in., 2002).

1.4.2 Oddziaływanie środków psychoaktywnych na sferę psychiczną człowieka

Długotrwała ekspozycja na substancje psychoaktywne sprzyja oczywiście uzależnieniu, prowadzi do nieuchronnych zmian zarówno neurochemicznych, jak i zaburza funkcjonowanie psychiczne człowieka. Używanie tych środków może spowodować bardzo silne zaburzenia psychiczne. W uzależnieniu od środków psychoaktywnych charakterystyczne są objawy w poszczególnych fazach ich używania. Początkowa poprawa nastroju, spotęgowanie energii czy zmniejszenie objawów lękowych ustępuje często nasileniu się objawów psychopatologicznych.



W zależności od rodzaju używanej substancji mogą występować procesy tłumienia lub zaostrzenia obecnych już w organizmie schorzeń psychicznych. W konsekwencji uzależnienie od środków psychoaktywnych może wpływać na zmiany nastroju o różnym przebiegu i czasie trwania, na procesy poznawcze, emocjonalne, motywacyjne, ale też na osobowość człowieka (Kozłowska i Wciórka, 2019).

W klinicznym obrazie zaburzeń mających związek z używaniem narkotyków występują psychozy, urojenia, omamy, stany maniakalne, schizofreniczne, objawy depresji. Substancje halucynogenne (konopie, lotne rozpuszczalniki) mogą wywoływać stany psychotyczne i niepsychotyczne. W przypadku konopi najczęstsze objawy psychotyczne koncentrują się wokół urojeń prześladowczych, omamów, zaburzeń lękowych, orientacji, pobudzenia psychoruchowego, depersonalizacji, synestezji. Zażywanie LSD kreuje mistyczne przeżycia, fantastyczne urojenia, omamy, iluzje oraz pojawienie się stanu ekstazy i euforii, ale też powoduje zaburzenia orientacji, synestezję. Obydwa te środki psychoaktywne powodują także pojawienie się zjawiska „flashbacks”, które definiowane jest jako retrospekcje, tj. mimowolne odtwarzanie wydarzeń, często trudnych, bolesnych, które miały miejsce w przeszłości. Lotne rozpuszczalniki w przebiegu klinicznym stanów psychotycznych powodują nagłą senność lub stan pobudzenia, ale też omamy zarówno wzrokowe, jak i słuchowe, urojenia ksobne. Uzależnieni mogą przeżywać nierealne wydarzenia, w których grają główne role, być przestraszeni czy agresywni, drażliwi. Stany te po ich ustąpieniu zapadają w pamięć i często wywołują dążenie do ponownego przeżycia. Zespoły urojeniowe występują także w przypadku zażywania amfetaminy i kokainy, nawet po jednej dawce i mogą utrzymywać się nawet po odstawieniu substancji. Urojenia kokainowe i amfetaminowe wiążą się często z charakterystycznymi iluzjami wzrokowymi, na przykład, w których zażywający widzi swoją zniekształconą twarz w błyszczących powierzchniach. Ponadto występują także myśli prześladowcze, odczucia swędzenia i palenia skóry, zaburzenia snu, niestabilność nastroju, napadowy lęk paniczny, czy też agresja i podniecenie. Zespoły kokainowe chociaż występują rzadziej niż poamfetaminowe, to są zdecydowanie bardziej nasilone. Chorzy mają majaczeniowe zaburzenia świadomości, tak zwany „obłąd pasożytniczy” (halucynoza dotykowa) są agresywniejsi. W przebiegu klinicznym występują omamy cenestetyczne charakteryzujące się widzeniem pasożytów, owadów, larw pod skórą, a w konsekwencji drapaniem tych miejsc i uszkodzaniem ciała. W powikłaniu uzależnienia często obecny jest zespół depresyjny z obniżeniem nastroju, spowolnieniem psychoruchowym, sennością, spadkiem motywacji, ale także nasileniem myśli samobójczych (Fiorentini i in., 2021).



Częstym tematem rozważań psychiatrów i psychologów jest związek zmian w strukturze osobowości a zażywaniem narkotyków. Mimo, że nie ma ostatecznego potwierdzenia istnienia takiej korelacji, to niewątpliwie badania naukowe potwierdzają, że u części zachowujących wieloletnią abstynencję od substancji diagnozuje się zmiany osobowości. Często występujące objawy to tendencje do pseudofilozofowania, myślenia magicznego, znaczne obniżenie nastroju, zachowania antyspołeczne. Nałogowe używanie opioidów zaburza zdolność do adaptacji, planowania przyszłości, powoduje utratę zainteresowań, życie „z dnia na dzień” oraz postawę roszczeniową wobec otoczenia i sztywność zachowania. Substancje stymulujące powodują niestabilność emocjonalną, anhedonię, impulsywność, brak tolerancji na inne osoby. Leki uspakajające i nasenne upośledzają funkcje poznawcze. U osób uzależnionych od marihuany istnieje bardzo duże ryzyko wystąpienia psychoz podobnych do tych w przebiegu schizofrenii. Z kolei w zespole amnestycznym u osób nałogowo zażywających barbiturany, benzodiazepiny, czy w uzależnienia od kilku rodzajów substancji, nasilają się zaburzenia zapamiętywania, występuje amnezja wsteczna i następcza, luki pamięciowe, brak orientacji w czasie, konfabulacje. Uszkodzenia mózgu w przebiegu encefalopatii wywołane przez barbiturany, lotne rozpuszczalniki w początkowej fazie obniżają koncentrację, nasilają męczliwość, a następnie doprowadzają do wystąpienia drażliwości i impulsywnego zachowania z utratą kontroli. Uzależnieni są agresywni, niebezpieczni, często nadmiernie komentują i przywiązują uwagę do szczegółów, łamią normy społeczne, są apodyktyczni. W grupie uzależnionych nierzadkie są napady drgawkowe i urazy głowy, a to w konsekwencji może doprowadzić do pojawienia się zespołu otępiennego (Baran-Furga i Steinbarth-Chmielewska, 2012).

Środowisko psychoterapeutów uzależnień od wielu lat obserwuje u swoich pacjentów zjawisko tak zwanej podwójnej diagnozy, która dotyczy współwystępowania chorób psychicznych z uzależnieniem. Z opinii psychoterapeutów uzależnień, w tym również moich osobistych doświadczeń wynika, że są to osoby o bardzo trudnej diagnozie, skomplikowanym przebiegu leczenia, licznych nawrotach. Niejednokrotnie środowisko terapeutyczne spotyka się z niestabilnym zachowaniem tych pacjentów, z tendencją zarówno do wybuchów agresji, w tym nawet fizycznej, jak i też z drugiej strony do częstych myśli, a nawet prób samobójczych. Istotnym czynnikiem w przypadku tego rodzaju pacjentów jest nie tylko charakterystyka działania poszczególnych substancji, ale też bardzo skomplikowane i ciężkie objawy wywołane zespołami odstawiennymi. Niemniej ważne są w tym wypadku czynniki życiowe uzależnionego. Zła sytuacja socjalna, nawet bezdomność, powoduje izolację od społeczeństwa, dyskryminację, a często kryminalizację. Od wielu lat w środowiskach



naukowych toczy się dyskusja o aspektach pierwotnych i wtórnych w uzależnieniach. Jak dotychczas nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy choroba psychiczna, czy też uzależnienie jest czynnikiem pierwotnym w uzależnieniu. Standardem w opiece nad pacjentami uzależniającymi jest równoczesne prowadzenie terapii z leczeniem psychiatrycznym. Niemniej jednak na podstawie badań epidemiologicznych uważa się, że osoby z zaburzeniami psychicznymi częściej uzależniają się od substancji psychoaktywnych niż osoby, które nie mają zdiagnozowanych takich chorób. Tu za przykład można podać statystyki procentowe: uzależnieni chorzy na schizofrenię – 47%, choroby afektywne – 32%, a zaburzenia lękowe – 23,7%, w porównaniu do populacji ogólnej 6,1%.

Bardzo charakterystyczne jest współwystępowanie u uzależnionych od opioidów rozpoznania osobowości dyssocjalnej i borderline. Odsetek tych osób waha się w bardzo wysokim przedziale od 30% do 70%. Zaburzenie depresyjne natomiast miewa około 12-17% poddawanych terapii substytucyjnej (program metadonowy) i aż 30% abstynentów. Uzależnieni od opioidów niestety też plasują się w wysokich statystykach zachowań suicydalnych. Aż 30–73% pacjentów przyznaje się do myśli samobójcze. Częstotliwość zaś prób samobójczych wśród tych osób jest dziesięciokrotnie wyższa niż u osób nieuzależnionych.

W podsumowaniu tematyki tego podrozdziału warto raz jeszcze podkreślić, że w zależności od przyjmowanego środka psychoaktywnego występują najczęściej konkretne zaburzenia psychiczne. Zobrazuje jej poniższa tabela.



Tabela 3 Rodzaje substancje psychoaktywne i współlistniejące zaburzenia psychiczne

Rodzaj substancji psychoaktywnej	Rodzaj współlistniejącego zaburzenia psychicznego
grupa opioidów	zaburzenie dyssocjalne (osobowość dyssocjalna), zaburzenie z pogranicza (borderline), zespół depresyjny
kokaina, amfetamina	zespół depresyjny, zaburzenia ze spektrum schizofrenii, zaburzenia odżywiania się, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
leki uspokajające i nasenne	zaburzenie lękowe, zespół depresyjny, zespół psychoorganiczny
konopie indyjskie, inne substancje halucynogenne	zaburzenia ze spektrum schizofrenii, schizofrenia, zespół amotywacyjny
lotne rozpuszczalniki	zaburzenie dyssocjalne (osobowość dyssocjalna), zaburzenie z pogranicza (borderline), zespół amotywacyjny, zaburzenia urojeniowe (psychoza)

Źródło: opracowanie własne

1.4.3 Zazywanie substancji psychoaktywnych a zmiany w funkcjonowaniu społecznym człowieka

Negatywny wpływ substancji psychoaktywnych na funkcjonowania człowieka nie ogranicza się tylko do aspektów jego zdrowia psychicznego czy fizycznego. Niemniej ważną kwestią jest obecność każdej jednostki w społeczeństwie. Według raportu zatytułowanego „Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania 2018/2019” stworzonego na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych w latach 2018/2019 przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii ówczesnego Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wśród najważniejszych problemów społecznych znalazł się alkoholizm Polaków (II miejsce z wynikiem 78,4%) oraz zjawisko narkomanii (III miejsce z wynikiem 75,2%) (Malczewski, 2020).

Funkcjonowanie społeczne to zespół relacji interpersonalnych, zarówno w rodzinie, jak i w edukacji, w życiu zawodowym. Uzależnienie bardzo pogarsza relacje interpersonalne. Osoby uzależnione często izolują się od otoczenia. Z jednej strony unikają kontaktów towarzyskich, a z drugiej otoczenie widząc ich niestabilne zachowanie, podejrzliwość, impulsywność przestaje je akceptować. Dochodzi więc do konfliktów, w których to prowodyrami często są sami uzależnieni. Uzależnieni bardzo często zaniedbują swoje

obowiązki wobec rodziny, dzieci. Zaniedbania mają charakter zarówno emocjonalny, jak i ekonomiczny. Nałóg powoduje wydatkowanie środków finansowych w większości na substancje psychoaktywne, brakuje wtedy na codzienne potrzeby rodziny. W rodzinie dochodzi do awantur, przemocy fizycznej i psychicznej wobec najbliższych, w tym dzieci. Pojawiają się zaburzenia emocjonalne, rozwojowe, ale też psychiczne czy somatyczne, szereg destrukcyjnych zachowań, zjawisk, mających swoje skutki również w późniejszym życiu, na przykład doświadczenie współzależnienia (Dziukiewicz, 2018).

Wśród grupy osób, które kontynuują edukację w szkołach i uczelniach zaobserwować można obniżenie się wyników w nauce, wagarowanie czy też przejawy niedostosowania społeczne. Powodem może być zarówno uzależnienie samego ucznia, studenta, jak i także problem z nałogiem członka rodziny. Osoby uzależnione mają również dużo problemów w życiu zawodowym, często mają trudności z utrzymaniem pracy, zaniedbują swoje obowiązki. Nadmierna senność, spędzanie czasu na dziennych i nocnych spotkaniach, których celem jest spożywanie alkoholu czy innych środków, wyniszczenie organizmu, powoduje obniżenie wydolności pracowniczej, liczne zwolnienia lekarskie, zmniejszanie się wynagrodzenia (Łabno, 2022).

Sytuacja społeczna uzależnionych jest skomplikowana i trudna. Specyfika uzależnienia doprowadza do dużych szkód w życiu tych osób. Stopniowe obniżenie standardu życiowego i utrata zasobów indywidualnych prowadzą do utraty zatrudnienia, miejsca zamieszkania, wspomnianych wyżej kontaktów, wykluczenia z otoczenia, z rodziny. Osoby w kryzysie bezdomności i marginalizowania to wyzwanie dla państwa i systemu opieki socjalnej oraz ochrony zdrowia. Proces powstawania bezdomności wśród osób uzależnionych postępuje bardzo szybko i generuje szkody zarówno dla samego chorego, jak i społeczeństwa, a także jest ogromnym obciążeniem finansowym dla budżetu kraju.

Samo uzależnienie to czynnik ryzyka. Dostęp do leczenia i pomocy socjalnej w przypadku osób uzależnionych jest utrudniony nie tylko z uwagi na determinanty zewnętrzne, np. ogólny długi okres oczekiwania na uzyskanie specjalistycznej pomocy lekarskiej, zbyt mała ilość pracowników zawodów medycznych, często nieuregulowana sytuacja urzędowa, prawna. Z przyczyn leżących bezpośrednio po stronie samych uzależnionych są, chociażby same aspekty gotowości do podjęcia leczenia, do zmiany swojego życia i częste nawroty powodujące przerwanie terapii odwykowej, specjalistycznej, w tym hospitalizacji (Łukowski, 2025).

Grupą szczególnego ryzyka wśród uzależnionych jest także młodzież. Skutkiem wczesnej inicjacji alkoholowej i narkotykowej są zaburzenia zachowania i emocjonalne, w



tym również prowadzące do trwałych schorzeń psychicznych, trudności szkolne, łamanie prawa. Od kilku lat wśród młodzieży panuje pewna niebezpieczna moda na tak zwane „challenge” (z ang. *wyzwanie*), które propaguje zachowanie ryzykowne, w tym również spożywanie substancji psychoaktywnych. Jest to niejako „bilet wstępu” do środowiska rówieśniczego, a osoby niepoddające się „wyzwaniu” są marginalizowane, poddawane hejtowi, różnym formom przemocy, również szkolnej (Kulesza, 2025).

Postrzeganie osób uzależnionych przez społeczeństwo jest również czynnikiem wykluczenia społecznego. W przywołanym już w tej pracy raporcie „Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania 2018/2019” respondenci odpowiedzieli także na pytanie o to, jak postrzegają użytkowników narkotyków. 81% ankietowanych określiło te osoby jako chore, 69% jako osoby nieszczęśliwe, 65% zaklasyfikowało do osób, które mają negatywne oddziaływania na otoczenie, a 53% respondentów odpowiedziało, że osoby uzależnione od narkotyków odniosły porażkę życiową (Malczewski, 2020).

Skutki ekonomiczne uzależnienia generują ogromne koszty dla jednostki i dla całego społeczeństwa. Wydatki medyczne (ratownictwo, leczenie, rehabilitacja) to niejedyne obciążenie budżetowe. Interwencje policji, koszty związane z prowadzeniem postępowań sądowych, wykonawczych w stosunku do nadal niskiej skuteczności w przeciwdziałaniu i leczeniu uzależnień są często przykładem nieefektywnego wykorzystania zasobów publicznych i wskazują na potrzebę systemowych reform w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej. Gminy i miasta ponoszą koszty prowadzenia działań profilaktyki uzależnień, wsparcia rodzin, programów aktywizacji zawodowo-społecznej oraz terapii uzależnień, a mimo to działania te okazują się niewystarczające. Przede wszystkim brakuje finansowanych przez NFZ poradni leczenia uzależnień, w których pacjenci dostają bezpłatną pomoc terapeutyczną, prawidłowej ewaluacji programów, monitorowania losów uzależnionych po zakończeniu projektu i wspierania ich. Niewystarczające są także aspekty grup samopomocowych (Anonimowych Alkoholików-AA, Anonimowych Narkomanów-AN). Mieszkalnictwo wspomagane czy zatrudnienie wspierane dla osób uzależnionych praktycznie nie istnieje. Problemem jest także brak odpowiedniej współpracy służb medycznych, interwencyjnych, pomocowych i sądów (KCPU, 2023).

Moje kilkunastoletnie doświadczenie kuratora sądowego w prowadzeniu spraw z katalogu zobowiązania do przymusowego leczenia odwykowego potwierdza trudności w egzekwowaniu postanowień sądów. Wobec nadzorowanych prowadzone jest postępowanie sądowe, którego skutkiem jest wydanie postanowienia o przymusowym leczeniu odwykowym. Uzależniony objęty jest nadzorem kuratora sądowego, który podejmuje szereg



czynności o charakterze kontrolnym, wychowawczym, resocjalizacyjnym, terapeutycznym i prawnym, mającym na celu podjęcie przez nadzorowanego leczenia odwykowego i de facto zmianę swojego życia. Nadzór trwa dokładnie 24 miesiące, w czasie których podopieczny z reguły uchyla się od obowiązku podjęcia leczenia. Jedyną konsekwencją niewywiązywania się z tego obowiązku jest przymusowe odwiezienie przez policję uzależnionego do ośrodka leczenia, który w każdym momencie nadzorowany może opuścić.

Skuteczne przeciwdziałanie negatywnym skutkom uzależnienia powinno być interdyscyplinarne, ponieważ wymaga wieloaspektowego podejścia do tematu, obejmujące zarówno opiekę medyczną, wsparcie społeczne, socjalne, reintegrację połączoną z resocjalizacją, ale także działania na arenie politycznej i specjalistyczną edukację, w tym psychoedukację.

1.5. Zespół uzależnienia od opioidów

1.5.1 Charakterystyka opioidów jako środków psychoaktywnych

W literaturze naukowej (medycznej, psychologicznej) funkcjonują dwa określenia: opioidy i opiaty, często używane zamiennie. Opioidy to pojęcie szerokie i dotyczy zarówno opioidów, jak i opiatów. Substancje opioidowe należą do grupy, w której wyróżnia się związki o pochodzeniu naturalnym, półsyntetycznym, syntetycznym i endogennym. Opioidy działają tłumiająco na centralny układ nerwowy (oun). Efekt ten jest najbardziej widoczny w obrazie klinicznym przedawkowania, m.in. w śpiączce, spadku ciśnienia tętniczego krwi, zwolnieniu częstości uderzeń serca i liczby oddechów aż do ustania podstawowych czynności życiowych. Naturalne opioidy inaczej opiaty to pochodne opium, izolowane z maku *Papaver somniferum* (np. morfina, kodeina, tabaina). Do związków półsyntetycznych zalicza się oksykodon, heroinę, hydromorfon, hydrokodon, oksymorfon, a do syntetycznych fentanyl, metadon, loperamid, tramadol, czy buprenorfina. Substancje te mają działanie przeciwbólowe, ale także uspokajające, przeciwkaszlowe, euforyzujące oraz – w dłuższym stosowaniu – uzależniające. Są stosowane głównie w leczeniu bólu umiarkowanego do silnego, w anestezji oraz terapii uzależnień. Endogenne opioidy (enkefaliny, endorfiny i dynorfiny) mają działanie euforyczne i analgetyczne (zniesienie odczucia bólu), oddziałują na receptory opioidowe μ (μ), δ (delta) lub κ (kappa), które znajdują się w mózgu, rdzeniu kręgowym, tkankach, układzie pokarmowym, macicy, sercu, płucach, układzie immunologicznym i niektórych mięśniach (Zaporowska-Stachowiak i in., 2020).

Nazwa heroina została zaczerpnięta od niemieckiego słowa „heroisch” (*potężny*) i ma silne działanie farmakologiczne i psychoaktywne. Morfina jako lek podawana jest celem



uśmierzenia silnych bólów o nasileniu silnym i umiarkowanym. Charakterystyczne dla morfiny objawy niepożądane to suchość w ustach, mdłości, zaparcia, zwolnienie akcji serca, obniżenie ciśnienia krwi, zwężenie źrenic, depresję układu oddechowego (działanie tłumiące). Pozamedycznie przyjmowana jest w dużych dawkach przez osoby uzależnione, by osiągnąć efekt euforii, ale jednocześnie spowalnia akcję serca do takiego poziomu, że następuje utrata przytomności. Długotrwałe zażywanie morfiny powoduje ciężkie zaparcia, utratę popędu seksualnego, ciężki przebieg uzależnienia. U ciężarnych uzależnionych od morfiny występuje bardzo duże ryzyko rozwoju uzależnienia już na etapie płodowym, utraty zdrowia lub życia przez dziecko (Szukalski, 2012).

W obrocie na rynku narkotykowym obecne są także zmodyfikowane substancje o działaniu podobnym do opiatów, ale o innej budowie chemicznej (fentanyl, fencyklidyna, ketamina i metadon). Są to przede wszystkim substancje lecznicze, ale niestety wykorzystywane również w celach pozamedycznych, nielegalnie. W ostatnich latach fentanyl spowodował wielki kryzys narkotykowy. Substancja ta, jako że silniejsza ok. 100 razy od morfiny i jednocześnie tańsza od heroiny, stosowana przez uzależnionych. Jej najmniejsza nawet dawka podawana bez nadzoru lekarskiego jest śmiertelna, powoduje zatrzymanie pracy serca. W Stanach Zjednoczonych mówi się już o pandemii fentnylu. Nitazeny to również narkotyki z grupy opioidów. Są wyjątkowo niebezpieczne, wręcz śmiertelne, silniejsze 300 razy bardziej od heroiny i ponad 10 - krotnie mocniejsze od fentanylu. Fencyklidyna (PCP” pył anioła”) działa psychodelicznie, z efektem oderwania od rzeczywistości. Stosowanie fencyklidyny wywołuje agresję, psychozy, halucynacje, jej stosowanie obciążone jest dużym ryzykiem śmiertelności. Działanie niepożądane innej substancji z grupy opiatopodobnych-ketaminy to uszkodzenia przewodu pokarmowego, moczowego, wzrost powikłań niedokrwienych mięśnia sercowego (Zawilska, 2017).

1.5.2 Specyfika uzależnienia od opioidów – proces, objawy psychiczne, somatyczne i społeczne

Uzależnienie od opioidów stanowi jedno z najbardziej obciążonych negatywnymi skutkami dla organizmu, powodujących degradację i jednocześnie trudnych do leczenia wśród rodzajów nałogów od substancji psychoaktywnych. Proces ten rozwija się w krótkim tempie, a po kilku miesiącach stosowania tych środków można mówić już o pełnoobjawowym zjawisku. Początek do uzależnienia daje już pierwszy kontakt z opioidem, nierzadko przyjętym w celach medycznych. Substancje te mogą być zażywane długotrwałe, bez przerw, nawet przez wiele lat. Bardzo szybko rozwija się tolerancja na narkotyk i w konsekwencji



powstaje silne uzależnienie zarówno psychiczne, jak i fizyczne, pojawiają się symptomy zespołu abstynencyjnego. Z uwagi na fakt, że w organizmie człowieka zlokalizowane są naturalne receptory opioidowe, to przyjmowanie powoduje zaburzenia układu nagrody w mózgu poprzez nadmierne pobudzenie produkcji dopaminy w strukturach limbicznych i zmian w neuroadaptacji. W wyniku działania modulacji aktywności receptorów opioidowych następuje szereg niekorzystnych skutków, takich jak na zmianę stany euforii i depresji, osłabiona reakcja na dotyk, dźwięk, światło, otępienie. W związku z tym uzależnieni nie odczuwają bólu, funkcji motorycznych, psychofizycznych, nie są w stanie kontrolować emocji, nastroju. W tym rodzaju uzależnienia często dochodzi przyjmowania innych substancji psychoaktywnym, np. alkoholu, leków psychotropowych, nikotyny. Sytuację pogarszają częste nawroty, krótkie okresy abstynencji (około 3 miesięcy) i remisji. W toku uzależnienia dochodzi do negatywnych zmian w funkcjonowaniu, braku zdolności do logicznego myślenia i podejmowania decyzji bez użycia narkotyku. Życie takiej osoby koncentruje się wokół sposobów zdobycia substancji, redukcji objawów głodu substancji fizycznego i psychicznego, towarzystwa osób również uzależnionych, ale także łamania prawa, stosowania przemocy wobec otoczenia. Niejednokrotnie w środowisku nałogu opioidowego funkcjonują powiązania ze światem handlu narkotykami, w którym przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu są bardzo powszechne. Posiadanie heroiny jest penalizowane, większość osób ją przyjmujących popełnia przestępstwa i otrzymuje wyroki kary pozbawienia wolności. Uzależnieni przestają dbać o higienę osobistą, zaniedbują swoje obowiązki i stopniowo się izolują od otoczenia, które w konsekwencji samo je marginalizuje. Specyfika uzależnienia od opioidów dotyczy także kwestii prawnych. Użytkownicy tych środków mają obniżone poczucie lęku przed zagrożeniami, chorobami, wdają się w bójki, prostytuują. Podejmują inne ryzykowane zachowania, popełniają przestępstwa. Oprócz konsekwencji karnych pojawiają się skutki zdrowotne, urazy, choroby przewlekłe, zaburzenia hormonalne, układu odpornościowego, zaparcia. Wahania nastroju, apatia, stany lękowe niejednokrotnie doprowadzają do powstania myśli i prób samobójczych (Baran-Furga i Steinbarth-Chmielewska, 2012).

1.5.3 Zespół abstynencyjny w uzależnieniu od opioidów

Zespołem abstynencyjnym definiuje się grupę objawów psychicznych i fizycznych charakterystycznych dla danej substancji, które pojawiają się w wyniku zmniejszenia dawki narkotyku lub jego odstawienia. Zespół ten występuje także w przypadku przyjmowania leku przyspieszającego rozkład substancji psychoaktywnej lub blokujące receptory, wobec których



pojawiła się tolerancja. W początkowej fazie zespołu abstynencyjnego pojawiają się objawy zwiastunowe, zależące od czasu biologicznego półtrwania środka. Pierwsze objawy abstynencyjne nazywane są zwiastunowymi, a ich występowanie jest zależne od okresu biologicznego półtrwania narkotyku. Organizm reaguje na zmniejszenie stężenia substancji we krwi, dochodzi do zaburzenia procesów w układzie krążenie, nerwowym i trawiennym. W funkcjonowaniu psychicznym również zachodzi szereg negatywnych zmian, rozdrażnienie, zmienność nastrojów, głód narkotykowy i trwa do około 3 dni, następnie w 3 i 4 dniu abstynencji pojawia się kulminacja objawów.

Nasilenie symptomów odstawienia w zespole abstynencyjnym zależy od kilku czynników. Przede wszystkim rodzaj spożywanej substancji wpływa na nasilenie objawów. Najostrzejszy przebieg obserwuje się w przypadku opioidów, najmniej nasilony w przypadku marihuany. Okres zażywania substancji psychoaktywnej będzie również wpływał na poziom odczuwania objawów. Im dłuższe używanie substancji, tym bardziej trudne do zniesienia objawy. Im większa dawka substancji zażywanej przed podjęciem decyzji o odwyku, tym ostrzejszy i bardziej bolesny przebieg procesu odstawiennego. Stan zdrowia psychicznego i fizycznego osoby uzależnionej również będzie determinował siły organizmu w walce z objawami odstawiennymi. Organizm młody i zdrowy lepiej będzie radził sobie z dotkliwymi symptomami odstawienia substancji niż organizm osoby starszej (lub nawet młodej), ale wyniszczonej, zaniedbanej, schorowanej (Baran-Furga i Steinbarth-Chmielewska, 2012).

Odstawienie opioidów powoduje najcięższe skutki uboczne, nieprzyjemne i trudne do zniesienia. Między 8 a 12 godziną od zaprzestania przyjmowania opioidów pojawiają się pierwsze objawy głodu narkotykowego. Taki stan trwa około 7-10 dni, z tym, że w 3 i 4 dobie pojawia się kulminacja symptomów. Ostra faza odstawienna trwa około 5-10 dni i ma postać grypopodobną o rzeczywistym umiarkowanym nasileniu, takie jak podwyższone ciśnienie krwi, wzrost temperatury ciała, wysięki z nosa, łzawienie, kichanie, potliwość, rozszerzenie źrenic, biegunka, wymioty czy zaburzenia snu. Uzależnieni jednak odczuwają subiektywne bardzo ostre objawy: głód narkotyku, bóle mięśni i stawów, bóle i skurcze żołądka, dreszcze, nudności, ogólną drażliwość i duże osłabienie organizmu. Faza późna natomiast obejmuje okres około 26-30 tygodni. Występuje wtedy niskie ciśnienie krwi, zmniejszona częstotliwość akcji serca, zmniejszona temperaturą ciała, źrenicami podlegają rozszerzeniu. Pacjenci są senni, występuje u nich nasilenie niepokoju i duży głód narkotykowy. Spożycie kolejnej dawki narkotyku od razu powoduje nawrót uzależnienia (Baran-Furga i Steinbarth-Chmielewska, 2012).



1.5.4 Wpływ mechanizmu działania opioidów na układ nerwowy w kontekście zmian w neurotransmiterach

Opioidy oddziałując na receptory opioidowe w obwodowym i ośrodkowym układzie nerwowym, mają silne działanie przeciwbólowe, uspakajające. Mają duże zastosowanie w medycynie, na przykład w leczeniu przewlekłego bólu. Substancje te działają także euforyzująco, a ich stosowanie obciążone jest ryzykiem wystąpienia zmian w neurochemii mózgu, a także rozwoju jednego z najsilniejszych rodzajów uzależnienia. Jak to wynika z badań naukowych, długotrwałe używanie opioidów wywołuje trwałe układy dopaminergicznym, glutaminergicznym i GABA-ergicznym (Mszycza in., 2023).

W ramach receptorów opioidowych wyróżnia się 4 główne typy: μ (MOR), δ (DOR), κ (KOR) oraz receptory opioid receptor-like (ORL-1). Pobudzenie receptorów MOR ma działanie znoszące ból na poziomie ponadrdzeniowym (analgezyja), zmniejszające liczbę oddechów, spływające je, a w konsekwencji powodujące ich zanik (depresja oddechowa), a także obniżające aktywność mózgu (sedacja), czy zwężenie źrenic oraz euforię. MOR ma największe powinowactwo do endorfin, odpowiada za uzależnienie na fizyczne i zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego. Receptory DOR z kolei odpowiedzialne są za zniesienie bólu w obrębie rdzenia i ponad nim, zmniejszenie depresji oddechowej, działają przeciwdepresyjnie i przeciwlękowo (anksjolitycznie). DOR o najwyższym powinowactwie do enkefalin odpowiadają za wywoływanie drgawek, tak samo, jak MOR mają potencjał do uzależnienia fizycznego. Aktywacja receptorów KOR znosi ból na poziomie obwodowym, powoduje zwężenie źrenic, nastrój depresyjno-dysforyczny, ale też sedację. Receptory te wykazują najwyższe powinowactwo do dynorfin, działają przewdrgawkowo i dysocjacyjnie. Receptory ORL-1 związane są z odczuwaniem niepokoju, obniżenia nastroju (depresja), rozwój objawów charakterystycznych dla choroby Parkinsona, ale też za możliwość uczenia się. Ten receptor posiada najwyższe powinowactwo do nocyceptyny (Zaporowska-Stachowiak i in., 2020).

Ośrodkowym skutkiem działania opioidów jest przede wszystkim aspekt przeciwbólowy. Opioidy wykorzystywane są w leczeniu bólu, szczególnie tego silnego, często w chorobach onkologicznych, w stanach terminalnych. Leczenie bólu znacznie poprawia komfort życia, niekiedy nawet umożliwia w miarę dobre funkcjonowanie człowieka. Substancje te mogą działać zarówno pobudzająco (agonistycznie), jak i hamująco (antagonistycznie) w organizmie. Oprócz właściwości przeciwbólowych powodują szereg zaburzeń i schorzeń. Uszkadzają funkcjonowanie dróg żółciowych i moczowych, powodują zaburzenia oddychania. Do innych schorzeń występujących w związku z zażywaniem



opiodów zalicza się rzadkoskurcz (bradykardia), niewydolność nerek, zmniejszenie kurczliwości mięśni macicy (atonia macicy), zaburzenia hormonu antydiuretycznego (wazopresyna), schorzenia skórne, osłabienie układu odpornościowego (immunosupresja).

Stosowanie opiodów, w tym leków z tej grupy jest obciążone bardzo wysokim ryzykiem wystąpienia uzależnienia fizycznego i psychicznego. Kluczowym aspektem w rozwoju uzależnienia spowodowanego przez opioidy jest powstawanie efektu euforyzującego, które następuje w wyniku modulacja aktywności układu dopaminergicznego. W wyniku tej aktywności dochodzi do silnego wyrzutu dopaminy i pobudzenia układu nagrody. Układ nagrody odpowiada za funkcjonowanie procesów motywacyjnych i wzmocnienia, ale także za pojawianie się zachowań kompulsywnych. Procesy strukturalne zachodzące pod wpływem opiodów wzmacniają zachowania popędowe, wpływają na motorykę działania narkotyku, doprowadzają do skojarzenia bodźca i reakcji, a tym samym wystąpienia zależności między odczuwaniem efektu nagrody i zachowaniem. Dochodzi także do konsolidacji informacji związanych z nabywaniem środka psychoaktywnego, jego utrwalaniem tego zachowania i powrotu do ponownego zażycia substancji. Spadek poziomu dopaminy i receptorów dopaminergicznych w przedmózgowiu doprowadza do powstania tolerancji zmniejszającej wrażliwość organizmu na substancję i tym samym do konieczności przyjmowania większych dawek. Nagłe odstawienie substancji zaś stymuluje komórki neuronowe i powoduje uwolnienie się neurotransmiterów i wystąpieniem zespołu odstawiennego. W przebiegu tego zespołu w uzależnieniu od opiodów występuje szereg nieprzyjemnych objawów fizjologicznych (senność, potliwość, biegunka, wymioty, drżenie mięśni, zaburzeniami w pracy serca), psychicznych (apatia, drażliwość, halucynacje). Objawy te znacznie utrudniają funkcjonowanie, są problematyczne, przebieg ich jest silny. Uzależniony szuka jak najszybszej ulgi w tym cierpieniu i wraca do nałogu (Czekaj i in., 2022).

1.6 Uzależnienie od substancji psychoaktywnych w świetle polskiego kodeksu karnego

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych można rozpatrywać nie tylko w kategorii zjawiska medycznego, psychologicznego, społecznego, ale także prawnego. Kwestie uzależnienia od substancji psychoaktywnych regulowane są w prawie karnym, oddzielnych ustawach. Ustawodawca przewidział przepisy zarówno odnoszące się do szczególnego statusu uzależnionych, jak i regulujące odpowiedzialność karną, ale także przewidujące leczenie takich możliwość stosowania środków zabezpieczających.

Artykuł 4 pkt 11 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r., poz. 1938 ze zm.), narkomanię definiuje jako okresowe lub stałe używanie środków



o charakterze odurzającym, psychotropowym, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych niezgodnie z ich medycznym przeznaczeniem, w sposób prowadzący do rozwoju uzależnienia. Istotne w tej definicji jest wystąpienie utraty kontroli nad zażywaniem substancji oraz konsekwencje zdrowotne i społeczne związanych z ich używaniem. Dalej Ustawodawca za *środek odurzający* uznaje każdą substancję naturalną lub syntetyczną, która po zażyciu będzie wpływać na ośrodkowy układ nerwowy i powodować modyfikacje w nastroju, świadomości czy zachowaniu człowieka. Definiując natomiast pojęcie „substancje psychotropowe”, Ustawa określa je jako chemiczne związki wpływające na psychiczne procesy związane z postrzeganiem, emocjami, myśleniem i motywacją, które to prowadzić będą do rozwoju tolerancji na substancję i zespołu abstynencyjnego. Pojęcie *środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne* precyzuje natomiast jako związki o działaniu podobnym do działania do substancji psychoaktywnych, ale nieujęte jak dotychczas w oficjalnych wykazach środków kontrolowanych. Artykuł 4 pkt 24 tej samej Ustawy za uzależnioną uznaje osobę, znajdującą się w stanie uzależnienia z powodu zażywania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych. W tej definicji istotny jest skutek używania, a nie samo stwierdzenie tego faktu. W związku z tym okres używania substancji i jej ilość nie jest determinantem uznania osoby za uzależnioną. Ważny jest natomiast poziom utraty kontroli w spożywaniu substancji oraz skutki psychiczne, społeczne i zdrowotne (Cieślak i Postulski, 2022).

Kolejnym aspektem uzależnienia od substancji psychoaktywnych w kontekście polskiego kodeksu karnego jest odpowiedzialność karna osób uznanych za uzależnione. W polskim prawie karnym status osoby uzależnionej od substancji odurzających może być brany pod uwagę przy określaniu stopnia poczytalności sprawcy czynu zabronionego. W art. 31 § 1 Kodeksu karnego zapisane jest, że okolicznością wyłączającą popełnienie przestępstwa jest stan choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego czy innego „zakłócenia czynności psychicznych” jako takiego stanu rzeczy, który to może uniemożliwiać rozpoznanie znaczenie popełnianego czynu, ale też kontrolowanie swojego zachowania w tej materii. Biorąc pod uwagę powyższe twierdzenia, uzależnienie może być potraktowane jako stan „zakłócenia czynności psychicznych” w momencie, kiedy będzie skutkował nierozumieniem swojego czynu i brakiem kontroli nad zachowaniem (Cieślak i Postulski, 2022). Polskie orzecznictwo nie daje jednak automatycznego wskazania do orzeczenia niepoczytalności w takich sytuacjach. Zatem, by uznać osobę za niepoczytalną z powodu jej stanu psychicznego w momencie popełniania przestępstwa, muszą wystąpić objawy o charakterze psychopatologicznym, tj. nasilony głód narkotykowy, zaburzenia świadomości, przymus



wewnętrzny. Do określenia zaś tych okoliczności wyznaczani są biegli sądowi z zakresu psychologii i psychiatrii sądowej (Królikowski i Zawłocki, 2021).

W tym kontekście szczególną rolę odgrywają opinie biegłych z zakresu psychiatrii i psychologii sądowej. Ocena specjalistów sądowych koncentruje się wokół określenia charakteru klinicznego uzależnienia, czy też jako nawyku. Taki stan rzeczy w konsekwencji będzie decydujący o złagodzeniu kary, zastosowaniu środka zabezpieczającego czy też skierowania do leczenia odwykowego w miejsce standardowej kary (Królikowski i Zawłocki, 2021).

Polski Kodeks karny definiuje również odpowiedzialność za czyn popełniony pod wpływem substancji odurzających. Artykuł 31 § 3 KK. traktuje o tym, że odpowiedzialność karną za czyn popełniony stosuje się do osób będących w stanie nietrzeźwości lub odurzenia, jeśli świadomie się w ten stan wprowadziły (odpowiedzialność za auto-intoksykację). Brak odpowiedzialności natomiast występuje, jeżeli taki stan jest wynikiem choroby lub przymusu. Kodeks karny precyzując wyjątki, traktuje o tym, że w sytuacjach braku świadomości o faktycznym przyjęciu środka psychoaktywnego lub sytuacji powstania stanu odurzenia w wyniku przymusu lub choroby (nieświadome zatrucie, schorzenia metaboliczne) sąd może uznać ograniczenie poczytalności czynu lub brak winy.

Bardzo istotnym elementem w polskim systemie prawnym jest obecność środków zabezpieczających, które mogą być zastosowane wobec uzależnionych sprawców czynów karanych. Oprócz nadzwyczajnego złagodzenia kary (art. 60 KK.) istnieje możliwość zastosowania środków zabezpieczających, tj. terapii i leczenia (art. 93a § 1 pkt 4 KK.). Sąd ma możliwość orzeczenia o umieszczeniu sprawcy czynu karalnego, który wymaga leczenia odwykowego w zakładzie leczniczym i jednocześnie jego stan zdrowia może stanowić zagrożenia dla porządku prawnego (art. 93a § 1 pkt 4 KK.). Artykuł 117 Kodeksu karnego wykonawczego natomiast przewiduje objęcie osoby skazanej za czyn karalny leczeniem lub rehabilitacją w dwóch przypadkach: za zgodą tej osoby lub bez jej zgody, tj. w wyniku orzeczenia sądu penitencjarnego. Tu należy podkreślić, że ten artykuł stosuje się głównie do osób skazanych za czyny związane z posiadaniem lub handlowaniem narkotykami oraz wobec tych osób, których fakt bycia uzależnionym miał bezpośredni wpływ na popełnienie przestępstwa (Szczechowicz, 2023).



Podstawową funkcją prawa karnego wobec problematyki uzależnień jest podejście resocjalizacyjne i terapeutyczne. Skuteczne przeciwdziałanie przestępczości osób uzależnionych lub popełniających czyny zabronione pod wpływem substancji psychoaktywnych powinno wiązać się z aspektem sankcji prawnych, ale w połączeniu z opieką psychologiczną, medyczną, terapeutyczną i społeczną. Taki stan rzeczy ma za zadanie zarówno ograniczenie recydywy, resocjalizację, jak i reintegrację społeczną (Kułak-Bejda i Waszkiewicz,2023).



Rozdział 2 Agresja, zachowania antyspołeczne i zaburzenia osobowości - przegląd zagadnień

2.1 Zaburzenia osobowości – klasyfikacje, charakterystyka wybranych zaburzeń osobowości korelujących z uzależnieniem od opioidów

Zaburzenia osobowości to jedna z najważniejszych kategorii diagnostycznych w psychiatrii i psychologii klinicznej. Na wstępie jednak należy krótko wyjaśnić samo pojęcie osobowości. Osobowość według Słownika psychologii to stosunkowo trwałe zestaw cech psychicznych człowieka, który wpływa na jego sposób myślenia, odczuwania i zachowania w sytuacjach życiowych. Na osobowość składa się zarówno temperament jednostki, jak i zainteresowania, wyznawane wartości, zdolności czy postawy życiowe. Osobowość jest spójną i w założeniu przewidywalną modelem psychicznej egzystencji człowieka (Reber, 2020)

Podjęcia diagnostyczne zaburzeń osobowości obejmują zarówno rozpoznanie objawów tych zaburzeń, jak i określenie charakterystyki modelu zachowania jednostki w kontaktach międzyludzkich (Cierpiałkowska i Sęk, 2016).

2.1.1 Podział zaburzeń osobowości według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM)

Systemem klasyfikacyjnym stosowanym w Polsce i Europie jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) opracowana przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia). Obydwie jej wersje, tj. 10 i 11 edycja, ujmują definicję zaburzeń osobowości w nieco odmienny sposób.

W obowiązującej do 2022 roku, a nadal aktualnej w Polsce, ICD-10 zaburzenia te postrzegane są jako silnie utrwalone modele zachowań, które widoczne są w określonych, sztywnych sposobach reagowania na różne sytuacje życiowe. Istotne w definicji jest podkreślenie, że wzorce te są odchyleniem od normy w postrzeganiu przez jednostkę swojej osoby i otoczenia, oraz że wpływają na sposób interpretacji doświadczeń emocjonalnych oraz tworzenia relacji interpersonalnych. Nadto definicja wskazuje okres dojrzewania jako początek zaburzeń osobowości oraz wiek dorosły jako utrwalenie się tych problemów i pojawienie cierpienia psychicznego, a także brak związku z chorobą psychiczną, uszkodzeniem mózgu lub innym zaburzeniem organicznym (Pużyński i Wciórka, 2000). Typy poszczególnych zaburzeń są wyróżnione w rozdziałach F60 do F69 określonych jako



„zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania”, przy czym w ramach F60 znajdują się „specyficzne zaburzenia osobowości”, które będą kluczowe na potrzeby niniejszej pracy. W skład specyficznych zaburzeń osobowości wchodzi następujące:

- F60.0 Osobowość paranoiczna o podtypach:
 - a) ekspansywno-paranoiczny
 - b) fanatyczny
 - c) pieniaczy
 - d) paranoidalny
 - e) sensytywno-paranoiczny
- F60.1 Osobowość schizoidalna
- F60.2 Osobowość dysocjalna o podtypach:
 - a) amoralny
 - b) antyspołeczny
 - c) aspołeczny
 - d) psychopatyczny
 - e) socjopatyczny
- F60.3 Osobowość chwiejna emocjonalnie o podtypach:
 - a) agresywny
 - b) „borderline”
 - c) impulsywny
- F60.4 Osobowość histrioniczna o podtypach:
 - a) histeryczny
 - b) psychoinfantylny
- F60.5 Osobowość anankastyczna o podtypach:
 - a) kompulsyjny
 - b) obsesyjny
 - c) obsesyjno-kompulsyjny
- F60.6 Osobowość lękliwa (unikająca)
- F60.7 Osobowość zależna o podtypach:
 - a) asteniczny
 - b) nieadekwatny
 - c) bierny
 - d) samoponizający się
- F60.8 Inne określone zaburzenia osobowości o podtypach



- a) ekscentryczny
 - b) uległy
 - c) niedojrzały
 - d) narcystyczny
 - e) bierno-agresywny
 - f) psychoneurotyczny
- F60.9 Zaburzenia osobowości, nieokreślone

- a) nerwica charakteru BNO
- b) osobowość patologiczna BNO (Pużyński i Wciórka, 2000).

Obowiązująca od 2022 roku edycja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych pod nazwą ICD-11 zmodyfikowała zarówno samą definicję zaburzeń osobowości, jak i ich kodowanie. Za zaburzenia osobowości w ramach ICD-11 uznaje się trwałe model funkcjonowania, objawiający się zasadniczymi trudnościami w regulacji emocji, określonymi wzorcami w myśleniu, zachowaniu i kontaktach społecznych. Wzorce te muszą być utrwalone i prowadzić do istotnych trudności w życiu osobistym, społecznym, zawodowym i innych ważnych obszarach egzystencji jednostki. Czas trwania zaburzenia osobowości to okres przynajmniej kilku, liczony od adolescencji lub wczesnej dorosłości. Definicja ta wprowadza stopnie rozróżnienie nasilenia zaburzeń od łagodnego, przez umiarkowane do głębokiego. Dodatkowo podaje następujące cechy dominujące: negatywna afektywność (z ang. *negative affectivity*), dystansowość (z ang. *detachment*), dysocjalność (z ang. *dissociality*), rozhamowanie (z ang. *disinhibition*) i anankastia (z ang. *anankastia*), które wraz z poziomami nasilenia, stanowią podstawę do rozpoznania klinicznego. Zastosowany także został „specyfikator borderline” (z ang. *borderline pattern*), który umożliwia określenie specyficznego modelu niestabilności emocjonalnej, w tym impulsywnego i problemowego podtrzymywania relacji interpersonalnych. Podejście ICD-11 jest wymiarowe, daje większą elastyczność, płynność określania cech oraz zindywidualizowanie diagnozy, w tym diagnozy na potrzeby terapeutyczne (Krawczyk i Święicki, 2020).

Poniżej zaprezentowana została tabela porównawcza ICD-10 i ICD-11.



Tabela 4 Porównanie zaburzeń osobowości w ICD-10 i ICD-11

Kryterium	ICD-10	ICD-11
Model diagnostyczny	kategorialny – 10 odrębnych typów zaburzeń osobowości	wymiarowy – ocena nasilenia i dominujących cech osobowościowych
Podejście	typologiczne	indywidualne, opisowe
Typy zaburzeń	F60.0–F60.9	- brak typów kategorialnych - stopień nasilenia dysfunkcji: łagodne, umiarkowane, głębokie - dominujące cechy osobowości (z ang. trait domains): negatywna afektywność, dystansowość, dysocjalność, rozhamowanie, anankastia
Diagnoza borderline	osobny typ (F60.3)	specyfikator „borderline pattern”
Początek zaburzenia	dzieciństwo lub adolescencja	adolescencja lub wczesna dorosłość
Charakter	trwale, sztywne wzorce zachowań i przeżywania	trwały wzorzec funkcjonowania osobowości, opisany wymiarowo
Cel diagnostyczny	identyfikacja typu zaburzenia, klasyfikacja kliniczna	indywidualizacja diagnozy, określenie stopnia dysfunkcji
Zalety/ograniczenia	łatwy w stosowaniu klinicznym, ograniczona elastyczność, trudności z przypadkami mieszanymi	większa trafność kliniczna, elastyczność, redukcja nakładania się typów, wymaga oceny wymiarowej
Cel zmiany	uproszczenie diagnostyki, zwiększenie trafności i spójności klinicznej	większa elastyczność, redukcja nakładania się typów

Źródło: opracowanie własne

Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5, zaburzenia osobowości grupuje w ramach trzech wiązek (klastrów) „A”, „B” i „C”. W ramach wiązki „A” zawierają się trzy rodzaje zaburzeń o charakterze osobowości dziwaczno-ekscentrycznej: osobowość paranoiczna (z ang. *paranoid personality disorder*), osobowość schizoidalna (z ang. *schizoid personality disorder*) oraz osobowość schizotypowa (z ang. *schizotypal personality disorder*). Klaster „B” obejmuje zaburzenia osobowości dramatyczno-emocjonalne: osobowość antyspołeczną (z ang. *antisocial personality disorder*), osobowość



chwieżną emocjonalnie (z ang. *borderline personality disorder*), osobowość histrioniczną (z ang. *histrionic personality disorder*) i osobowość Narcystyczną (z ang. *narcissistic personality disorder*). Ostatnia trzecia wiązka „C” natomiast koncentruje się wokół zaburzeń osobowości o charakterze lękowym i unikającym i definiuje osobowość unikającą (z ang. *avoidant personality disorder*), osobowość zależną (z ang. *dependent personality disorder*) oraz osobowość obsesyjno-kompulsywną (z ang. *obsessive-compulsive personality disorder*) (Morison, 2016).

Wśród osób uzależnionych od opioidów zaburzenia psychiczne są powszechne. Szacuje się, że około 40-90% użytkowników opioidów ma współwystępujące zaburzenia psychiczne, określane jako podwójna diagnoza. Uwzględnia się oczywiście różnice między krajami oraz poziomem warunków klinicznych. Na gruncie europejskim ocenia się, że podwójna diagnoza występuje w grupie do 40% pacjentów. (Torrens i in., 2015). Pacjenci z podwójną diagnozą narażeni są wiele szkód zdrowotnych, problemy w funkcjonowaniu psychospołecznym i niestety na większą śmiertelność niż uzależnieni od innych środków psychoaktywnych, czy bez chorób współistniejących. (Bogdanowicz i in., 2015). Najczęstsze zaburzenia współistniejące z uzależnieniem od opioidów to depresja (36%), antyspoleczne zaburzenie osobowości (34%), zaburzenia lękowe (29%), zespół stresu pourazowego (PTSD; 18%), zaburzenia osobowości borderline (18%) (Santo i in., 2022).

2.1.2 Antyspoleczne zaburzenia osobowości w definicjach

Antyspoleczne zaburzenie osobowości (ang. *antisocial personality disorder, ASPD*) to względnie trwałe model zachowania jednostki, charakteryzujący się postawą lekceważącą w stosunku do otoczenia, nasiloną impulsywnością, brakiem empatii oraz nieprzestrzeganiem norm społecznych. Współczesne systemy klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych (ICD, DSM) przyjmują różne definicje i charakterystykę kliniczną antyspolecznych zaburzeń osobowości. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w klasyfikacji DSM-5 umieściło zaburzenia antyspoleczne w wiązce „B” pod nazwą „zaburzenia osobowości dramatyczno-emocjonalne”. Według DSM-5 osoba o tym typie zaburzenia osobowości jest egocentryczna. Jej celem jest władza, własna przyjemność oraz chęć nawiązywanie relacji interpersonalnych jedynie celem uzyskania osobistego zysku, bez podtrzymywania prawidłowych związków międzyludzkich. Osobowość antyspoleczna będzie charakteryzowała się także trudnością adaptacji do norm społecznych i nieodczuwaniem winy czy wyrzutów sumienia z powodu złego traktowania innych osób. Cechy patologiczne w ramach osobowości antyspolecznej to odhamowanie, antagonizm, agresja, zachowania przestępcze. W ramach tego zaburzenia



bardzo często występują tendencje do zachowań ryzykownych i autodestrukcyjnych (APA, 2013).

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 jednostką odpowiadającą ASPD jest „dysocjalne zaburzenie osobowości „(F60.2) charakteryzujące osobowość o niskiej tolerancji na frustrację, brak poczucia winy i jednocześnie skłonność do obwiniania innych, a także niezdolność do utrzymywania trwałych relacji opartych na wzajemności (WHO, 1992). W kolejnej edycji ICD-11 nie występuje termin „antyspołeczne zaburzenie osobowości”. Klasyfikacja obejmuje natomiast termin „dysocjalność” jako cechę zaburzeń osobowości lub trudności osobowościowych. Cechy charakteryzujące dysocjalność to podobnie jak w ICD 10 i DSM-5 brak empatii, egocentryzm, brak szacunku dla uczuć i praw innych osób, ale też bezwzględność, złośliwość, podstępność, zachowania manipulacyjne, obojętność (Bach i First, 2018)

Przyczyny występowania ASPD obejmują zarówno determinanty genetyczne, neurobiologiczne, jak i środowiskowe. Udział genów w dziedziczeniu zaburzenia antyspołecznego wynosi ok. 40% (Rhee i Waldman, 2002). Ponadto podkreślana jest także rola genów układu serotonergicznego i dopaminergicznego w procesach regulowania emocji, zachowań agresywnych. W obszarze neurofizjologicznym podczas badań neuroobrazowych u osób o zaburzeniach antyspołecznych stwierdzono nieprawidłową budowę i funkcjonowanie mózgu, szczególnie w korze przedczołowej, ciele migdałowatym i zakręcie obręczy (zmniejszenie objętości istoty szarej). Stwierdzono także zaburzoną łączność między sieciami: domyślną (DMN) a czołowo-ciemieniową, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń samoregulacji, równowagi procesów pobudzenia i hamowania (Wong, 2023)

W predyspozycji do wystąpienia zachowań antyspołecznych bardzo duży udział ma również środowisko, w którym wychowuje się jednostka, szczególnie obszar wczesnego dzieciństwa. Dysfunkcje rodziny, zaniedbanie emocjonalne, wszelkiego rodzaju przemoc, deprivacja społeczna, ale też stres, sytuacja traumatyczne zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń (Zhou, 2023).

2.1.3 Specyfika zaburzenia osobowości z pogranicza – borderline

Zaburzenie osobowości z pogranicza (*z ang. borderline personality disorder; BPD*) to złożona jednostka kliniczna charakteryzująca się dużym rozchwianiem emocjonalnym, zaburzeniami tożsamości i zachowaniami impulsywnymi. Relacje osoby z borderline są niezwykle intensywne, gwałtowne, ale niestabilne. Intensywne emocje osób z tego rodzaju



zaburzeniem mogą wywoływać także tendencję do zachowań autodestrukcyjnych, w tym samookaleczeń, czy nawet do prób samobójczych. Obraz kliniczny borderline nie jest jednorodny, mogą więc występować znaczące różnice w typach tego zaburzenia. Oprócz opisanych wyżej objawów, u pacjentów obserwuje się także samotność, poczucie odrzucenia, niezrozumienia, pustkę wewnętrzną, niepokój, napady złości. (Brud, 2021). Specyficzne w borderline jest połączenie 3 aspektów niestabilności jako negatywnego afektu, zachowań impulsywnych i trudności w kontaktach interpersonalnych, ponieważ występują tylko w tym rodzaju zaburzeń (Trull i in., 2010).

Zaburzenia borderline zostały ujęte w sposób odmienny w zależności od klasyfikacji, w której się znajdują. ICD-10 zaburzenie to umiejscawia w zestawie osobowości chwiejnych emocjonalnie (F60.3). W DSM-5 natomiast pojawia się w ramach zaburzeń osobowości dramatyczno-emocjonalnych, zaś w ICD-11 zaistniał jako nieznany dotychczas pod określeniem „deskryptor borderline”. Kryteria diagnostyczne BPD DSM-5 obejmują dziewięć elementów składających się na model niestabilności w związkach interpersonalnych, zmienności w postrzeganiu własnej osoby i swoich emocji, silną impulsywność, z czego obecność co najmniej pięciu będzie wskazywała na wystąpienie tego zaburzenia. Pierwszy element związany jest z intensywnymi, nierzadko desperackimi próbami uniknięcia odrzucenia przez otoczenie, które jest często tylko wyimaginowane (bez zachowań samobójczych i samookaleczenia się). Drugi dotyczy niestabilnego i burzliwego przebiegu związków interpersonalnych, trzeci zakłóconego obrazu własnej tożsamości. Czwarty element jest charakterystyczny i bardzo istotny w odniesieniu do tematu niniejszej pracy, ponieważ koncentruje się wokół impulsywnych, ryzykownych zachowań, np. wszelkiego rodzaju uzależnień. Przy czym w tym wypadku również nie może być mowy o zachowaniach samobójczych czy autodestrukcyjnych (samookaleczeniach). Kolejny element to powtarzające się zachowania o charakterze samobójczym, w tym gesty, groźby, samookaleczenia. Szósty w kolejności element związany jest z objawem reakcji emocjonalnych wywołanych częstą zmiennością nastroju trwającymi średnio od kilku godzin do kilku dni, w tym epizodami dysforii, drażliwości czy lęku. Trzy ostatnie elementy to: długotrwałe poczucie pustki w życiu, nagłe i częste oraz niestosowne zachowania (wybuchy gniewu, złości, udział w bójkach), a także wyobrażenia pojawiające się na odpowiedzi na stres o podłożu paranoidalnym lub dysocjacyjnym (Brud, 2021).

Etiologia BDP, podobnie jak osobowości antyspołecznej, ma charakter wieloczynnikowy. Współczesne hipotezy koncentrują się wokół czynników ryzyka rozwoju osobowości borderline jako współwystępowania determinantów genetycznych i negatywnych



doświadczeń z dzieciństwa, mających wpływ na rozwój mózgu. Modulacja ekspresji genów prowadzi do rozwoju określonych cech osobowości, predysponujących do powstania BDP. (Gunderson i in., 2018). Doświadczanie różnego rodzaju przemocy w dzieciństwie, w tym również zaniedbania, obecność chorób psychicznych w rodzinie mogą predysponować do rozwinięcia się negatywnych wzorców przywiązania, ale też określonych zaburzeń zachowania, które mają istotny wpływ na poziom relacji interpersonalnych, zdolność do regulacji własnych emocji (Stepp i in., 2016).

2.2 Teorie agresji i przemocy – definicje, uwarunkowania oraz typologie

Terminy „agresja” i „przemoc” niejednokrotnie używane są jako zamienniki, jednak mają one zdecydowanie odmienne znaczenia, szczególnie w psychologii i psychiatrii. Obydwa terminy należą do kategorii zachowań antyspołecznych. Agresja dotyczy głównie zachowań lub postaw człowieka, przemoc natomiast opisuje relacje społeczne z dominującą rolą jednej ze stron (Zielińska-Poćwiardowska i Sosnowska-Buxton, 2023).

Na poziomie psychiatrii i psychologii, szczególnie w obszarze zaburzeń zachowania agresja interpretowana jest wieloczynnikowo. Jej składowe dotyczą stanu motywacyjnego, w którym główną rolę będą odgrywać takie emocje jak np. gniew, irytacja, oburzenie; reakcji interpersonalnej jako odpowiedzi na sytuację społeczną; względnie trwałej indywidualnej cechy osobowości (postawy, nawyki, motywy) i orientacji życiowej (np. wrogości) oraz złożonych procesów interakcji społecznych, ocenianych w kontekście norm kulturowych i społecznych (Frączek, 1993).

Przemocą, według Światowej Organizacji Zdrowia WHO, jest świadome, celowe i powtarzalne wykorzystanie przewagi fizycznej, emocjonalnej, ekonomicznej lub interpersonalnej prowadzące do naruszenia godności, bezpieczeństwa i wyrządzenia szkody osobie lub grupie społecznej (WHO, 2002).

Poniżej zaprezentowana została tabela obrazująca podstawowe różnice między agresją a przemocą.



Tabela 5 Agresja i przemoc – różnice

Kryterium	Agresja	Przemoc
Rodzaj pojęcia	pojęcie psychologiczne odnoszące się do zachowania jednostki	Pojęcie społeczne odnoszące się do relacji między stronami (sprawcą a ofiarą)
Intencja	wyrządzenie krzywdy (między innymi pod wpływem impulsu)	Kontrola, dominacja, podporządkowanie
Kontekst emocjonalny	emocje, gniew, frustracja,	działanie zaplanowane, instrumentalne
Symetria sił	brak lub rzadko występująca	przewaga siły fizycznej, psychicznej lub społecznej
Częstotliwość	najczęściej incydentalna	powtarzalna, utrwalana
Rodzaje	fizyczna, psychiczna, werbalna	fizyczna, psychiczna, seksualna, ekonomiczna, strukturalna, zaniedbanie
Konsekwencje	szkody psychiczne, fizyczne	naruszenie bezpieczeństwa, godności ofiary, szkody psychiczne, zachowania autodestrukcyjne

Źródło: opracowanie własne

2.2.1 Agresja jako zjawisko psychologiczne

Zjawisko agresji i jego aspekty są przedmiotem zainteresowania różnych dziedzin nauki od wielu lat. Agresja, jej przejawy, przyczyny występowania uwzględniane są w rozprawach naukowych, badaniach klinicznych zarówno przez środowisko medyczne, psychologiczne, psychiatryczne, jak również prawnicze. Pojęcie agresji w sposób oczywisty wiąże się z takimi terminami jak wrogość, nienawiść, zachowania agresywne, krzywdzenie i inne. Zrozumienie samego zjawiska wymaga zanalizowania teorii opisujących genezę, mechanizmy działania oraz funkcje agresji. Współczesne rozumienie zjawiska odbywa się przez pryzmat wieloczynnikowego podejścia do tematu, uwzględniającego zarówno koncepcje psychologiczne, neurobiologiczne, jak również wymiar społeczny (Fritz i in., 2023).

Termin „agresja” to ogół czynności podejmowanych w celu spowodowania szkody innemu człowiekowi, zadania mu bólu fizycznego czy psychicznego, a nawet pozbawienia życia. Agresja jest skierowana wobec określonego obiektu lub sytuacji. Definiując agresję ponadto podkreśla się, że jest to zachowanie powstające w relacjach interpersonalnych, wyrażające się w formie ataku, którego celem jest właśnie wyrządzenie krzywdy fizycznej



czy moralnej (Heitzman, 2022). W ujęciu poznawczym agresja ma związek z błędnym zidentyfikowaniem intencji innych osób i zaburzeniami w kontrolowaniu emocji własnych. Skutkiem takiego stanu rzeczy jest wzrost reaktywności i pojawienie się zachowań agresywnych (Dodge i in., 2022). W biologicznym kontekście to zachowanie spowodowane czynnikami biologicznymi i neurochemicznymi, w tym zaburzeniami równowagi hormonalnej (Fritz i in., 2023). Uwzględniając kwestie społeczno-kulturowe oraz podejście rozwojowe agresja będzie ogółem interakcji międzyludzkich, w których kluczowe miejsce zajmują cechy indywidualne oraz pełnione przez niego role w społeczeństwie, w odniesieniu do panujących norm kulturowych (Heitzman, 2022).

Uwarunkowania agresji będą niejednokrotnie tożsame różnymi aspektami definicji zjawiska. Przyczyny występowania agresji mają więc podłoże zarówno biologiczne, jak i psychologiczne oraz społeczne. W aspekcie biologicznym funkcjonowanie struktur mózgu tj., ciała migdałowego, podwzgórza i kory przedczołowej. Pobudzenie agresji odbywa się poprzez aktywację ciała migdałowego, za jej hamowania zaś odpowiedzialna jest kora przedczołowa. W wyniku badań naukowych potwierdzono, że stymulacja podwzgórza i ciała migdałowego wywołuje negatywne odczucia, tj. złości, gniewu. W innych badaniach natomiast potwierdzono, że urazy głowy i wylewy krwi do mózgu powodować mogą zmiany w osobowości, w tym zachowania izolujące, upośledzenie kontroli zachowań i emocji oraz zachowania agresywne. Istotny wpływ może mieć także czynnik genetyczny (zaburzenia chromosomalne), jednak prowadzone od wielu lat badania są krytykowane, poddawane konfrontacji i ostatecznie mają zarówno swoich zwolenników, jak i przeciwników. Kwestie etyczne zdecydowanie mogą ograniczać uznanie czynnika genetycznego jako determinanta występowania zachowań agresywnych (Heitzman, 2022).

Na poziomie biochemicznym procesy wpływające na powstanie agresji opierają się wzajemnym oddziaływaniu neuroprzekazników w mózgu. Wzrost noradrenaliny pobudza reakcje agresywne poprzez pojawienie się uczucia gniewu, natomiast adrenalina prowadzi do wystąpienia strachu i tym samym reakcji w postaci ucieczki. O ile noradrenalina i dopamina pobudzająco działają na zachowania agresywne, to serotonina hamując aktywność ciała migdałowego, osłabia takie zachowania. Kwas GABA (gamma-aminomasłowy) również oddziałuje hamująco na ośrodkowy układ nerwowy, a jego niski poziom może hamować kontrolę impulsów i tym samym prowadzić do wzrostu agresji. Nauka jest pewna co do faktu, że mały poziom serotoniny, zwieszona aktywność dopaminy i noradrenaliny, tj. zaburzona równowaga neuroprzekazników odgrywa kluczową rolę w mechanizmach zachowań agresywnych (Fritz i in., 2023).



Wśród psychospołecznych determinantów zachowań agresywnych pojawiają się na przykład koncepcje popędów agresywnych regulowanych biologicznie. Według Lorenza agresja jest zakorzeniona w człowieku od początku i wiąże się z adaptacją do życia, ewolucją i przetrwaniem gatunku. Człowiek więc jako z natury jednostka agresywna, żyjąc jednocześnie w zaburzonym organizacyjnie otoczeniu, ulega wpływom innych podczas konfliktów. Koncepcja nazwana „teorią frustracji–agresji” Dollarda i współpracowników (1939) łączyła występowanie zachowań agresywnych z niemożnością zaspokojenia/realizacji określonej potrzeby czy celu, tj. frustracją. Współczesne koncepcje zakładają, że frustracja nie będzie wywoływać bezpośrednio agresji, ale takie emocje, np. gniew, które zwiększą ryzyko jej wystąpienia. Nasilenie się zachowań o charakterze agresywnym będzie zależało od postrzegania sytuacji, możliwości kontrolowania swoich impulsów, ale też poziomu wcześniejszych doświadczeń człowieka (Kruglański i in., 2023). W późniejszej koncepcji tj. Bussa (1963), podkreślane jest, że frustracja sama w sobie nie musi być powodem wystąpienia agresji, ale może wywoływać wiele czynników (bodźców), które stają się tak zwanymi stresorami, prowadzącymi do określonych zachowań. Z jednej strony będą to te bodźce skierowane na obiekt agresji (cel) i pojawi się „agresja gniewna”. Z drugiej zaś strony pojawią się takie, które będą środkiem, nie celem i wtedy mamy do czynienia z „agresją instrumentalną”.

Teoria „społecznego uczenia się” Alberta Bandury (1977) jest teorią społeczno-poznawczą, zakładającą, że jednostka będzie nabywać umiejętności zachowań agresywnych dzięki obserwacji i naśladowaniu, np. osób w rodzinie, w środowisku. Kluczową kwestią w tej koncepcji są tak zwane wzmocnienia pozytywne, które prowadzą do przekonania, że zachowania agresywne mogą ułatwić osiągnięcie celu (nagroda, dominacja) (Greitemeyer i Müller, 2021).

Połączenie koncepcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych widoczne jest w teorii „ogólnego modelu agresji” (z ang. *general aggression model GAM*). Teoria ta zakłada, że zachowania o charakterze agresywnym spowodowane są powiązaniem czynników osobowości (np. wrogość, impulsywność) z sytuacyjnymi (np. stres, prowokacja) i procesami emocjonalno—poznawczymi (np. złość, wyobrażenia). Elementy te, według teorii, będą wpływać na ocenę sytuacji, a następnie na podjęcie decyzji o sposobie reakcji. Reakcje mogą być agresywne lub nie, a decyzje przemyślane, bądź automatyczne i impulsywne (Anderson i Bushman, 2002).

Przedmiotem badań z zakresu psychologii klinicznej, psychiatrii i kryminologii od wielu lat jest zależność między występowaniem zachowań agresywnych z obecnością



uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Podwyższony poziom zachowań impulsywnych, obniżone możliwości kontroli emocji i niska tolerancja na frustrację u osób uzależnionych od substancji może wywoływać akty agresji wobec innych osób, jak i autoagresji. Mechanizmy agresji w tym przypadku będą różniły się w zależności od zażywanych substancji psychoaktywnych. Interakcja uzależnienia od środków odurzających i agresji ma charakter dwukierunkowy. Zażywanie środków psychoaktywnych może nasilać zachowania agresywne, ale cechy osobowości o wydźwignięciu agresywnym odwrotnie mogą sprzyjać uzależnieniu się. Osoby, które odznaczają się wysoką impulsywnością, a także niską tolerancją na frustrację mogą częściej używać środków odurzających w celu zmniejszenia stresu i napięcia emocjonalnego, a to daje duże prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań przemocowych i jednocześnie uzależnienia się od substancji (Hoaken i Stewart, 2003).

W literaturze agresja podzielona jest na określone typy, a do najbardziej popularnego podziału zalicza się rodzaj motywacji, ekspresji, kontekst społeczny i cel działania. Ze względu na rodzaj motywacji wyróżnia się agresję „reaktywną” i „proaktywną”. Pierwsza z nich – reaktywna, wiąże się z wystąpieniem gniewu, impulsywnego zachowania i brakiem kontroli emocji, druga – proaktywna to już zachowanie planowane, celowe i ukierunkowane na konkretny cel. Agresja reaktywna prowadzi do takich zachowań jak na przykład wybuch złości w sytuacji stresowej, frustrującej. Agresja proaktywna nie ma związku z gniewem czy brakiem kontroli emocji, lecz na przykład z chęcią zdobycia władzy, zysku czy konkretnego statusu społecznego. Uwzględniając rodzaj ekspresji, agresja dzieli się na fizyczną z wymiarem szkód cielesnych (np. bicie, kopanie, okaleczanie) – obejmuje działania mające na celu wyrządzenie szkody cielesnej (np. bicie, kopanie), werbalną z krzykiem, wulgaryzmami, groźbami itp. oraz agresję bierną (pośrednią), która jest działaniem ukrytym, pośrednim (plotki, manipulacja, izolacja społeczna). Inny podział agresji związany jest z kierunkiem, wobec którego jest skierowana i jest to agresja zewnętrzna wobec innych osób oraz autoagresja – wobec własnej osoby (samookaleczanie, samokaranie, próby samobójcze). Według Fromma (1973) agresja może być także spontaniczna, obronna w odpowiedzi na zagrożenie życia lub zdrowia fizycznego czy psychicznego oraz destrukcyjna o charakterze złośliwości ukierunkowanej na zadanie cierpienia innej osobie bez racjonalnej przyczyny. Jeszcze inny podział dotyczy kontekstu społecznego i wyróżnia agresję interpersonalną (międzyludzką), grupową, dotyczącą określonych grup ludzi (np. kaletniczych, religijnych) oraz instytucjonalną (zakłady pracy, szkoły, itp.) (Anderson i Bushman, 2002).



2.2.2 Determinanty i rodzaje przemocy

Przemoc jest zjawiskiem wielowymiarowym, ponieważ może obejmować zarówno formy działania fizycznego, jak i psychicznego, seksualnego, ekonomicznego czy nawet strukturalnego. Sprawca stosujący przemoc fizyczną będzie używał swojej siły w celu spowodowania obrażeń ciała u ofiary poprzez bicie, kopanie, duszenie, okaleczanie. Rodzaj przemocy psychicznej ma celu upokorzenie, zastraszenie, manipulację i izolację ofiary. Przemoc seksualna jest specyficznym aktem naruszenia nietykalności cielesnej i wolności seksualnej ofiary. Kontrolowanie ofiary pod kątem finansowym, ograniczanie jej dostępu do zasobów będzie wiązało się z przemocą o podłożu ekonomicznym. Niezaspakajanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych, ale też materialnych to przemoc zaniedbania, szczególnie stosowana przez sprawców wobec osób nieporadnych życiowo, dzieci, niepełnosprawnych (WHO, 2002)

Specyficzne dla przemocy jest świadome działanie sprawcy ukierunkowane na osiągnięcie konkretnego celu w wymiarze międzyludzkim, np. podporządkowania się ofiary. W relacji przemocowej nigdy nie ma symetrii sił, sprawca ma zawsze przewagę nad ofiarą, czy to fizyczną, ekonomiczną, czy też społeczną. Przemoc zawsze też jest działaniem naruszającym dobro drugiej osoby lub grupy osób w kontekście godności, niezależności, bezpieczeństwa, czy nawet wolności. Jest też zjawiskiem powtarzalnym, często cyklicznym, co w ostateczności prowadzi do utrwalenia się tych działań (Zakrzewski, 2024)

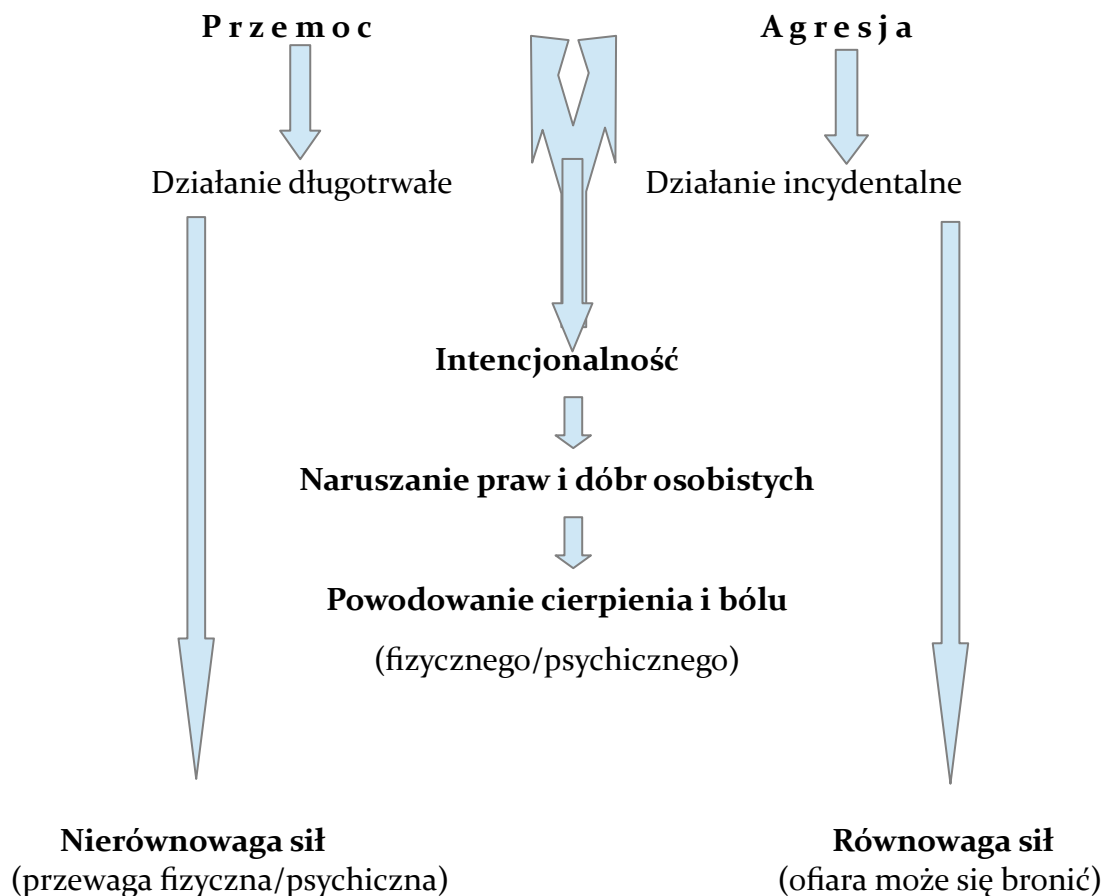
Współcześnie przemoc rozpatrywana jest w aspektach psychologicznych, socjologicznych, pedagogicznych i kulturowych. W ujęciu psychologicznym zjawisko to postrzegane jest jako rodzaj agresji spowodowanej niską zdolnością do regulowania własnych emocji oraz deficytami empatii. Pod kątem socjologicznym natomiast agresja to forma relacyjna i strukturalna w interakcjach społecznych i instytucjonalnych. Nauki pedagogiczne zaś przemoc utożsamiają z zachowaniami łamiącymi normy i wartości społeczne, a w obszarze kulturowym zjawisko to jest elementem systemu norm i wartości, przy czym bywa bagatelizowana i usprawiedliwiana (Zakrzewski, 2024).

Interpretacja psychologiczna pojęcia „przemocy” jest dosyć szeroka i wieloznaczna. Na gruncie karnym zjawisko to wiązane jest z pojęciem przestępstwa z użyciem przemocy, ze szczególnym uwzględnieniem „przemocy w rodzinie”, Przemoc w rodzinie jest od wielu lat oddzielnym zagadnieniem kodyfikowanym, zagrożonym penalizacją, ale także przedmiotem zarówno badań naukowych w kontekście zarówno sprawcy, jak i ofiary, a także szeregu procedur pomocowych i profilaktyki (Olejniczak-Szuster i in., 2021). Przemoc często także utożsamiana jest z konfliktem czy agresją. Jest to jednak bardzo nietrafne i błędne



przekonanie, ponieważ te trzy pojęcia mają zgoła odmienne znaczenie. To, co odróżnia przemoc od agresji, to przewaga sił jednej ze stron. W przemocy jest ona zawsze po stronie sprawcy, w przypadku agresji jest zrównoważona.

Rys. 1 Przemoc i agresja – różnice



Źródło: opracowanie własne

Konflikt jako zjawisko to element relacji interpersonalnych, który może być negatywny, ale też i pozytywny. O jego wymiarze destrukcyjnym czy konstruktywnym będzie decydował sposób rozwiązania. Konflikt jako proces społeczny wynika z różnicy między wartościami, potrzebami jednostek ludzkich, grup społecznych i prowadzi do sporów, rywalizacji, osiągnięcia własnych korzyści, czy nawet chęci dominacji (Terelak i Majchrzyk, 2016).

Na uwarunkowania przemocy składa się wiele czynników, zarówno osobowościowych sprawcy (psychologicznych i biologicznych), jak i strukturalnych (społecznych, ekonomicznych i kulturowych). Determinanty indywidualne w przypadku zachowań przemocowych będą dotyczyły uwarunkowań biologicznych, cech osobowości,

temperamentu, ale też doświadczeń życiowych jednostki. Negatywne emocje prowadzą do powstania uczucia dyskomfortu, a skutkiem może być zachowanie destrukcyjne, niszczące, agresywne (Olejniczak-Szuster i in., 2021). Złożony model zjawiska przemocy uwzględnia skutki oddziaływań otoczenia, determinanty zewnętrzne i wewnętrzne, które mają wpływ na zachowanie sprawy przemocy. Według amerykańskiego psychologa Urie Bronfenbrennera (1917-2005), środowisko, w którym żyje człowiek, a kontekście przemocy – jej sprawca, to rzeczywistość składająca się z elementów kultury, modeli społecznych i rodzinnych. Rzeczywistości te przenikają się i wzajemnie kształtują z różną siłą oddziaływania na człowieka. Sprawca przemocy, według autora, będzie więc kreowany naciskami zewnętrznymi i wewnętrznymi, a model jego zachowania to sposób wywierania wpływu i radzenia sobie z konfliktami międzyludzkimi (Bronfenbrenner, 1989)

Czynnikami psychologicznymi wpływającymi na powstanie zachowań przemocowych u człowieka będą elementy tożsame z tymi, które determinują zjawisko agresji. Dysfunkcja układów regulacji emocji (struktury limbiczne, kora przedczołowa) jest kluczowa według neuropsychologów, w powstawaniu przemocy w zachowaniu. Na ten aspekt nakłada się zarówno struktura osobowości o wysokim natężeniu agresji, typ osobowości antyspołecznej czy „borderline”, a także niska tolerancja na zdarzenia stresujące i obniżony próg frustracji, jak i występowanie zaburzeń o podłożu lękowym, depresyjnym.

Podkreślany jest także bardzo istotny udział doświadczeń traumatycznych, w tym doświadczenia przemocy w dzieciństwie (Badruddin i in., 2024). Rodzina jako środowisko pierwotne człowieka kształtuje jego wzorce późniejszych zachowań. Powszechnie uważa się, że przemoc rozwija się międzypokoleniowo, a jej doświadczenia przez dziecko może predysponować do tego, że powieli ono te wzorce zachowań w dorosłości (Piekło, 2023). Często wzorcem zachowania w rodzinach dysfunkcyjnych jest rozwiązywanie konfliktów z udziałem agresji. Zaburzone relacje w rodzinie, stosowanie przemocowych metod wychowania (kar fizycznych, przemocy psychicznej), uzależnienia i konflikty rodziców, będą osłabiały i niszczyły więzi emocjonalne między członkami. No występowanie przemocy może mieć także wpływ niskiego statusu ekonomiczno-społecznego i tym samym niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb członków rodziny. Jest to więc przykład zaburzenia struktury i relacji rodzinnych o charakterze systemowym, w którym utrwalony zostaje układ władzy o wydźwięku hierarchicznym (Zielińska-Poćwiardowska i Sosnowska-Buxton, 2023).

Kolejnym aspektem przyczyn występowania przemocy są uwarunkowania kulturowe i społeczne, i związany z tym, system norm i struktury społeczeństwa. Czynniki, które



mogą sprzyjać zachowaniom związanym z przemocą na gruncie kulturalno-społecznym mogą być tradycyjne przekonania dotyczące akceptowania takich zachowań na tle religijnym, dyskryminacyjnym (płeć, pochodzenie etniczne, narodowość, światopogląd, niepełnosprawność, orientacja seksualna). Tu za przykład można podać społeczeństwa wschodnie arabskie, homogeniczne, tradycyjne, w których szczególnie pozycja kobiet i osób o odmiennej tożsamości seksualnej podlega dyskryminacji.

W odniesieniu do uwarunkowań społecznych nie należy pomijać także bardzo ważnego aspektu, szczególnie w obecnych czasach, a mianowicie roli, jaką odgrywają media w promowaniu zachowań agresywnych i przemocy. Media we współczesnym świecie niejednokrotnie kształtują przekonania ludzi i tym samym wpływają na zachowania społeczne. Rewolucja technologiczna umożliwiła praktycznie nieograniczony dostęp do informacji o różnej treści. Internet pozwala na możliwość nabywania nowych umiejętności, specjalistycznej wiedzy, ale też socjalizację ludzi. Z drugiej strony natomiast jest źródłem negatywnych wzorców, niesprawdzonych wiadomości, często fałszywych, rynkiem zbytu nielegalnych produktów, w tym również środków psychoaktywnych, areną prezentacji agresji, przemocy dla jednostek zaburzonych, niebezpiecznych, różnego rodzaju przestępców (Czocholska, 2004). Treści o wydzwisku agresywnym z propagowaniem przemocy w mediach społecznościowych są powszechne, najczęściej nie podlegają moderacji i mają postać anonimową. Taka sytuacja wzmacnia efekt „komory pogłosowej” (z ang. *echo chamber*). Członkowie danej społeczności medialnej (np. internetowej) wystawiani są na określone przekonania. Ich komunikacja polegająca na powtarzaniu między sobą konkretnych informacji w ramach zamkniętego środowiska bez dopływu odmiennych opinii wzmacnia i potwierdza te przekonania. W odniesieniu do treści agresywnych są to przekonania i wzorce negatywne (Kućko, 2019)

Czynniki ekonomiczne, takie jak niski status socjalny, bezrobocie, brak dostępu do edukacji i opieki zdrowotnej wpływają na poczucie niezaspokojenia określonych potrzeb. Frustracja natomiast może wiązać się z bezradnością i ryzykiem postaw społecznych opartych na przemocy (Zakrzewski, 2024). Na koniec rozważań należy wspomnieć o kontekście sytuacyjno-społecznym uwarunkowań występowania przemocy interpersonalnej. Sytuacje stresujące, mała przestrzeń życiowa, ale też używanie substancji psychoaktywnych mogą wpływać na przemoc w zachowaniu ludzi. Rola substancji psychoaktywnych w eskalacji przemocy interpersonalnej może być zarówno bezpośrednia, jak i pośrednia. Z jednej strony zmiany neurologiczne wywołane przez określone środki odurzające podnoszą poziom



impulsywności, z drugiej zaś współlistnienie zaburzeń u jednostki i nałożenie się czynników środowiskowych będzie miało wydzźwięk pośredni (Madan i in., 2001).

Rozdział 3 Zależności między uzależnieniem od opioidów a agresją i zachowaniami antyspołecznymi.

3.1 Związek zaburzeń antyspołecznych z agresją i przemocą

Zachowania agresywne i stosowanie przemocy to najczęściej domena zaburzeń określanych według DSM-4 jako „wiązka B”, w której skład wchodzi zaburzenia narcystyczne, antyspołeczne i z pogranicza (borderline) oraz jednego zaburzenia z wiązki A – paranoicznego.

Gniew jest emocją, która wyzwala agresję i przemoc. Źródłem gniewu natomiast mogą być takie uczucia jak podejrzliwość, zazdrość o charakterze patologicznym, chęć zemsty, niski poziom odporności na frustrację. W przypadku zaburzenia borderline będzie to lęk przed odrzuceniem, w przypadku zaburzeń antyspołecznych zaś (znudzenie, potrzeba dominacji, niski poziom empatii. Gniew wiąże się z wieloma negatywnymi emocjami. Uraza, drażliwość, a wręcz wściekłość pobudzają układ autonomiczny, prowadząc do aktywności hormonów stresu. Ponadto inne trudne przeżycia, np. z dzieciństwa (wstyd, upokorzenie, brak zaspokojenia potrzeb, niemożność kontroli nad swoim życiem) prowadzą do rozwoju negatywnych emocji. Obserwacja i procesy uczenia się agresywnych zachowań predysponują do agresywnych skłonności, które nasilone są przez niedostateczne umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami (Gulla, 2020).

Impulsywna agresja u osób z zaburzeniem borderline łączy się z wysokim poziomem reaktywności i jednocześnie niestabilnością modulacji afektu. U tych osób obserwuje się bardzo intensywne przeżywanie rozczarowania, frustracji poprzez emocje negatywne (strach przed odrzuceniem, złość, dysforia. Antyspołeczne zaburzenie osobowości zaś będzie charakteryzowało się agresją bez refleksji czy poczucia wyrzutów sumienia, często o charakterze przestępczym. Kluczowym aspektem zaburzeń z wiązki B są ograniczenia w możliwości zatrzymania lub opóźnienia impulsów w zachowaniach agresywnych w momencie odczuwania frustracji czy w obliczu prowokacji.

Badania neurobiologiczne osób z antyspołecznymi zaburzeniami osobowości potwierdziły zmniejszoną objętość istoty szarej w obszarze kory przedczołowej i zmniejszenie aktywności autonomicznej w obliczu wystąpienia sytuacji stresującej i to niezależnie od czynników psychospołecznych. W badaniach zasugerowano również, że



deficyt kory przedczołowej może być związany z niskim pobudzeniem reakcji na strach, niedostatecznym procesem decyzyjnym i brakiem sumienia (Raine i in., 2000). U osób agresywnych z zaburzeniem borderline stwierdzono zmniejszony przepływ krwi, niski metabolizm glukozy w korze czołowej i skroniowej, ograniczoną odpowiedź na aktywność serotoninergiczną w korze przedczołowej, niskie odpowiedzi kory oczodołowej przedczołowej, brzusznej przyśrodkowej oraz zakrętu obręczy na wzrost metabolizmu glukozy (Siever i in, 1999).

W ujęciu psychologicznym częstym deficytem we wspomnianych zaburzeniach osobowości jest zniekształcona struktura „Ja”, w tym obraz samego siebie, patologia w poczuciu tożsamości. Zaburzone jest także postrzeganie świata i innych osób. Jednostki z zaburzeniami osobowości ten świat będą widzieć nieobiektywnie, życzeniowo, a napływające o nim informacje bez weryfikacji o ich prawdziwości. Jednocześnie stwierdza się, że osoby o zaburzonych osobowościach pozbawione są poczucia bezpieczeństwa zarówno w przywiązaniu, jak i ogólnie w życiu, przy nadmiarze odczuwania emocji o negatywnym wydźwięku. Trudności występują również w identyfikacji i rozumieniu emocji własnych i innych osób, kontrolowaniu emocji i wyrażaniu ich w sposób akceptowany w społeczeństwie. Zasady i reguły społeczne jednostki z zaburzeniami osobowości postrzegają jako powierzchowne, bez zobowiązań, czyli niekonieczne przestrzegane. Nieadaptacyjnych wzorce zachowania spowodowane są między innymi sztywnością w myśleniu i brakiem zdolności do ich korygowania. Rozbieżności pomiędzy silną potrzebą kontroli o poczuciu o jej braku będzie dezorganizowało życie, a jednostka może bronić się przed brakiem stabilizacji w sposób agresywny, manipulacją otoczenia, gwałtownymi decyzjami. Pojawiają się więc w zachowaniu reaktywność, niska efektywność, trudności w rozwiązywaniu problemów, ale też podejmowaniu decyzji, ogólna niska zdolność do przewidywania konsekwencji swoich działań i silne reakcje na nasilenie bodźców stymulujących.

Zaburzenia osobowości nie mogą być jednak traktowane jako jedyna przyczyna zachowań agresywnych i przemocy. Oprócz kontekstu biologicznego i psychologicznego ważne są także czynniki społeczne, sytuacyjne, które sprzyjają skłonnościom do agresji.

Przemoc i zachowania agresywne w zaburzeniach osobowości o charakterze antyspołecznym jest najczęściej ukierunkowana na osoby obce lub takie, z którymi sprawcę łączą słabe więzi emocjonalne. Sprawca poddaje ofiarę procesowi dehumanizacji, który to ułatwia następnie zastosowanie wobec niej przemocy. Jednostka zaburzona stosująca przemoc kieruje się pobudkami czysto hedonistycznymi, w szczególności wykazuje się dużym problemem w odracaniu gratyfikacji i przewidywaniu konsekwencji swoich działań.



Najczęściej w tym wypadku występują akty przemocy instrumentalnej. Rodzaj brutalnych, wyrafinowanych przestępstw, często z użyciem tortur, na tle seksualnym, zaplanowanych w najmniejszych szczegółach, bez emocji przypisywany jest sprawcom o psychopatycznym rysie (Gulla, 2020).

3.2 Agresja skierowana na siebie i innych w zaburzeniu borderline – ujęcie psychologiczne

Zaburzenia osobowości z pogranicza (borderline) charakteryzują się nieefektywnością regulacji funkcji osobowości i schematami poznawczym wysoce nieadaptacyjnymi, silnymi emocjami i dysfunkcyjnym zachowaniem. Niestabilność emocjonalna widoczna jest w skrajnych stanach, od depresji, smutku, poczucia pustki, po nasilające się napięcie, złość, wybuchy gniewu, przejawy agresji. Charakterystyczne będą także zachowania ryzykowne, autodestrukcyjne oraz obniżone poczucie własnej wartości. W kontaktach interpersonalnych osobowość borderline zachowuje się impulsywnie, sprawia wrażenie bardzo zaangażowanej w związki, idealizującej partnera, a następnie staje się dominująca, poniżająca, wroga. Jednocześnie taka osoba odczuwa samotność, czuje się odrzucona, źle traktowana, a winę za niepowodzenia w związku przypisuje partnerowi. Stany kryzysów psychologicznych są bardzo dynamiczne, przeplatane okresami spokoju i pozornego przystosowania się. Mogą występować stany dysocjacji, samookaleczenia, próby samobójcze i samobójstwa dokonane (Gulla, 2020).

Zaburzona integracja „ego” w borderline identyfikuje się rozproszeniem i wewnątrznie sprzecznym obrazem siebie. To postrzeganie własnej osoby jest nierealistyczne oparte na mechanizmach obronnych. Osoby z borderline w postrzeganiu obrazu siebie stosują projekcję, przeniesienie, jak również „magiczne myślenie”. Osoby ten postrzegają wszystko w sposób dychotomiczny i ujmują rzeczywistość w kategoriach dobra i zła, a ich relacje z ludźmi oraz percepcja otoczenia charakteryzują się brakiem poczucia i ciągłości (Mosiołek i Jakima, 2022).

Akty agresji i autoagresji w zaburzeniach typu borderline mogą pełnić funkcję rozładowywania nagromadzonych emocji, zwrócenia na siebie uwagi, również w kontekście „wołania o pomoc”. Niemniej jednak efekt tych działań może być krzywdzący zarówno dla samej jednostki z zaburzeniem, jak i dla otoczenia. W zachowaniu tych osób najczęściej obserwuje się autoagresję, ale agresja skierowana na zewnątrz jest również silna, impulsywna i służy uzyskaniu ulgi w ciągłym napięciu emocjonalnym. Ofiarami osób z zaburzeniami z pogranicza są często bliscy partnerzy w związkach podejrzewani o zdradę, niezależnie od



tego, czy jest to prawda, czy tylko wyimaginowane wyobrażenie zaburzonej jednostki. Zachowania agresywne przybierają postać szantażu emocjonalnego w stosunku do partnera, ciągłego oskarżania, przemocy fizycznej i psychicznej. Paradoksalnie osoba z borderline, tak bardzo obawiająca się odrzucenia, podświadomie będzie go oczekiwała, stosując wiele manipulacyjnych i agresywnych technik, aż do pojawienia się efektu „samospełniającego się proroctwa” (Gulla, 2020).

Agresja i autoagresja w zaburzeniach borderline wykazuje naprzemiennosc i jest ze sobą powiazana. Fluktuacje kierunku agresji wywołuje niestabilnosc emocjonalna i niespojny obraz siebie i otoczenia (Bateman i Fonagy, 2016).

Traumatyczne doswiadczenia odgrywaja duza role w etiopatogenezie zaburzenia borderline, szczegolnie zespól stresu pourazowego. Jak to potwierdzaja badania naukowe, osoby z tym zaburzeniem stanowiły zdecydowanie wiekszy odsetek ofiar różnego rodzaju przemocy niż populacja osób bez tego zaburzenia. Ponadto według badań naukowych istnieje przypuszczenie, że osoby z borderline w dzieciństwie mogły charakteryzować się reaktywnością zaburzeń przywiązania. (Mosiołek i Jakima, 2022). Zaburzenia więzi i ograniczenia w mentalizacji u osób z borderline wpływają na trudności w zrozumieniu stanów psychicznych innych ludzi, w konsekwencji interpretacji zdarzeń i zachowań jako zagrożenia dla nich samych i konieczności zwalczania tych sytuacji przez agresywne działanie (Gunderson i Lyons-Ruth, 2008).

3.3 Wolna wola, autonomia i sprawczość w uzależnieniu

Rozważania pojęcia „wolnej woli” pojawiają się w wielu rozprawach naukowych, między innymi z zakresu psychologii, filozofii, etyki czy prawa (Kane, 2002). Istota „wolnej woli” w sposób oczywisty powiazana jest z aspektami mechanizmów podejmowania decyzji i samokontroli. W kontekście uzależnienia analiza zjawiska „wolnej woli” może być użyteczna z punktu widzenia psychiatrycznego i oczywiście prawnego.

W artykule pt. „Jak mechanizm uzależnienia w ujęciu neurofizjologicznym może zmienić rozumienie wolnej woli?” autorzy próbują wyjaśnić podjęcie „wolnej woli” w odniesieniu do mechanizmu uzależnienia w obszarze neurofizjologicznym. Brane są pod uwagę koncepcje pętli korowo-podkorowych (z ang. *cortico-striatal loops*) oraz filozofia „wolnej woli” i autonomii. Kryteria wolnej woli pogrupowane zostały w 6 obszarów: świadomość intencji działania, celowe i ukierunkowane działanie, zdolność do samokontroli i powstrzymywania impulsów, umiejętność zrewidowania i zmiany decyzji, zdolność do krytyki swojego działania w uwzględnieniu norm etycznych oraz integracja woli z poczuciem



własnej tożsamości i systemem wartości. Autorzy wspomnianego wyżej artykułu poddają w wątpliwość możliwość kierowania się wolną wolą osób uzależnionych. I tak w odniesieniu do świadomości intencji działania motywacja (impuls) do zdobycia „nagrody”, w rozumieniu środka psychoaktywnego, zaburza rozumienie czynu i eliminuje refleksję, a tym samym uniemożliwia rozpoznanie przyczyny decyzji. W uzależnieniu osłabiona jest samokontrola i zdolność do powstrzymania wewnętrznych impulsów w działaniu. Układ dopaminowy (układ nagrody) u osób uzależnionych wpływa na działanie skierowane na poszukiwanie substancji, dlatego też wydaje się, że świadome i celowe wybory są ograniczone. W przypadku zdolności do kontrolowania automatycznych reakcji, szczególnie tych związanych z emocjami funkcje podlegają rozregulowaniu, działanie staje się impulsywne, a poziom refleksji bardzo niski. Taki stan rzeczy zaburza sprawność woli u osoby uzależnionej. W kryterium dotyczącym podejmowania decyzji istotna jest elastyczność poznawcza, która u osób uzależnionych jest niestabilna, decyzje często się powtarzają (rytualizm), są irracjonalne, a zdolność do ich zmiany jest ograniczona, nawet jeśli oczywiste są negatywne konsekwencje podejmowanych działań. Ocena własnych czynów natomiast często jest niemożliwa lub zaburzona, następuje więc swoiste rozszczepienie między posiadaną wiedzą a podjętym działaniem, co wpływa na zdeformowanie postrzegania w aspekcie moralnym. Ostatni aspekt - integracja woli z poczuciem własnej tożsamości i systemem wartości również, według autorów wspomnianego artykułu, u osób z nałogiem, działa nieprawidłowo. Podejmowane decyzje nierzadko stoją w sprzeczności z obrazem swojej osoby, swoimi przekonaniem, a przymus kieruje działaniem człowieka (Stawski i in., 2020).

Przywoływany artykuł nie stanowi jednoznacznej odpowiedzi, czy w przypadku osób uzależnionych wolna wola zostaje całkowicie zniesiona. Autorzy sugerują natomiast, że w takim wypadku wolna wola podlega ograniczeniu lub przedefiniowaniu. Do dalszych badań i rozważań pozostaje bowiem rola zmian neurofizjologicznych w tym procesie oraz granice sprawności woli w uzależnieniu.

3.4 Czynniki ryzyka zachowań agresywnych i antyspołecznych u osób uzależnionych od opioidów

Uwarunkowania zachowań agresywnych związanych z używaniem środków psychoaktywnych jest wieloczynnikowa. W pierwszej kolejności należy podkreślić rolę aktywującą i osłabiającą tych środków na układ nerwowy. Prawdopodobieństwo pojawienia się impulsywnych zachowań będzie związane z farmakodynamiką właściwości konkretnych substancji.



Szczególny czynnik ryzyka stanowi także zjawisko głodu narkotykowego i związany z nim przymus zdobycia i przyjęcia narkotyku. Zatrucie opioidami, szczególnie po iniekcji dożylniej, początkowo powoduje stan euforii, ale następnie pojawia się dysforia i nastrój depresyjny, afekt ulega spłyceniu. Ogólnie osoba uzależniona jest spowolniona, senna, zaburzone zostają procesy poznawcze. Stany afektywne pojawiają się w momencie odstawienia większości substancji psychoaktywnych, w tym również opioidów. Charakterystyczne będzie lęk, nasilony gniew, dysforia. Często także obserwowana jest duża drażliwość, pobudzenie psychoruchowe, bezsenność. Do ogólnego obrazu klinicznego, szczególnie w przypadku uzależnienia od opioidów, dochodzą także bardzo liczne dolegliwości psychiczne i somatyczne. Przebieg procesu abstynencyjnego dla większości pacjentów jest trudny do zniesienia, bardzo bolesny, a nawet zagrażający życiu, szczególnie jeśli nie przebiega pod nadzorem lekarskim w warunkach szpitalnej izolacji. Niestety w przypadku uzależnionych od tych środków nawroty są praktycznie nieuniknione, a uzależnienie trwałe (Gulla, 2020). Obrót środkami opioidowymi jest restrykcyjny, a głód narkotyczny bardzo silny, więc uzależnieni próbują wszystkich źródeł pozyskiwania substancji, oczywiście w większości nielegalnych. Pojawiają się więc kradzieże, wymuszenia rozbójnicze, handel narkotykami lub wybór drogi prostytucji. Uzależnieni w celu zdobycia substancji mogą posuwać się też do przemocy, ponieważ przymus zdobycia środka psychoaktywnego jest niemożliwy do opanowania współistniejący z bólem psychicznym i fizycznym (Gulla, 2020).

Użytkownicy opioidów, tak jak i niektórych innych substancji odurzających, bardzo często egzystują w destrukcyjnym otoczeniu, w którym dochodzi do wielu przestępstw, w tym również związanych z narkotykami. Jednostka, która funkcjonuje w takim środowisku, przejmuje wzorce zachowań agresywnych. Środowisko to, de facto, stanowi przestrzeń, w której trzeba zwyczajnie przetrwać. Jest to przecież grupa nieformalna, ale kierująca się pewną hierarchią, podległością i wymaganiami. Eskalacja konfliktów między dilerami substancji jest bardzo silna, niebezpieczna dla zdrowia i życia. Długotrwałe przebywanie w takim środowisku uczy niewątpliwie zachowań, które umożliwiają osiągnięcie celu (zdobycie substancji), pojawia się stopniowa relatywizacja zasad, aż do ich wyeliminowania i przyjęcie negatywnych wzorców związanych z przemocą (Gulla, 2020).

Kolejnym elementem, który stanowi czynnik ryzyka zachowań agresywnych i antyspołecznych u użytkowników narkotyków, w tym również od opioidów, są stany psychiczne, których doświadczają osoby uzależnione. Zachowania impulsywne, o charakterze



przemocy pojawiają się z powodu próby „samoleczenia” symptomów związanych z uzależnieniem poprzez zażywanie środków psychoaktywnych.

Bardzo istotny czynnik ryzyka to także podwójna diagnoza u osób uzależnionych. Jak to opisano w poprzednich podrozdziałach tej części pracy, w przypadku osób uzależnionych od opioidów współistnieją także zaburzenia osobowości antyspołeczne oraz borderline, które same w sobie charakteryzują się tendencjami do agresji i przemocy. W uzależnieniu widoczne są często elementy zachowań autodestrukcyjnych: myśli, wypowiedzi o planach i prób samobójczych. Z takimi sytuacjami trudno poradzić sobie rodzinom tych osób, ponieważ oprócz ciągłej egzystencji w strachu i obawie o życie osoby najbliższej, pojawiają się także takie emocje jak złość, poczucie manipulacji osoby uzależnionej otoczeniem, czy rozpad rodziny. W przypadku osób zażywających opioidy są to bardzo częste zdarzenia, w tym również kryminalizacja i stopniowa demoralizacja środowiska rodzinnego związana niejednokrotnie z przestępczym zachowaniem osoby bliskiej (Gulla, 2020).

Związek stosowania przemocy i zachowań agresywnych z nadużywaniem środków odurzających jest wielowymiarowy i determinowany zarówno przez czynniki związane z własną emocjonalnością uzależnionych, z ich problemami w relacjach z innymi osobami, jak również z właściwościami farmakologicznymi przyjmowanej substancji. Narkotyki, które mają rolę rozhamującą, powodują obniżenie poziomu samokontroli, bywają przyjmowane dla dodania sobie odwagi i zmniejszenia lęku. W obliczu głodu narkotycznego, tak silnego w przypadku opioidów, osoba uzależniona często posuwa się do zdobycia za wszelką cenę substancji i są to akty agresji. Handel narkotykami to także element kryminalizacji, związany z przemocą, agresją, ugrupowaniami terrorystycznymi. Ten rynek generuje statystyki wszelkiego rodzaju przestępstw wobec zdrowia i życia (Gulla, 2020)

3.4 Wpływ opioidów na występowanie zachowań agresywnych i antyspołecznych u osób uzależnionych – przegląd badań

Rozważania dotyczące związku opioidów z agresją i zachowaniami antyspołecznymi u osób uzależnionych rozpocznę od powiązań tematu z kwestią przestępczości. Środki odurzające mogą wywoływać stany zmienionej świadomości, wpływać na zachowania antyspołeczne, w tym popełnianie przestępstw. Jak dotychczas jednak nie ma naukowego potwierdzenia, że intoksykacja substancjami psychoaktywnymi jest bezpośrednim czynnikiem prowadzącym do popełniania przestępstw, a jedynie może pełnić funkcję katalizującą zachowania łamiące prawo (Błachut i in., 1999). Na początek przytoczone zostaną polskie



dane statystyczne, które będą obejmowały różny rodzaj przestępstw popełnianych pod wpływem substancji odurzających.

Przestępstwa pospolite to zabójstwo, uszczerbek na zdrowiu, bójka/pobicie i zgwałcenie. Według danych policyjnych czyny przestępcze popełniane przez osoby w stanie nietrzeźwości to najczęściej właśnie przestępstwa o charakterze przemocy. (Piotrowski, 1992). Dane Komendy Głównej Policji za rok 2012 r. dotyczące ilości przestępstw (osoby podejrzane o czyn) przeciwko zdrowiu i życiu osób trzeźwych i nietrzeźwych obrazuje poniższa tabela (Breska, 2018).

Tabela 6 Nietrzeźwi podejrzani o popełnienie przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu w 2012 r.

Kwalifikacja prawna	Liczba podejrzanych – dorośli	Liczba nietrzeźwych – dorośli	Odsetek nietrzeźwych – dorośli	Liczba podejrzanych - nieletni	Liczba nietrzeźwych – nieletni	Odsetek nietrzeźwych – nieletni
Zabójstwo	577	294	50,9 %	11	3	27,3 %
Uszczerbek na zdrowiu	7 132	2 141	30,0 %	2 560	40	1,6 %
Bójka / pobicie	12 631	4 416	35,0 %	4 751	154	3,2 %
Zgwałcenie	749	227	30,3 %	106	9	8,5 %

Źródło: Policja (2012), opracowanie własne.

Jak można wywnioskować z powyższego zestawienia największy udział nietrzeźwych podejrzanych sprawców o czyn karalny przeciwko zdrowiu i życiu jest niestety w najpoważniejszym przestępstwie, tj. za zabójstwie (50,9% dorosłych i 27,3% nieletnich). Odpowiednio w przypadku uszczerbku na zdrowiu było to 30% dorosłych, bójki lub pobicia 35%, a w przypadku gwałtu 30,3%. Nieletni nietrzeźwi podejrzani za wyżej wymienione czyny stanowili znikomy odsetek (1,6%-8,5%). Zaznaczyć należy, że w wspomnianej statystyce nie Komenda Główna Policji nie zidentyfikowała rodzaju środka psychoaktywnego, pod wpływem, którego był podejrzany.

Wśród przestępstw popełnianych przez osoby uzależnione należy wyróżnić następujące czyny związane z:

- wytwarzaniem, nabywaniem, posiadaniem, udostępnianiem nielegalnych substancji
- czynami karalnymi związanymi ze zdobywaniem narkotyków w celu odurzania się (wymuszenia, w tym rozbójnicze, wyłudzenia, włamania, kradzieże, handel narkotykami),
- uchylaniem się od obowiązku alimentacyjnego, kredytowego, itp.,
- demoralizacją osób nieletnich,



- przemocą domową (Breska, 2018).

Wśród priorytetów Komendy Głównej Policji jest walka z przestępczością narkotykową. Jak to wynika z danych prezentowanych przez policję w ubiegłym 2024 r., padł rekord pod względem wykrycia i zabezpieczenia nielegalnych substancji psychoaktywnych w Polsce – wykryto 30,4 tony. Za granicami kraju natomiast ta ilość wynosiła 7,8 tony. W Polsce 85 nielegalnych laboratoriów narkotyków syntetycznych zostało zlikwidowanych, zaś poza krajem 17. (Komenda Główna Policji, 2025, styczeń 9). W latach 2020-2023 wykryto następujące ilości przestępstw z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii:

- 12. 2020: 59442
- 13. 2021: 62204
- 14. 2022: 64013
- 15. 2023: 61713 (Komenda Główna Policji, 2024)

Przemoc domowa jest szczególnym tematem podnoszonym od kilku lat w wielu opracowaniach naukowych. Udział zidentyfikowanych sprawców przemocy domowej na podstawie procedury „Niebieskiej Karty”, którzy byli pod wpływem substancji psychoaktywnych, jest monitorowana i pojawia się w statystykach policyjnych. „Niebieska Karta” to procedura szeregu czynności wobec ofiar i sprawców przemocy domowej, mająca na celu przeciwdziałanie temu zjawisku. Poniżej tabela Komendy Głównej Policji z danymi statystycznymi za 2024 r.

Tabela 7 Przemoc domowa w 2024 r.

Liczba wypełnionych formularzy „Niebieskiej Karty” ogółem - część A, w tym:	59174
Liczba formularzy z wszczęciem procedury	51794
Liczba formularzy kolejnych przypadków przemocy domowej w trakcie trwania obecnej procedury	7308
Liczba ofiar przemocy domowej	86920
- kobiet	50638
- mężczyzn	10559
- małoletnich	25723
Liczba sprawców przemocy	60535
- kobiet	8124
- mężczyzn	52411
Liczba sprawców przemocy domowej będących pod wpływem alkoholu	25704
- kobiet	1992



- mężczyzn	23717
Liczba sprawców przemocy domowej będących pod wpływem innych substancji psychoaktywnych	935
- kobiet	84
- mężczyzn	851
Liczba sprawców przemocy domowej będących pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych	296
- kobiet	37
- mężczyzn	259

Źródło: Policja (2025), opracowanie własne.

Z analizy procentowej powyższych danych wynika, że alkohol w 2024 r. był głównym czynnikiem ryzyka stosowania przyczyną przemocy domowej (42,5% sprawców) wśród ogólnej ilości sprawców. Sprawcy pod wpływem innych substancji psychoaktywnych to już niewiele ponad 1% (1,55%), zaś osoby pod wpływem zarówno alkoholu, jak i innych substancji to jedynie 0,49%. Udział mężczyzn w ogólnej statystyce sprawców przestępstw to 86,6%, kobiet natomiast to 13,4%. Wśród sprawców-mężczyzn pod wpływem alkoholu było aż 92,3%, kobiet zaś zaledwie 7,7%. Sprawcy pod wpływem innych substancji psychoaktywnych to wśród mężczyzn 91%, wśród kobiet 9%. Sprawcy-mężczyźni pod wpływem zarówno alkoholu i innych substancji stanowili 87,5%, przy 12,5% kobiet. Powodem różnic w ilości sprawców przemocy domowej pod wpływem alkoholu i innych środków odurzających na pewno może być legalność i dostępność alkoholu w porównaniu do narkotyków. Nadto wydaje się, że popularność badań na alkohol i wyposażenie w stosowne urządzenia policji również jest pewnym determinantem (Policja Rzeczypospolitej Polskiej, 2025).

Przegląd badań dotyczących udziału opioidów w powstawaniu zachowań antyspołecznych i agresywnych u osób uzależnionych od tych substancji, jak się wydaje, nadal nie wyczerpuje tematu. W odniesieniu do obszaru polskich badań jest to temat dosyć trudny do zidentyfikowania. Wątek ten podejmowany był jednak pośrednio w badaniach przeprowadzonych na pacjentach uzależnionych od opiatów, przyjmujących „kompot” - narkotyk powstały z alkaloidów opium, leczonych na Oddziale Detoksykacji Kliniki Toksykologii KMPiChŚ Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w 2001 r. Opracowanie autorstwa mgr Łucji Szczepańskiej nosi tytuł: „Analiza objawów psychopatologicznych u pacjentów uzależnionych od „kompotu”, leczonych na oddziale detoksykacji”. Wyniki tych badań potwierdziły, że ponad połowa pacjentów zażywających



„kompot”, który jest bardzo toksycznie działającym środkiem na ośrodkowy układ nerwowy, wykazywała zaburzenia procesów poznawczych. Badania zakładały także hipotezę istnienia zaburzeń antyspołecznych u uzależnionych od opioidów. Analiza wyników badania (test MMPI-2, obserwacje, rozmowy, poglądy, reakcje sytuacyjne) wskazała na to, że u większości osób uzależnionych od opiatów („kompot”) zachowanie wykazuje istnienie cech osobowości zaburzonej, w tym również poważnych problemów interpersonalnych (Szczepańska, 2001).

W 2024 r. w międzynarodowym czasopiśmie „Chronic Stress” ukazał się artykuł, który można przetłumaczyć jako: „Przemoc interpersonalna a zdrowie psychiczne, zażywanie narkotyków i leczenie wśród pacjentów ze współwystępującym stosowaniem opioidów i zaburzeniami zdrowia psychicznego” (z ang. *Interpersonal Violence and Mental Health, Drug Use, and Treatment Utilization among Patients with Co-Occurring Opioid use and Mental Health Disorders*). Zgodnie ze stanowiskiem autorów artykułu przemoc w relacjach interpersonalnych osób z podwójną diagnozą (uzależnienie od opioidów i zaburzenia psychiczne) jest bardzo częsta (Hindmarch i in., 2024). W innym artykule zamieszczonym w czasopiśmie *Epidemiol Rev* autorzy opublikowali swoje rozważania pod tytułem „Drug Use Disorders and Violence: Associations With Individual Drug Categories” (z ang. *Uzależnienie od narkotyków i przemoc: Powiązania z poszczególnymi kategoriami narkotyków*). Tym razem również podkreślone jest, że u osób nadużywające różnych substancji (w tym opioidów) występuje większe ryzyko zachowań związanych z przemocą niż w przypadku sprawców bez uzależnienia (Van Donkersgoed, i in., 2021).

W 2019 r. pojawił się artykuł zatytułowany „From addiction to aggression: The spillover effects of opioid policies on intimate partner violence” (z ang. „Od uzależnienia do agresji: Efekty uboczne polityki opioidowej na przemoc w związkach” autorstwa amerykańskich badaczy z National Bureau Of Economic Research. W pracy autorzy skupiają się na tym jaki wpływ może mieć polityka ograniczenia dostęp do opioidów sprzedawanych na receptę na zjawisko przemocy w związkach partnerskich. Badania szczególnie koncentrowały się na leku OxyContin oraz heroinie i fentanylu. Zgodnie ze stanowiskiem badaczy większa ilość wydawanych recept na opioidy może wiązać się z intensyfikacją impulsywności i konfliktami w związkach. Zmniejszenie ilości wystawianych recept na te substancje powodowało spadek zachowań agresywnych i ryzykownych. Na obszarach dostępności fentanylu i heroiny statystyki policyjne notowały większy odsetek przestępstw, interwencje dotyczące przemocy domowej, rozbudowany rynek handlu narkotykami (Dave i in., 2023).



Na koniec rozważań dotyczących związku używania opioidów a występowania zachowań agresywnych i przemocowych warto wspomnieć o związku tematu z radykalizacją zachowań. Temat ten podjęła Dominika Pacholska i Tadeusz Wojciechowski w artykule „Nadużywanie substancji psychoaktywnych a proces radykalizacji”. W ramach badań autorzy przeanalizowali biografie sprawców ataków terrorystycznych i osób o tendencjach ekstremistycznych. W podsumowaniu zaś stwierdzono, że zarówno alkohol, jak i opiaty w kontekście uzależnienia ma związek z procesem radykalizacji. Opiaty mogą powodować niestabilność psychiczną, osłabienie kontroli, a osoby uzależnione, jako że są zagubione, pobudzone, poszukujące sensu życia, skłonne do przyłączania się do ruchów o podłożu eksternistycznym. Dodatkowo grupy te mogą właśnie werbować przyszłych członków wśród osób uzależnionych, również od opioidów, które poniosły już ogromne straty w życiu osobistym, ich walka z nałogiem trwa od dawna i jest nieefektywna. W swoim artykule Pacholska i Wojciechowski przywołują także raport „Drugs and Terrorism: The Overlaps in Europe”, który analizuje przestępstwa narkotykowe i ich powiązania z ekstremizmem. Raport ten sygnalizuje, że 67% sprawców ataków terrorystycznych o podłożu islamistycznym nadużywało narkotyków lub było osobami uzależnionymi zarówno przed czynami, jak i w trakcie czy po nich. Sprawcy ataków zażywali kokainę, heroinę czy stymulantów, a ich uzależnienie powstało przed zradykalizowaniem się. Wśród nich ponad 30% systematycznie zażywało heroinę i kokainę. Mimo że, oficjalnie ugrupowania terrorystyczne ideologicznie potępiają zażywanie narkotyków, to jednak najczęściej odpowiedzialne są za ich handel. Do manipulacji ideologicznej wykorzystywane są narkotyki jako osłabiające wolną wolę, tak samo jako do zamachów samobójczych, by obniżyć poziom instynktu samozachowawczego (Pacholska i Wojciechowski 2023).

3.6 Europejski rynek opioidów – skala zjawiska

Kryzys opioidowy obserwowany jest w ostatnich kilku latach, ale dotyczy przede wszystkim krajów Ameryki Północnej i Południowej. Według danych szacunkowych liczba problemowo używających substancji opioidowych, w 2014 r. w Polsce wynosiła w przybliżeniu 15.000 osób (0,55 osób/1000 mieszkańców) i wskazywała tym samym na jedną z najniższych wartości w Europie. Według danych pochodzących z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, porównując liczbę osób uzależnionych od opioidów w latach 2001, 2005, 2009 i 2014, ilość takich osób systematycznie spada. O ile w tym okresie kulminacja ilości uzależnionych przypadła na 2005 r. i wynosiła 27000 osób, to w 2009 r. było ich 14750, a w 2014 r. 14664. Należy przede wszystkim podkreślić, że od tych szacunków minęło już ponad



10 lat, a jeżeli rozpatrywać wspomniany 2009 i 2014 r. to spadek liczby osób uzależnionych od opioidów w ciągu tych 5 lat nie był aż tak duży.

Europejski Raport Narkotykowy 2024 przedstawiony przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (z ang. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) uwzględnia między innymi sytuację związaną z opioidami w Europie, szczególnie kwestię używania, przedawkowania, leczenia i populację użytkowników wysokiego ryzyka. Podkreślone jest rozpowszechniające się zjawisko zażywania wielu substancji jednocześnie (z ang. *polydrug use*). W przypadku opioidów najczęściej jest to powiązanie zażywania tych substancji wraz z benzodiazepinami, kokainą, alkoholem (EMCDDA, 2024)

Od wielu lat najbardziej powszechnym stosowanym nielegalnym opioidem pozostaje heroina. Jest to środek bardzo niebezpieczny dla zdrowia i życia. Średni wiek wszystkich pacjentów, którzy rozpoczynają leczenie uzależnienia głównego od heroiny jest coraz wyższy. W 2013 r. najwięcej pacjentów było w przedziale wiekowym 30-34 lat, podczas kiedy w 2023 r. to osoby w wieku 40-44 lat. W obu porównywanym czasookresach obserwowano pacjentów, którzy zaczęli leczenie w wieku 15-19 lat. W przypadku pacjentów po raz pierwszy leczonych w związku z uzależnieniem od heroiny w 2013 r. dominowały osoby w wieku 25-29 lat, w 2023 roku natomiast 35-39 latkowie. Od lat powodem zgonów opioidowych jest właśnie heroina, ale systematycznie liczna krajów Europy, w których do takich sytuacji dochodzi maleje. Pojawiają się jednak inne syntetyczne opioidy, które stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia. (np. fentanył i jego pochodne). Niektóre leki, szczególnie te łagodzące ból, zawierają silne opioidy syntetyczne. Ponadto w leczeniu podawane są też środki, które łączą się z receptorami opioidowymi (agoniści opioidowi) – również mający toksyczny charakter. Ich właściwości terapeutyczne mogą być powodem zainteresowania rynków nielegalnego obrotu narkotykami (EMCDDA, 2024).

Heroina pozostaje także w czołówce substancji powodującej najczęstsze ostre zatrucia i konieczność hospitalizacji. Według European Drug Report 2024 (z ang. *Europejski Raport Lekowy*) w 2022 roku opioidy zażywało około 860 000 osób, co stanowi 0,3% dorosłej populacji Unii Europejskiej. W tym samym roku u około 63 000 osób (25%) rozpoczynających leczenie z powodu uzależnień stanowiły opioidy. Ostre zatrucie heroiną w Unii Europejskiej w 2021 roku stanowiło około 15% zgłoszonych przypadków, a śmiertelne przedawkowania z powodu to 74% (Health Research Board, 2024).



Sytuacja rynku opioidowego w Polsce według istniejących na rynku opracowań nie wydaje się być zbyt niepokojąca. Do 2024 r. liczba wystawianych recept stała się rosnąca. W przypadku oksykodonu (na refundację i bez niej) w 2019 roku wystawiono 173242 recept, a w 2023 roku aż 258172 recept. Ilość recept na fentanyl nieznacznie się zmniejszyła, ale w sektorze prywatnym rośnie. W związku z bardzo niebezpieczną sytuacją zatrucia fentanylem, głównie w krajach Ameryki Północnej, w 2024 Polska wprowadziła system monitorujący recepty wydawane na opioidy. Według analizy danych statystycznych w 2022 roku jedynie 16% pacjentów leczonych ambulatoryjnie i stacjonarnie stanowili uzależnieni od opiatów (Kowalski, 2024).

Jakkolwiek dogłębnej analizie powinny zostać poddane powyższe fakty, szczególnie w kwestii dokładnych badań kierunkowych tak jak na przykład od wielu lat dzieje się to w odniesieniu do uzależnienia od alkoholu. Ponadto zastanawiającym pozostaje fakt wyników badań przeprowadzonych przez Centrum Badawczo-Rozwojowe BIOSTAT w 2024 roku. Sondaż z cyklu „Zdrowie Polaków” zawierał pytania dotyczące stosunku Polaków do substancji psychoaktywnych, zwłaszcza do środków opioidowych. W pytaniu o najbardziej szkodliwe substancje opioidy znalazły się na drugiej miejscu (84,9%). Za bardziej szkodliwe niż inne środki opioidy uznało 61,8% respondentów, za najbardziej niebezpieczny opioid oceniono fentanyl (49,6%) i heroinę (29,8%). Fentanyl jako odpowiedź substancji najbardziej niebezpiecznej pod kątem uzależnienia wskazało 66,3%, heroinę zaś 16,3%. Końcowe pytanie dotyczyło przewidywań ewentualnej fali uzależnień od fentanylu w Polsce. W tym miejscu tylko 6,8% respondentów zaprzeczyło, by taka sytuacja mogła mieć miejsce, 42,6% stwierdziła, że może do niej dojść, ale nie na dużą skalę, a 26,3% osób odpowiedziało, że może to być na masową skalę (Biostat, 2024).



Rozdział 4 Metodologia badań własnych

4.1 Temat pracy i cele badań - uzasadnienie wyboru tematu

4.1.1 Temat pracy i uzasadnienie jego wyboru

Uzależnienie od opioidów jest jedną z najbardziej obciążających zdrowotnie chorób. Przebieg tego uzależnienia jest bardzo ciężki, proces jest wieloletni, a prognoza leczenia dosyć niepewna. Pacjenci wielokrotnie podejmujący walkę z tym nałogiem najczęściej w abstynencji wytrzymują przez krótki okres. Opioidy są substancjami często stosowanymi w medycynie, w leczeniu bólu, szczególnie tego silnego. Mają także bardzo poważne właściwości uzależniające i często dochodzi do ich jatrogenności. Autorka pracy pracuje od wielu lat jako kurator sądowy, a od około 3 lat jako specjalista psychoterapii uzależnień, wspierając osoby w kryzysie, zagrożone wykluczeniem społecznym, uzależnione objęte nadzorem kuratorskim oraz ich rodziny w procesie zmiany i reintegracji społecznej. W codziennej pracy zajmuje się osobami uzależnionymi, również od opioidów.

Temat niniejszej pracy magisterskiej został sformułowany jako „Wpływ uzależnienia od opioidów na występowanie zachowań agresywnych i antyspołecznych – Studium przypadku”. Doświadczenie w pracy na Oddziale Detoksykacji dla Narkomanów oraz w Poradni Leczenia Uzależnień pozwoliło autorce niniejszej pracy na dokładną analizę problemu uzależniania od opioidów i współwystępujących problemów z zachowaniami antyspołecznymi i agresywnymi w biografiami pacjentów.

Z uwagi na pełnienie podwójnej roli przez autorkę pracy, tj. terapeuty prowadzącego pacjentów, którzy byli przedmiotem badania i jednocześnie jej roli jako wykonującej badania, należy podkreślić, że zostały podjęte wszelkie możliwe czynności celem zminimalizowania ryzyka presji wobec badanych. Wykonywanie badań nie miało wpływu na przebieg procesu terapii, ponieważ odbywało się w czasie nieaktywności zawodowej jako psychoterapeuty uzależnień autorki badań, tj. w okresie około 6 miesięcy zawieszeniu tejże aktywności, więc był to istotny czas oddzielenia badania od procesu terapeutycznego. Uczestnicy wyrazili świadome zgody na uczestnictwo w badaniu. Nadto każdy z uczestników miał możliwość niewyrażenia zgody na badania lub odwołania jej na każdym etapie. Wszelkie dane, w tym biograficzne pozyskane w toku wykonywanych badań były w wyłącznej dyspozycji autorki badań, zostały poddane anonimizacji, zabezpieczone hasłem i przechowywane do czasu zakończenia się badań i obrony pracy magisterskiej, a następnie usunięte z wszelkich nośników.



Temat jest szczególnie bliski autorce pracy z uwagi na odmienność uwzględnienia sytuacji pacjentów z punktu widzenia kuratora sądowego i terapeuty uzależnień. W odniesieniu natomiast do aspektów naukowych temat pracy jest istotny w kontekście opieki zdrowotnej, procesu leczenia uzależnień i działań profilaktycznych, a także zrozumienia mechanizmów obronnych osób uzależnionych w odniesieniu do szkód społecznych oraz skutecznego zarządzania tym problemem. W szczególności niniejsza praca może przybliżyć ogólny problem uzależnienia od opioidów, dynamiki zjawiska, prognoz. Praca może stanowić próbę określenia wpływu uzależnienia od opioidów na występowanie zachowań dewiacyjnych, ich konsekwencji społecznych, mechanizmów psychologicznych i tym samym być małym krokiem w kierunku konstrukcji skutecznych strategii terapeutycznych. W związku z powyższym według autorki niniejszej pracy, jej badania mogą mieć istotny wpływ dla działań terapeutycznych i społecznych. Biorąc pod uwagę niezbyt obszerny, jak dotychczas, materiał badań w tym zakresie zasoby pracy mogą być wykorzystane w innych dziedzinach nauki niż psychologia, np. między innymi prawo, socjologia, kryminologia.

4.1.2 Cel i przedmiot badań własnych - określenie głównych i szczegółowych celów badawczych

Głównym celem badań własnych było przeprowadzenie pogłębionej analiza wpływu uzależnienia od opioidów na występowanie zachowań antyspołecznych i agresywnych u osób leczonych ambulatoryjnie. Badania te, w założeniu, miały zidentyfikować psychologiczne, osobowościowe i środowiskowe uwarunkowania zachowań o wspomnianym wyżej charakterze oraz określić dominujące aspekty związane z procesem uzależnienia i funkcjonowanie psychospołecznym badanych. Określenie takiego celu głównego miało umożliwić ukazanie powiązań mechanizmów psychologicznych, biologicznych i społecznych osób uzależnionych z ich antyspołecznymi zachowaniami w środowisku.

W obrębie celu głównego natomiast autorka badań wyodrębniła następujące cele szczegółowe:

- identyfikacja cech osobowościowych, z uwzględnieniem poziomu impulsywności i agresywności, które będą odgrywać kluczową rolę w powstawaniu zachowań antyspołecznych u osób uzależnionych od opioidów;
- określenie korelacji zaburzeń osobowości oraz zachowań spowodowanych działaniem substancji z tendencją do zachowań antyspołecznych;
- ustalenie roli głodu narkotykowego na nasilenie zachowań antyspołecznych, w tym na przestępczość spowodowaną potrzebą zdobycia substancji;



- ocena znaczenia środowiska, w którym przebywa uzależniony na przejawy zachowań antyspołecznych w jego funkcjonowaniu;
- zanalizowanie wpływu trudnych doświadczeń z dzieciństwa na obecne relacje społeczne, w tym na skłonność do agresji i zachowań nieakceptowanych społecznie;
- określenie zależności między płcią osób uzależnionych od opioidów a poziomem zachowań antyspołecznych;
- zebranie danych ilościowych i jakościowych w celu oceny przyczyny zachowań antyspołecznych, z wykorzystaniem testów psychometrycznych i ankiety autorskiej.

Przedmiotem badań były zarówno czynniki psychologiczne, w tym impulsywność, trudność w kontroli emocji, głód narkotykowy, rodzinne i środowiskowe (traumatyczne doświadczenia, destrukcyjne środowisko, w którym uzależniony egzystuje, jak również różnice demograficzne (płeć osoby uzależnionej).

Badania zostały przeprowadzone w oparciu o charakter jakościowy i miały na celu pogłębioną analizę uwarunkowań osobowościowych, mechanizmów psychologicznych powstania tendencji agresywnych oraz roli indywidualnych doświadczeń badanych w nasileniu antyspołecznego sposobu zachowania. Znaczenie badań może mieć istotną wartość zarówno dla systemu ochrony zdrowia, wymiaru sprawiedliwości czy też placówek statutowo zajmujących się pomocą osobom uzależnionym. Zidentyfikowanie czynników ryzyka w konsekwencji może przyczynić się przede wszystkim do poprawy jakości funkcjonowania osób uzależnionych. W drugiej kolejności zaś do redukcji kosztów społecznych, związanych z leczeniem uzależnień, zapobieganiem przestępczości i patologiom.

4.2 Pytania badawcze

Na podstawie wcześniejszych analiz teoretycznych przeprowadzonych z uwzględnieniem tekstów źródłowych określone zostały poniższe pytania badawcze.

P1. „Jakie cechy profilu osobowości (MMPI-2) współwystępują z nasileniem agresji i impulsywności (BPAQ, SUPPS-P) w badanej grupie?” Obszar badawczy: Ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji. Pytanie to dotyczy zagadnień ogólnego poziomu agresji i trudności w regulacji emocji u osób badanych, ewentualnego zidentyfikowania u osób uzależnionych od opioidów zwiększonego poziomu agresji, impulsywności, wrogości oraz zachowań antyspołecznych.

P2. Jaka jest relacja między używaniem opioidów a występowaniem zachowań niezgodnych z prawem oraz postaw antyspołecznych? Obszar badawczy: Zachowania antyspołeczne



i przestępcze. Pytanie związane jest z badaniem przejawów zachowań antyspołecznych i przestępczych u osób uzależnionych od opioidów, w tym w szczególności określeniem czy współwystępowanie profilu zaburzeń psychicznych oraz ryzykownych zachowań spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych zwiększa prawdopodobieństwo występowania zachowań problemowych.

P3. Jak badani opisują związek głodu narkotykowego z nasileniem reakcji agresywnych i zachowań problemowych? Obszar badawczy: Głód narkotykowy a agresja i zachowania antyspołeczne. Pytanie dotyczy zależności wzrostu zachowań antyspołecznych, w tym zachowań przestępczych, związanych z koniecznością zdobycia substancji odurzającej od nasilenia głodu narkotykowego.

P4. Jak kształtuje się związek między środowiskiem zewnętrznym a występowaniem zachowań agresywnych i antyspołecznych? Obszar badawczy: Środowisko zewnętrzne a agresja i zachowania antyspołeczne. Pytanie to jest próbą określenia na ile osoby uzależnione pozostające w środowisku destrukcyjnym, w którym normą są zachowania przestępcze lub agresywne, częściej przejawiają zachowania antyspołeczne.

P5. W jakim stopniu traumatyczne doświadczenia z domu rodzinnego współwystępują z zachowaniami agresywnymi i antyspołecznymi u osób uzależnionych od opioidów? Obszar badawczy: Rodzina pochodzenia a agresja i zachowania antyspołeczne. Pytanie dotyczy aspektu doświadczeń traumatycznych z okresu dzieciństwa (przemocy, zaniedbania, dysfunkcyjności rodziny) jako zwiększającego skłonność do zachowań antyspołecznych w dorosłości u osób uzależnionych.

P6. Jak kształtuje się związek między płcią a zachowaniami agresywnymi i antyspołecznymi w populacji osób uzależnionych od opioidów? Obszar badawczy: Płeć uzależnionego a agresja i zachowania antyspołeczne. Pytanie badające różnice w zakresie nasilenia zachowań antyspołecznych między kobietami a mężczyznami uzależnionymi od opioidów.

4.3 Kryteria wyboru przypadku

Badaniami objęto 6 pacjentów (3 kobiety i 3 mężczyzn) uzależnionych od opioidów, wybranych metodą celową, którzy spełniali następujące kryteria (łącznie):

- diagnoza uzależnienia od opioidów
- wiek: 30–35 lat
- uczestnictwo w terapii ambulatoryjnej
- wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu
- brak ostrego stanu psychiatrycznego lub somatycznego uniemożliwiającego udział.



Badane osoby były pacjentami autorki niniejszej pracy leczonymi w placówce ambulatoryjnej od około 12 miesięcy. Osoby te w placówce posiadały dokumentację leczenia. Do diagnozy przypadku autorka pracy skorzystała także z opracowania testu MMPI-2, wykonanego w placówce przez psychologa klinicznego w 3 lub 6 miesiącu leczenia. Charakterystyka próby zapewniała zróżnicowane doświadczenia badanych, ich różną sytuację rodzinną i życiową, umożliwiała nadto identyfikację wspólnych mechanizmów zachowań antyspołecznych.

4.4 Organizacja i przebieg badań własnych

4.4.1 Procedury zbierania danych

Metodą wykorzystaną do badań własnych było studium przypadku, które obejmowało szczegółową analizę wytypowanych 6 osób (pacjentów ambulatoryjnych Ośrodka Leczenia Uzależnień) pod kątem spełnienia określonych kryteriów. Metoda studium przypadku umożliwiła zanalizowanie poszczególnych doświadczeń badanych w kontekście ich zachowań agresywnych i antyspołecznych. Metoda ta ponadto, miała w założeniu uchwycić złożonych procesu uzależnienia oraz indywidualne uwarunkowania zachowań. Próba została dobrana celowo, uwzględniając pacjentów o zróżnicowanych, ale porównywalnych obrazach cech psychospołecznych. Takie założenie umożliwiło próbę wnikliwego poznania osobowościowych czynników, które wpływają na analizowane zjawiska. Celem wzmocnienia wiarygodności i wartości diagnostycznej metody studium przypadku, w toku zbierania danych empirycznych zastosowano zróżnicowane metody i narzędzia badawcze. W procesie badawczym wykorzystane zostały zarówno metody jakościowe, jak i narzędzia do pomiarów ilościowych. Badania zostały uzupełnione o analizę dokumentacji klinicznej.

Zgodnie z tym założeniem wykorzystano następujące procedury:

- wywiady pogłębione
- obserwacja bezpośrednia
- autorska ankieta diagnostyczna
- Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry'ego (BPAQ)
- Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P
- analiza dokumentacji medycznej, w tym wyników kwestionariusza MMPI-2

Uczestnicy badania mieli zapewnioną anonimowość, poufność danych oraz dobrowolność udziału. Uzyskano świadomą zgodę na udział w badaniu oraz przetwarzanie danych, w tym dokumentacji medycznej, zgodnie z zasadami etyki badań naukowych.

4.4.2 Uzasadnienie doboru narzędzi badawczych BPAQ, SUPPS-P

Do oceny zachowań agresywnych zastosowano Kwestionariusz Agresji Bussa i Perry'ego (BPAQ). Kwestionariusz ten umożliwia wielowymiarowy pomiar agresji w sposób wielowymiarowy, obejmujący zarówno czynniki behawioralne, jak i emocjonalne oraz poznawcze. Narzędzie to jest często wykorzystywane przy okazji badań nad zaburzeniami używania substancji, charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. W kontekście uzależnienia od opioidów szczególnie istotne są skale gniewu i wrogości, które odzwierciedlają trudności w regulacji emocji oraz negatywne nastawienie poznawcze często obserwowane w tej populacji.

Skróconą wersję kwestionariusza UPPS-P, tj. SUPPS-P wykorzystano do badania impulsywności. Impulsywność postrzegana jako konstrukt wielowymiarowy, obejmuje 4 wymiary: popędliwość (porywczosć) negatywną, popędliwość (porywczosć) pozytywną, brak premedytacji, brak wytrwałości oraz poszukiwanie doznań. Wymiary te są szczególnie trafne w badaniach nad uzależnieniami, ponieważ dotyczą zarówno występowania impulsywnych reakcji pod wpływem negatywnych emocji, jak również trudności w przewidywaniu konsekwencji działań. Zastosowanie Kwestionariusza Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P w założeniu miało na celu efektywną i rzetelną ocenę impulsywności przy jednoczesnym ograniczeniu obciążenia badanych, co ma istotne znaczenie w badaniach klinicznych.

4.4.3 Przebieg badań własnych

Badania zrealizowano w okresie od listopada 2025 r. do stycznia 2026 r., zgodnie z harmonogramem opracowanym na etapie planowania projektu. Opracowana procedura badawcza miała jednolity charakter dla wszystkich uczestników, ale była także elastyczna z powodu indywidualnego charakteru metody studium przypadku. Przebieg badań podzielony został na pięć etapów.

W pierwszym etapie dokonano przygotowania organizacyjnego do badań oraz rekrutacji uczestników. Na początku nastąpiła weryfikacja kryteriów kwalifikacji do badań i nawiązania kontaktu z wytypowanymi pacjentami. Potencjalnym uczestnikom zostały przedstawione cele i metody badania oraz zasady poufności. Po uzyskaniu świadomych zgód badanych dokonano ustalenia terminów spotkań i przygotowano konkretne narzędzia badawcze.

Etap drugi koncentrował się na przeprowadzeniu wywiadów pogłębionych wśród rekrutowanych uczestników i jednoczesnej ich obserwacji. Wywiady trwały od 50 do 60



minut. W ich trakcie obserwowano ekspresję emocjonalną, mimikę twarzy, dynamikę komunikacji. Za zgodą badanego wywiad został poddany rejestracji audio, a następnie transkrypcji.

Kolejny – trzeci etap, dotyczył wypełnienia przez pacjentów autorskiej ankiety i kwestionariuszy BPAQ i SUPPS-P. Badająca czuwała nad przebiegiem procedury, udzielając niezbędnych instrukcji technicznych.

Przedostatnim etapem była analiza dokumentacji klinicznej badanych, znajdująca się w placówce leczenia uzależnień. Dokumentacja zawierała między innymi historię uzależnienia pacjenta oraz innych chorób współistniejących, ewentualną obecność farmakoterapii, zgłaszane przez pacjenta istotne szczegóły związane z jego życie, w tym zachowania ryzykowne i autodestrukcyjne. Wnikliwej analizie poddano profil z badania kwestionariuszem MMPI-2 wykonany przez psychologa klinicznego zatrudnionego w placówce. Pozyskane dane na tym etapie zestawiono z wynikami ankiety własnej, kwestionariuszy BPAQ i SUPPS-P oraz treścią wywiadów celem opracowania wieloaspektowa oceny funkcjonowania uczestników badania.

Ostatni – piąty etap badania skupiał się na opracowaniu pozyskanych danych. Transkrypty wywiadów poddano analizie tematycznej, bez kodowania. Wywiady uwzględniały szeroko pojętą historię życia uczestników, w tym dane o środowisku rodzinnym (rodzina pierwotna i obecna), funkcjonowaniu społecznym w szkole, pracy, istotnych zdarzeniach w okresie dorosłości, itp.

Uzyskane wyniki ankiety własnej oraz kwestionariuszy zostały obliczone według procedur testowych i zestawione z danymi jakościowymi. Do ostatecznych opisów studium przypadku każdego z badanych pacjentów włączono dane pochodzące z dokumentacji medycznej, w tym opis z MMPI-2.

Przygotowany w ten sposób materiał posłużył do opracowania wielowymiarowej charakterystyki badanych, zarówno pod kątem klinicznym., psychometrycznym jak i jakościowym.

4.4.4 Wiarygodność, rzetelność oraz ograniczenia w badaniach własnych

Badająca podjęła wszelkie starania by jej badania miały charakter wiarygodny i były rzetelne. W tym celu zastosowała różne techniki i metody badań oraz dokładnie przeanalizowała dokumentację kliniczną pacjentów. Pozyskane materiały poddała analizie, wykorzystwała także doświadczenia, które wynikały z prowadzenia procesu psychoterapii uzależnień wobec wytypowanych pacjentów. Na etapie przeprowadzenia badań pacjenci byli



w terapii od 6 do 12 miesięcy. Dużą uwagę badająca skierowała na zachowanie anonimowości badanych.

Prezentowane w niniejszej pracy badania stanowiły studium przypadku, które zostało przeprowadzone na niewielkiej próbie badawczej, tj. sześciu osób uzależnionych od opioidów, poddawanych terapii w Poradni Leczenia Uzależnień. Z uwagi na małą liczebność próby pozyskane wyniki badań nie mogą zostać potraktowane jako uogólnione na całą populację osób uzależnionych od opioidów. Badana te więc mają charakter eksploracyjny i opisowy.

Istotnym ograniczeniem badania jest brak grupy porównawczej (kontrolnej) osób bez diagnozy uzależnienia. Taki stan rzeczy uniemożliwia formułowanie wniosków dotyczących różnic między grupą osób uzależnionych a populacją ogólną oraz zdecydowanie ogranicza możliwość interpretacji wyników badań w zakresie zależności w kategorii przyczynowo skutkowych.

Należy również podkreślić, że autorka badań ma pełną świadomość swojej podwójnej roli w badaniach, tj. badającego oraz psychoterapeutki osób badanych. W związku z tym autorka badań zdaje sobie sprawę z tego, że fakt ten, z jednej strony mógł wpływać na sposób udzielania odpowiedzi przez uczestników badania (np. tendencja do prezentowania siebie w korzystniejszym świetle), z drugiej zaś na interpretację wyników przez badacza. Pomimo zachowania zasad etycznych i poufności, nie można całkowicie wykluczyć wystąpienia subiektywizmu oraz efektu relacji terapeutycznej.

Biorąc pod uwagę powyższe względy uzyskane wyniki badań należy postrzegać jako wstępne i wymagające dalszej weryfikacji, w szczególności na większych, bardziej zróżnicowanych próbach, przy udziale grup porównawczych oraz przy zachowaniu rozdzielenia ról badawcza i psychoterapeuty.

4.5 Opis metod badawczych

Badania przeprowadzono przy użyciu następujących metod badawczych:

- wywiadów pogłębionych,
- obserwacji uczestniczącej,
- analizy dokumentacji medycznej i terapeutycznej,
- Kwestionariusza Agresji Bussa-Perry (BPAQ),
- Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P,
- ankiety autorskiej „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”.



Wywiad pogłębiony (z ang. *IDI – In-Depth Interview*) to jakościowa metoda badawcza, której celem jest pozyskanie dokładnych, wielowymiarowych danych na temat doświadczeń, postaw, przekonań i interpretowania rzeczywistości osób poddanych badaniu. Wywiad pogłębiony wykonywany jest w podczas bezpośredniego kontaktu (np. badania, relacji terapeutycznej) badającego z pacjentem (osobą badaną). W założeniu taką metodę badawczą stosuje się celem identyfikacji znaczeń zjawisk społecznych czy psychologicznych. Częściowo ustrukturyzowany charakter wywiadu pogłębionego pozwala na zbadanie różnorodnych obszarów tematycznych. Zawarcie w tej metodzie również pytań otwartych daje przestrzeń na dopytywanie, rozwijanie wątków oraz, co niezmiernie ważne, elastyczne reakcje specjalisty na odpowiedzi badanego. Rozmowa zachowuje wtedy naturalny charakter i możliwe jest dokonanie porównania danych (Jemielniak, 2022) W ramach poruszanych zagadnień wywiadu pogłębionego w z uczestnikami poruszano zagadnienia ukierunkowane na doświadczenia związane z uzależnieniem od narkotyków (opiodów), agresywnymi zachowaniami, konfliktami społecznymi oraz strategiami radzenia sobie ze stresem.

W ramach analizy dokumentacji terapeutycznej i medycznej oceniono własne notatki i wywiady w toku trwania procesu terapeutycznego oraz zgromadzony materiał medyczny, w tym wyniki Wielowymiarowego Inwentarza Osobowości-2 MMPI-2 (z ang. *MMPI-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*).

MMPI-2 jest samoopisowym inwentarzem osobowości, zawierającym 121 skal, w tym skale kontrolne, trafności oraz kliniczne, treściowe, zrestrukturyzowane oraz dodatkowe. Narzędzie to bada zarówno rzetelność, jak i sposób udzielania odpowiedzi. Wskazuje także na zróżnicowane obszary funkcjonowania psychicznego (zdrowia psychicznego) badanego oraz pozwala dosyć szczegółowo opisać profil osobowości i obraz psychopatologiczny osoby poddanej badaniu. Wyniki MMPI-2 mogą posłużyć do określenia cech związanych z problemami psychicznymi w takich obszarach jak np. zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, depresja, schizofrenia, stres, cechy świadczące o psychopatii, zachowaniach antyspołecznych, itp. (Cyranka i in., 2016). Analizie zostały poddane wyniki z przedziału wysokich z zakresu psychopatologii zaburzeń istotne pod kątem tematu pracy, zapisane w dokumentacji, w wyniku surowym i odpowiadającej mu jednostce „ten”. Według norm zawartych w podręczniku wynik wysoki plasuje się w ramach przedziału ≥ 64 T i takie noty zostały zanalizowane w niniejszej pracy.

Kolejną metodą badawczą wykorzystaną do niniejszej pracy magisterskiej była obserwacja uczestnicząca zastosowana w ramach sesji terapeutycznych z pacjentami (uczestnikami badania). Jest to metoda związana z regularnym i celowym pozyskiwaniem



informacji przez badającego jako obserwatora w danej sytuacji, życiu osoby badanej, grupy czy środowiska. Celem takiej metody jest poznanie zachowań respondenta w konkretnej sytuacji społecznej oraz znaczeń nadawanych przez badanych w ich funkcjonowaniu. Kolejnym celem stosowania obserwacji uczestniczącej jako metody badawczej jest uchwycenie dynamiki zjawisk (Cyranka i in., 2016). Do niniejszej pracy zastosowano rodzaj jawny obserwacji uczestniczącej, tj. uczestnicy byli świadomi prowadzenia badania i wyrazili na nie zgodę. Metoda obserwacji uczestniczącej została wykorzystana podczas prowadzenia przez autorkę pracy magisterskiej sesji terapeutycznych z wybranymi pacjentami.

W ramach badań na potrzeby niniejszej pracy magisterskiej wykorzystano także dwa specjalistyczne kwestionariusze (Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry'ego – BPAQ, Skrócona Skala Impulsywnego Zachowania SUPPS-P) oraz ankietę własną (autorską).

Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry'ego – BPAQ jest samoopisowym kwestionariuszem standaryzowanym, który w założeniu mierzy skłonność do zachowań agresywnych u młodzieży i dorosłych. Pierwotna wersja została opublikowana w 1992 r. w czasopiśmie *Journal of Personality and Social Psychology* przez dwóch autorów: Arnolda H. Bussa i Marka Perry'ego pod nazwą „The Aggression Questionnaire” (BPAQ)”. Polska adaptacja dostępna jest w wersji Instytutu Amity przygotowana i znormalizowana przez prof. dr hab. Elżbietę Aranowską, dr Jolantę Rytel oraz dr Agnieszkę Szymańską. Opracowania redakcyjnego dokonał dr Jacek Morawski. Narzędzie mierzy cechę agresywności jako względnie trwałą tendencję człowieka do agresywnego zachowania w różnych formach i odniesieniach i pozwala na ocenę tej cechy pod kątem aspektu behawioralnego oraz emocjonalno-poznawczego.

W kwestionariuszu zawarto 29 twierdzeń związanych z zachowaniami, odczuciami i skłonnościami w odniesieniu do agresji, zastosowano odpowiedzi na pięciostopniowej skali Likerta:

- a) 1-zupełnie do mnie nie pasuje
- b) 2-trochę do mnie pasuje
- c) 3-trudno powiedzieć
- d) 4-trochę do mnie pasuje
- e) 5-całkowicie do mnie pasuje.

Badanie ma na celu określenie wyników dla czterech podskal:

- Agresja fizyczna (z ang. *Physical Aggression PA*) – 9 pozycji, skłonność do używania siły fizycznej;
- Agresja słowna (z ang. *Verbal Aggression VA*) – 5 pozycji, tendencja do używania agresji



słownej;

- Gniew (*z ang. Anger A*) – 7 pozycji, intensywność odczuwanego gniewu i frustracji;
- Wrogość (*z ang. Hostility H*) – 8 pozycji, negatywne przekonania i postawy wobec innych.

Odpowiedziom należy przypisać wartość punktową od 1 do 5. W dwóch pozycjach kwestionariusza oznaczonych gwiazdkami (pyt. 9 i 16) odpowiedzi liczone są odwrotnie, tj. 5-1. Pozyskane noty stanowią wyniku surowe, które zlicza się w podskalach poprzez zsumowanie punktów w pozycjach w danej skali. Zsumowane wyniki surowe zamienia się na odpowiadające im teny według podanych w podręczniku tabel w poszczególnych podskalach uwzględniających podział na kobiety i mężczyzn oraz na przedziały wiekowe 10-19, 20-45, 46-76, Wartości tenowe interpretuje się według tabeli „Interpretacja wyników tenowych dla skal Kwestionariusza Agresji” według następujących zakresów wyników:

- $\leq 29T$: wyniki bardzo niskie
- 30T - 39T: wyniki niskie
- 40T - 44T: wyniki obniżone
- 45T - 55T: wyniki przeciętne
- 56T - 59 T: wyniki podwyższone
- 60T – 69T: wyniki wysokie
- $\geq 70T$: wyniki bardzo wysokie

Rzetelność dla poszczególnych podskal to przedział między 0,60 a 0,76 dla grupy wiekowej 10-79 lat (α Cronbacha dla wszystkich pozycji wynosi 0,87). Wyniki interpretuje się jako osobne wskaźniki podskal, jak i jako łączny wynik ogólny agresywności. W badaniu w niniejszej pracy zastosowano tylko jedną metodę interpretacji – w osobnych podskalach. Kwestionariusz Bussa-Perry’ego jako narzędzie samoopisowe może podlegać tendencyjności odpowiedzi, dlatego też wyniki powinno się poddać interpretacji wraz z innymi danymi badawczymi i teoretycznymi założeniami pracy (Aranowska, i in., 2015).

Skrócona Skala Impulsywnego Zachowania SUPPS-P (*z ang. Short UPPS-P Impulsive Behavior Scale*) była kolejnym narzędziem, które wykorzystano w niniejszej pracy. Narzędzie jest skróconą wersją modelu Christophera C. Whiteside i Timothy J. Lynam UPPS-P, służy do pomiaru impulsywności w rozumieniu wielowymiarowym (5 komponentów) jako cechy osobowości. Polska wersja została opracowana i zwalidowana przez prof. dr hab. Ryszarda Poprawę z Uniwersytetu Wrocławskiego, skrócona do 20 itemów z pierwotnych 59. Pozycje są ocenione na czterostopniowej skali Likerta (od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”). SUPPS-P umożliwia uzyskanie wyników w ramach pięciu aspektów impulsywności:



- popędliwość (porywczość) negatywna PN, tj. tendencja do impulsywnego zachowania pod wpływem negatywnych emocji;
- popędliwość (porywczość) pozytywna PP, tj. skłonność do impulsywnych działań pod wpływem pozytywnych emocji;
- poszukiwanie doznań PD, tj. potrzeba doświadczania nowych, silnych bodźców i wrażeń;
- brak wytrwałości W, tj. deficyty w koncentracji i trudność w realizacji długotrwałych zadań;
- brak premedytacji (przezorności) P, tj. niemożność przewidywania konsekwencji własnych zachowań.

Każda z pozycji składa się z 4 twierdzeń, za które można uzyskać od 1 do 4 punktów, łącznie w ramach aspektu można osiągnąć wynik od 4 do 16 punktów. Im większa ilość punktów tym większe nasilenie cechy. Polska adaptacja kwestionariusza uzyskała wysokie wskaźniki rzetelności (α Cronbacha: od 0,82 do 0,866, współczynnik korelacji test-retest: od 0,68 do 0,84,) wysoką trafność teoretyczną i kryterialną (Poprawa, 2019).

Ostatnim elementem badania uczestników było wypełnienie ankiety autorskiej pt. Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia. Celem ankiety było zidentyfikowanie emocji, przejawów zachowań agresywnych i skłonności do łamania prawa wśród osób uzależnionych od narkotyków (opiodów) oraz zebranie następujących danych:

- historii uzależnienia,
- doświadczeń związanych z głodem narkotykowym,
- obecności zachowań antyspołecznych (np. kradzieży, przestępczości, konfliktów z prawem),
- wpływu środowiska społecznego na nasilenie negatywnych zachowań,
- doświadczeń traumatycznych z rodziny pochodzenia oraz dysfunkcji rodzinnych,
- danych demograficznych, w tym płci badanych.

Z uwagi na obecność w ankiecie pytań dotyczących doświadczeń potencjalnie trudnych i obciążających emocjonalnie (m.in. zachowań niezgodnych z prawem, kradzieży, świadczenia usług seksualnych), szczególną uwagę objęto kwestię zapewnienia bezpieczeństwa psychicznego uczestników badania. Uczestnicy przed przystąpieniem do badania zostali uprzedzeni o charakterze i tematyce pytań, zapewnieni o dobrowolności udziału, a także o możliwości odmowy odpowiedzi na wybrane pytania oraz wycofania się z badania na każdym etapie bez podawania przyczyny i bez jakichkolwiek konsekwencji terapeutycznych. Instrukcja zawarta w ankiecie zawiera sformułowania neutralne, bez nacechowania oceniającego, z podkreśleniem anonimowości i poufności uzyskiwanych informacji.

Pytania zawarte w ankiecie mają możliwie jednoznaczny i opisowy charakter, bez języka stygmatyzującego. Badani zostali zapytani o to, czy pytania są dla nich zrozumiałe. Badanym zostało zapewnione poczucie bezpieczeństwa – udostępniony oddzielny gabinet umożliwiający ciszę, spokój i samodzielność. Uczestnicy poddani zostali badaniu indywidualnie, w odstępach czasowych między sobą (różne dni badania). Uczestnicy mieli możliwość omówienia swoich reakcji emocjonalnych po zakończeniu badania, w razie potrzeby z terapeutą.

Ankieta została podzielona na pięć części tematycznych, a w każdej z nich umieszczono określoną ilość stwierdzeń, z którymi badany mógł się zgodzić lub nie z konkretnym nasileniem. Części tematyczne zostały nazwane jako:

- CZĘŚĆ I – Doświadczenia z narkotykami i zachowaniami ryzykownymi (9 twierdzeń)
- CZĘŚĆ II – Emocje i złość (13 twierdzeń)
- CZĘŚĆ III – Objawy głodu narkotykowego (5 twierdzeń)
- CZĘŚĆ IV – Czynniki środowiskowe (3 twierdzenia)
- CZĘŚĆ V – Czynniki rodzinne (3 twierdzenia)

Pozycje zostały ocenione na pięciostopniowej skali Likerta:

- 1 zdecydowanie nie
- 2 raczej nie
- 3 nie wiem
- 4 raczej tak
- 5 zdecydowanie tak

W metryczce umieszczono następujące zmienne:

- płeć: kobieta/mężczyzna/inna
- wiek
- pytanie „Czy jesteś aktualnie w terapii uzależnień”: Tak/Nie
- pytanie „Jak długo przyjmujesz narkotyki”: krócej niż 1 rok/1-3 lata/4-6 lat/ponad 6 lat

Czas potrzebny na rozwiązanie ankiety określono na 30-45 minut.

Przedziały nasilenia obliczono na podstawie rozpiętości skali (1–5) i podzielono na pięć równych zakresów o szerokości 0,8. Na tej podstawie wyróżniono poziomy: bardzo niski, niski, umiarkowany, wysoki oraz bardzo wysoki. Wyniki uśrednione wyliczono według wzoru na średnią arytmetyczną:



$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n}$$

Gdzie:

- \bar{x} – średnia arytmetyczna,
- x_1, x_2, \dots, x_n – kolejne wartości (wyniki),
- n – liczba wszystkich wartości (twierdzeń w ramach obszaru badawczego)

Tabela 8 Przedziały nasilenia czynnika – ankieta własna

Średnia wartość	Poziom nasilenia
1,00 – 1,80	bardzo niskie
1,81 – 2,60	niskie
2,61 – 3,40	umiarkowane
3,41 – 4,20	wysokie
4,21 – 5,00	bardzo wysokie

Źródło: opracowanie własne

Przyjęta metodologia badawcza stanowi połączenie metod psychometrycznych z analizą danych ankietowych, co pozwala wieloaspektowo ocenić wpływ uzależnienia od opioidów na zachowania antyspołeczne i agresywne. Dzięki połączeniu kwestionariuszy badających agresję i impulsywność z autorską ankietą dotyczącą środowiska, traumy, głodu narkotykowego oraz historii uzależnienia możliwe jest uzyskanie w miarę pełnego obrazu zjawiska, które jest przedmiotem niniejszej pracy magisterskiej

4.5.1 Wzór ankiety autorskiej „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”

ANKIETA BADAWCZA

Temat: Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia.

Wprowadzenie dla uczestnika

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Celem niniejszej ankiety jest zbadanie zależności pomiędzy emocjami, zachowaniami, a używaniem narkotyków. Ankieta jest **anonimowa**, a uzyskane wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie w celach naukowych. Proszę o szczerze odpowiedzi na poniższe stwierdzenia.

METRYCZKA

Płeć: Kobieta Mężczyzna Inna

Wiek: _____ lat

Czy jesteś obecnie w terapii uzależnień? Tak Nie

Jak długo przyjmujesz narkotyki? krócej niż 1 rok 1–3 lata 4–6 lat ponad 6 lat

INSTRUKCJA

Przy każdym twierdzeniu proszę zaznaczyć, w jakim stopniu zgadzasz się z podanym stwierdzeniem, zgodnie z poniższą skalą:

1 – Zdecydowanie nie 2 – Raczej nie 3 – Nie wiem 4 – Raczej tak 5 – Zdecydowanie tak

CZĘŚĆ I – Doświadczenia z narkotykami i zachowaniami ryzykownymi

Nr	Stwierdzenie	1	2	3	4	5
1	Popełniłem przestępstwo pod wpływem narkotyków.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Byłbym w stanie ukraść pieniądze, aby kupić narkotyk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Byłbym w stanie złamać prawo, aby zdobyć narkotyk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Poświęciłbym ostatnie pieniądze na zakup narkotyków.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pod wpływem narkotyków prowadziłem samochód.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest dla mnie uzasadnione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Nr	Stwierdzenie	1	2	3	4	5
8	Uważam, że można być osobą uzależnioną i nie łamać prawa. <i>(odwrócone pytanie)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Byłem karany sędownie z powodu działań związanych z narkotykami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ II – Emocje i złość

Nr	Stwierdzenie	1	2	3	4	5
10	Często wpadam w złość.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Moje negatywne emocje pojawiają się w sytuacjach stresowych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Często wpadam w złość z błahych powodów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Trudno mi zapanować nad gniewem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Tłumię w sobie silny gniew.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Wyładowuję swój gniew na innych osobach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	W chwili złości krzyczę lub reaguję agresywnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Wchodzę w gwałtowne kłótnie, gdy odczuwam silne oburzenie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Niszczę rzeczy, gdy nie mogę opanować gniewu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	W chwili głodu narkotykowego odczuwam silny gniew lub złość.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	W chwili głodu narkotykowego rozładowuję negatywne emocje przez krzyk, niszczenie przedmiotów lub agresję wobec ludzi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Potrafię kontrolować swoje emocje w sytuacjach złości. <i>(odwrócone pytanie)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Znam i stosuję techniki redukcji stresu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ III – Objawy głodu narkotykowego

Nr	Stwierdzenie	1	2	3	4	5
23	Podczas głodu narkotykowego odczuwam silny niepokój.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	W czasie głodu narkotykowego jestem rozdrażniony i nerwowy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Głód narkotykowy powoduje u mnie agresywne zachowania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Głód narkotykowy wpływa negatywnie na moje relacje z innymi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Pod wpływem głodu narkotykowego moje zachowanie staje się bardziej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Nr	Stwierdzenie	1	2	3	4	5
	impulsywne.					

CZEŚĆ IV – Czynniki środowiskowe

Nr	Stwierdzenie	1	2	3	4	5
28	Przebywam w środowisku, w którym zachowania agresywne lub przestępcze są akceptowane.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Należałem/am do grup, w których używanie narkotyków było normą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Środowisko często skłania mnie do łamania prawa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZEŚĆ V – Czynniki rodzinne

Nr	Stwierdzenie	1	2	3	4	5
31	W domu rodzinnym dochodziło do przemocy fizycznej lub psychicznej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Doświadczyłem/am zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Konflikty rodzinne wpłynęły na moje zachowania agresywne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Rozdział 5 Analiza badań własnych

5.1 Analiza wpływu substancji psychoaktywnych, osobowości, głodu narkotykowego, środowiska zewnętrznego i traumatycznych doświadczeń z domu rodzinnego osób uzależnionych od opioidów na występowanie zachowań antyspołecznych u badanych pacjentów w wieku 30-35 lat

5.1.1 Studium przypadku uczestniczki N., lat 32

Wprowadzenie do przypadku

N. (kobieta, lat 32), mężatka, 1 dziecko (syn, 6 lat), wykształcenie zawodowe (sprzedawca), podejmująca dorywcze prace w różnych branżach, karana (kradzieże). W momencie badania była pacjentką Poradni Leczeni Uzależnień od około roku. N. była osobą uzależnioną od opioidów (głównie heroina) od około 7 lat, pozostającą pod opieką lekarza psychiatry i przyjmującą leki (Symla, Kwetina), bez myśli i prób samobójczych. Należy zauważyć, że leki były wydawane N. codziennie w Poradni. Personel terapeutyczny wielokrotnie sugerował N. pobyt długoterminowy w Ośrodkach Leczenia Uzależnień w systemie stacjonarnym, wydawane były stosowne skierowania, ale pacjentka nigdy nie skorzystała z tej formy pomocy. N. zgłosiła się na terapię dobrowolnie, była to jej kolejna próba walki z nałogiem, identyfikowała uzależnienie.

Tło osobiste i rodzinne

Pacjentka to młoda osoba, ale z dużym bagażem negatywnych doświadczeń życiowych zarówno w swojej rodzinie pochodzenia jak i w aktualnym związku. Pacjentka wychowywała się w rodzinie dysfunkcyjnej, ojciec i matka byli uzależnieni od alkoholu. Wobec małoletnich dzieci (5 rodzeństwa) stosowali przemoc fizyczną, psychiczną. Dzieci, w tym N. były wielokrotnie zaniedbywane higienicznie, emocjonalnie. Rodzina przez wiele lat była pod nadzorem kuratora sądowego oraz instytucji pomocowych – rodzice mieli ograniczoną władzę rodzicielską.

N. miała 6 letnie dziecko z poprzedniego związku, ale go nie wychowywała. N. zrzekła się do niego praw i dziecko przebywa w rodzinie adopcyjnej. N. mieszkała z mężem (J., lat 35). Mężczyzna był także osobą uzależnioną, leczył się w tej samej Poradni. Związek pacjentki był trudny, niejednokrotnie nacechowany przemocą psychiczną ze strony męża. Wobec J. pacjentka przyjmuje postawę uległości. N. nie ma wsparcia ze strony rodziny biologicznej. Zalecenia pobytu w placówce stacjonarnej leczenia uzależnień miały w założeniu za zadanie nie tylko terapię uzależnień, ale także odseparowanie pacjentki na jakiś czas od męża, możliwość przepracowania zniekształceń poznawczych i mechanizmów



obronnych. N. aktualnie pracowała zawodowo, w ochronie. Kobieta starała się usamodzielnąć finansowo od męża. Kilkakrotnie podejmowała próby podjęcia zatrudnienia, głównie jako personel sprząający, ale po okresie próbnym nie oferowano jej umowy. Jak wynika z wywiadu głównym powodem braku dalszych ofert pracy było zachowanie N. wobec współpracowników, konflikty, niestabilność psychiczna.

Historia używania substancji psychoaktywnych

N. inicjację opioidową przeszła w wieku 17 lat w gronie znajomych z osiedla, podczas imprezy towarzyskiej zorganizowanej przez kilka lat starszego kolegę – recydywistę. Przez kilka lat sporadycznie zażywała morfinę, kodeinę. Od około 7 lat regularnie przyjmuje heroinę z różnych źródeł, kilkakrotnie hospitalizowana z powodu zatrucia substancjami, w tym również z grupy benzodiazepin (klonazepam). Według wywiadu w ciągu roku ma około 2 okresy abstynencji, trwające około 3 miesiące, najczęściej pod pobycie w szpitalu na oddziale detoksykacyjnym.

Charakterystyka osobowości pacjentki

Współpraca N. z terapeutą uzależnień była systematyczna, ale pacjentka często łamała założenia kontraktu terapeutycznego, zmieniała godziny i dni sesji, spóźniała się na terapię. Jej zachowanie było niestabilne, często nacechowane agresją słowną. Ogólnie była postrzegana jako osoba bardzo zagubiona, szukająca wsparcia, wdzięczna za okazywaną jej pomoc w Poradni. N. odnajdywała w personelu terapeutycznym akceptację, sama przyznawała, że jest to aktualnie jedyne miejsce, w którym czuje się bezpieczna.

Analiza wyników zgromadzonego w dokumentacji kwestionariusza MMPI-2 charakteryzuje profil osobowości N. Pacjentka uzyskała wysokie wyniki w obszarze braku panowania nad emocjami i impulsami, nadpobudliwości i przeżywaniu skrajnych emocji (*skala Sc5 - brak panowania ego w sferze kontroli, wynik surowy WS:10 ten T:80*). Neurotyczny, silny lęk, napięcie i skłonność zamartwiania się mają swoje odbicie między innymi w skalach „dysfunkcyjne negatywne emocje” (*skala RC7, WS:20, T:69*), „negatywna emocjonalność” (*skala NEGE WS:27, T:70*). Ponadto pojawiają się wysokie wyniki niektórych skali tego kwestionariusza, tj. napięcie emocjonalne, niepewność, obwinianie siebie (*skala Pt – psychastonii WS:35, T:65*), skłonności do somatyzacji, odczuwanie zmęczenia, chroniczny ból, trudności psychologiczne (*skala RCI - skargi somatyczne WS:21, T:73*), przygnębienie, pesymizm (*skala HEA-troska o zdrowie WS:31, T:79*). Z kolei charakterystyczny objaw wrogości i agresji wobec otoczenia znajduje również swoje odzwierciedlenie w wynikach testu MMPI-2. I tak w skali „złość” zauważyć można np. wysoki poziom wrogości i agresji wobec otoczenia, kłótniowość, częste napady złości,



impulsywność (*skala ANG, WS:15, T:77*). W skali „zachowania antyspołeczne” zaś widoczna jest postawa kłótniwa, gniewna, skłonność do łamania norm społecznych, aktów kłamstwa, utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi typu akting-out (*skala RC4, WS:19, T:87*). Pozostałe skale, takie jak „zachowania antyspołeczne” związane są z możliwością problemów z prawem, ryzykiem uzależnień (*skala ASP2, WS:4, T:75*), „agresywnością” oraz upodobaniem do zastraszania innych, dominacją, nienawiścią (*skala AGGR, WS:14, T:72*). Połączenie lęku i irracjonalnych pomysłów zauważalne jest w skali „schizofrenii”. Pojawiają się także tendencje do niezwykłych przekonań, zachowań ekscentrycznych, przesadnie rozbudowanych fantazji, ale także zgeneralizowanego lęku, niepokoju, przygnębienia (*skala Sc, WS:49, T:67*). W skali „dysfunkcjonalne negatywne emocje” ponownie pojawiają się zaburzenia lękowe, niepewność, ale też poczucie winy, natręctwa (*skala RC7, WS:20, T:69*), a w „ogólnej lękliwości” nerwowość i przesadną skłonność do dostrzegania zagrożenia w otoczeniu (*skala FRS1, WS:10, T:76*). Skale „dziwaczne myślenie” (*skala BIZ, WS:14, T:70*), „brak panowania ego w sferze poznawczej” (*skala Sc3, WS:9, T:75*) i „dziwaczne doznania sensoryczne” (*skala Sc6, WS:10, T:76*) związane są z objawami psychotycznych, w tym urojeniami i halucynacjami, dziwacznymi procesami myślowymi poczuciem nierealności, niezwykłymi doznaniem sensorycznymi.

Wyniki skali „psychastenii” (*skala Pt, WS:35, T:65*), „introwersji” (*skala SOD1, WS:11, T:66*) oraz „cynizmu” (*skala RC3, WS:14, T:66*), wskazują na napięcie emocjonalne, pozbawienie wiary w siebie, nieśmiałość, introwertyzm, trzymanie ludzi na dystans, ale też cynizm i podejrzliwość. Wzorce zachowania pojawiają się także w obszarze dominacji, nastawienia na osiągnięcie własnych celów, agresji, profilu antyspołecznego, obecne w przytoczonej już wcześniej skali „agresywność” (*skala AGGR, WS:14, T:72*). Nierealistyczna ocena swoich zdolności i własnej wartości, nadwrażliwość na wymagania innych wobec swojej osoby zauważalna jest w skali „inflacji ego” (*skala Ma4, WS:7, T:71*). Niska tolerancja na frustrację, impulsywność, urojenia wielkościowe zaś odnajdują swoje odniesienie w skali hipomanii (*skala Ma, WS:30, T:71*). Wyniki kolejnej skali – „obsesyjność” wiążą się ze sztywnością, trudnością w podejmowaniu decyzji, unikaniem zmian, zadręczaniem się błahymi sprawami, z objawami obsesyjno-kompulsywnymi (*skala OBS, WS:14, T:70*), co może istotnie ograniczać motywację do osiągnięć społecznych. W skali „dziwaczne myślenie” (*skala BIZ, WS:14, T:70*), pojawiają się z kolei możliwe urojenia, dezorientowanie i brak motywacji do osiągnięć. Noty w skali „pobudzenie psychoruchowe” wskazują na wysoką tendencję do przyśpieszenia procesów myślowych i ruchowych, podniecenia, łatwości w popadaniu w nudę, poszukiwania ryzyka jako sposobu



przewyciężenia nudy (*skala Ma2, WS:6, T:80*), a w skali „brak zahamowań” ponownie skłonności do ryzyka, poszukiwania nowości, niechęci do rutyny i nastawienia na osiągnięcia (*skala DISC, WS:17, T:69*). Te wyniki mogą wskazywać na zmienną otwartość na doświadczenia, ale szczególnie wysoką na poszukiwanie ryzyka w życiu.

Nadto należy wskazać, że w wynikach kwestionariusza MMPI-2 pojawiły się wysokie noty skal oceniających stosunki rodzinne, co ma istotne odniesienie relacji doświadczeń rodzinnych na występowanie zachowań agresywnych i antyspołecznych. Wysokie wyniki w skali FAM - „problemy rodzinne”, mogą wskazywać na istnienie konfliktów w aktualnej rodzinie i/lub rodzinie biologicznej, a tym samym przedstawienie opisu swojej rodziny jako niedostatecznie kochającej, stawiającej nierealistyczne wymagania, wrogiej wobec swoich członków (*WS: 19, T:70*). Skala FAM2 (wyobcowanie z rodziny) to z kolei poczucie wyobcowana z rodziny, nie postrzegania rodziny jako źródła wsparcia, braku silnych więzi emocjonalnych z członkami rodziny (*WS:4, T:68*). Skala Pd₁ (*konflikty w rodzinie*) z wysokim wynikiem, znowu definiuje rodzinę jako pozbawioną miłości, zrozumienia i wsparcia, nastawioną krytycznie wobec jej członków i niepozostawiającą dostatecznej wolności i niezależności (*WS:8, T:74*).

Obecność cech osobowości antyspołecznej/borderline

Analizując zgromadzoną dokumentację pacjentki w Poradni Leczenia Uzależnień nie odnaleziono powiedzenia diagnozy osobowości antyspołecznej czy borderline. Niemniej jednak istnienie wysokich wyników w niektórych skalach może wskazywać na podwyższony profil trudności w obszarze społecznym.

I tak odnotowane są wysokie wyniki w skali Pd - odchylenia psychopatyczne, które wskazują na bunt wobec autorytetów, możliwe kłopoty z prawem, problemy małżeńskie/rodzinne. Wysokie wyniki w tej skali mogą definiować również impulsywność, niecierpliwość, nadpobudliwość, wrogość wobec otoczenia, tendencję do popadania w znudzenie, nietrafność w ocenie sytuacji, ale też poczucie pustki, przygnębienia (*WS:29, T:65*). Bardzo wysoki wynik skali Ma – hipomanii, to między innymi objawy manii, nadmiernej aktywności, obecności urojeń wielkościowych, czy też dezorientacji i „gonitwy myśli” (*WS:30, T:75*). W kwestionariuszu ponadto odnaleziono wysokie wyniki innych skal charakteryzujący wzorce trudności zarówno internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych, a mianowicie ANG – złość, sugerującą drażliwość, agresywność, kłótność, napady złości, brak kontroli nad emocjami, impulsywność i niską tolerancję na frustrację (*WS:15, T:77*), ASP₂ - zachowania antyspołeczne, a w nich między innymi problemy z prawem, ryzyko uzależnień (*WS:4, T:75*) oraz wspomnianą wcześniej skalę FAM charakteryzującą konflikty

rodzinne.

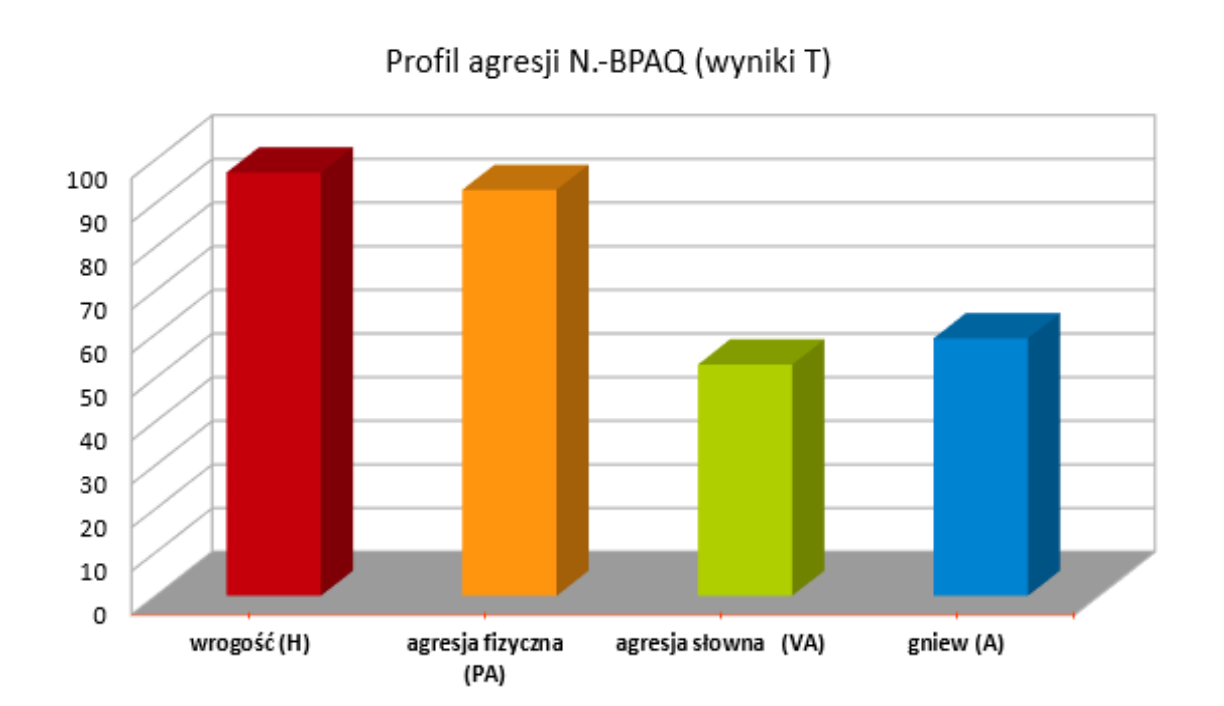
Wyniki narzędzi diagnostycznych

N. została przebadana 3 narzędziami diagnostycznymi. W pierwszej kolejności, tj. w listopadzie 2025 r. wypełniła w Poradni Leczenia Uzależnień Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry Bussa-Perry (BPAQ) wydany przez Instytut Amity w 2015 r. W dalszej kolejności, tj. w grudniu 2025 r. N. wypełniła Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P opracowany przez dr hab. Ryszarda Poprawę z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, zaś w styczniu 2026 r. oraz ankietę autorską stworzoną przez badającą na potrzeby niniejszej pracy magisterskiej.

- Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry (BPAQ)

Badanie w ramach kwestionariusza BPAQ koncentrowało się na zbadaniu poziomu agresji ogólnej i jej komponentów: agresji fizycznej (PA), agresji słownej (VA), gniewu (A) i wrogości (H). Wyniki surowe zostały zamienione na teny, a poszczególne podskale N. obrazuje poniższy wykres.

Wykres 1 Profil agresji N. (1)



Źródło: opracowanie własne

N. uzyskała zróżnicowane wyniki w pomiarze agresji ogólnej. Najwyższe wyniki pacjentka uzyskała w skali wrogość (H) – przy wyniku surowym 34, odpowiadający ten to 97.



Jest to wynik z zakresu bardzo wysokich i może wskazywać na fakt, że u N. agresja funkcjonuje zdecydowanie na poziomie wewnętrznym. Tak duże nasilenie wrogości może z dużym prawdopodobieństwem sugerować, że N. jest osobą nieufną i podejrzliwą wobec innych. W poznawczym aspekcie agresji u N. mogą dominować myśli i przekonania o negatywnych intencjach otoczenia wobec jej osoby. Nadto wynik w tej skali może również sugerować, że N. ma tendencję do chowania urazy i do odczuwania poczucia skrzywdzenia.

Drugim w kolejności bardzo wysokim wynikiem była skala agresji fizycznej (PA). W tym przypadku N. uzyskała wynik surowy 29, co w przeliczeniu dało 93 ten. W tym przypadku czynnikiem ryzyka są negatywne reakcje N., które mogą prowadzić do problematycznych zachowań (działań). Wynik ten sugeruje podwyższoną gotowość do fizycznych działań agresywnych. W związku z powyższym można przypuszczać, że N. posiada niski próg kontroli reakcji agresywnych i podwyższoną impulsywność w obliczu silnej frustracji czy emocji. Taki stan w konsekwencji może powodować gwałtowność reakcji w momencie wzrostu napięcia emocjonalnego. Biorąc pod uwagę powyższy wynik można przypuszczać, że problematyczne zachowania związane z gniewem N. mają związek ze sposobem przeżywania emocji i interpretowania danej sytuacji, nie zaś z nasileniem samego zjawiska.

Dwa pozostałe wyniki to skala gniewu (A) oraz agresji słownej (VA). Pierwszy z nich osiągnął wartość surową 22, co w przełożeniu na teny dało wynik 59 tena, czyli noty podwyższonej, w górnej granicy przedziału wyników. Wynik ten wskazuje na podwyższone nasilenie gniewu u N., a w związku z tym można przypuszczać, że gniew u pacjentki nie ma objawu chronicznego, natomiast jawi się ona jako osoba umiarkowanie pobudzona. N. może kontrolować gniew, ale go nie tłumić.

Ostatni z wyników dotyczył nasilenia agresji słownej i w tym wypadku N. uzyskała wynik surowy 15, odpowiadający 53 tenowi. Wynik ten plasuje się w przedziale not przeciętnych, co oznacza, że nasilenie tendencji do agresji werbalnej nie jest zbyt wysokie. Pacjentka może unikać kłótni w formie otwartej, nie okazywać obrażania się czy otwartej krytyki, nie okazywać tej agresji wprost, ale jednocześnie może ukrywać poczucie wrogości do innych, być nieufna wobec otoczenia i gwałtownie reagować w szczególnych sytuacjach.

Biorąc pod uwagę powyższe wyniki badania agresji za pomocą kwestionariusza BPAQ można wnioskować o niespójnym emocjonalnie profilu N. Powodem może być ukrywanie emocji i poczucia krzywdy wewnątrz, słaba ekspresja werbalna, przy jednoczesnej możliwości nagłych reakcji fizycznych w stanach nasilonego napięcia psychicznego.

- *Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P*



Kolejnym badaniem, które objęło N. było zastosowanie Kwestionariusza Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P. Kwestionariusz zawiera 20 pytań, w ramach których poddane zostaje analizie 5 pozycji, składających się na ogólny wynik impulsywności. Są nimi: NP – popędliwość (porywczość) negatywna, P – brak premedytacji (przezorność), W – brak wytrwałości, PD – poszukiwanie doznań; PP – popędliwość (porywczość) pozytywna. Interpretacji poddano poszczególne skale. poszczególnych skal.

Najwyższy wynik pacjentka uzyskała w obszarze pytań dotyczących „poszukiwania doznań PD” i był to wynik 15 pkt, oznaczony jako wartość wysoka. Nota wskazuje na silną potrzebę dostarczania bodźców stymulujących, w tym przeżywania nowych i intensywnych doświadczeń życiowych. W przypadku N. ta potrzeba była zaspakajania głównie ryzykownymi zachowaniami. Profil ten może też sugerować, że N. jest osobą ciekawą i otwartą na nowe doświadczenia, z wysokim poziomem energii. Z drugiej strony ta postać rzeczy może powodować szybkie znudzenie i jednocześnie impulsywne poszukiwanie nowych bodźców.

Potwierdzeniem tendencji N. do impulsywnego działania jest także wysoki wynik w skali „popędliwość (porywczość) pozytywna PP”, tj. 14 pkt. Nota ta może wskazywać na fakt podejmowania przez N. działań pod wpływem emocji, w tym przypadku silnych o pozytywnym ładunku. To oznacza, że pacjentka reaguje impulsywnie – bez zahamowań, w dobrym nastroju, wtedy, gdy jest zadowolona, przepełnia ją entuzjazm. Może wtedy też podejmować nagle, spontaniczne i nieprzemyślane decyzje. Tendencję do działania bez przewidywania konsekwencji zdaje się także potwierdzać taki sam wynik w skali „brak premedytacji (przezorność) P”, tj. 14 pkt. N. najprawdopodobniej działa bez premedytacji i przy braku analizowania sytuacji lub robienia tego w sposób szybki, powierzchowny. Może w związku z tym podejmować decyzje w oparciu o swoją intuicję na zasadzie „tu i teraz”. I tak z jednej strony może to być zaleta, ponieważ następuje szybka, elastyczna reakcja na bodziec, z drugiej zaś ocena może być błędna, pochopna, ryzykowna.

Czwarty w kolejności wysokości wyników jest obszar „brak wytrwałości W” z notą 13 pkt., również sklasyfikowaną na wysoką. N. uzyskała wynik sugerujący brak wytrwałości w działaniu postrzegany jako trudności w utrzymaniu koncentracji i wysiłku. Z tym wynikiem może w sposób naturalny wiązać się zmienna motywacja do podejmowania działań, szczególnie przewaga entuzjastycznego rozpoczynania działań nad niechęcią do ich późniejszego kończenia. W tym miejscu decydujący jest aspekt samego zadania, tj. dynamiki. Czynności wymagające systematycznego zaangażowania, ale powtarzalna z drugim okresem oczekiwania na wynik będą porzucane, nie doprowadzane do końca, więc konieczność



samodyscypliny będzie problematyczna.

Ostatni wynik z 11 pkt., tj. „popędliwość (porywczność) negatywna NP” mieści się w przedziale wyników umiarkowanie podwyższonych (górną granicę) i potwierdza wcześniejsze przypuszczenia o skłonności do nagłych czynności w obliczu silnych emocji, ale tym razem również negatywnych. Zachowania impulsywne w tym przypadku może tłumaczyć trudnością w opanowaniu emocji w sytuacjach stresu, smutku i raczej nie mają one chronicznego charakteru.

Wyniki badań kwestionariuszem SUPPS-P mogą charakteryzować profil N. jako osoby z silną potrzebą dostarczania bodźców stymulujących. Analiza sugeruje, że pacjentka może reprezentować niestabilny, spontaniczny styl życia, działać impulsywnie, bez planowania, ze zmienną wytrzymałością. Trudności mogą sprawiać zadania wymagające systematyczności, przewidywania i długotrwałe.

- Ankieta autorska „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”

N. udzieliła odpowiedzi na wszystkie pytania w ankiecie. Poniżej zaprezentowane zostały twierdzenia wraz z odpowiedziami i punktacją, pogrupowane według postawionych w rozdziale „Metodologia badań własnych”, pytań badawczych, skróconych do tytułu obszaru badawczego.

Obszar badawczy: Ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji

Twierdzenia (cechy osobowości, regulacja emocji, impulsywność):

- Często wpadam w złość.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Moje negatywne emocje pojawiają się w sytuacjach stresowych
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Często wpadam w złość z błahych powodów.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Trudno mi zapanować nad gniewem.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Tłumię w sobie silny gniew.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- Wyładowuję swój gniew na innych osobach.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- W chwili złości krzyczę lub reaguję agresywnie.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie

- Wchodzę w gwałtowne kłótnie, gdy odczuwam silne oburzenie.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Niszczę rzeczy, gdy nie mogę opanować gniewu.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Potrafię kontrolować swoje emocje w sytuacjach złości. (*pytanie odwrócone*)
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie nie
- Znam i stosuję techniki redukcji stresu
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie

Pacjentka uzyskała w tej kategorii ogólny wynik surowy 35 pkt., w przeliczeniu na wynik uśredniony jest to 3.18. Nota ta zaliczona jest do przedziału wyników umiarkowanych. Wynik sugeruje, że u N. trudność w regulacji emocji i skłonność do reagowania w sposób nieakceptowany społecznie (złość, agresja, zachowania ryzykowne) są obecne, ale mają przeciętne nasilenie. Nie można raczej przypuszczać w tym przypadku, jakoby były to kwestie dominujące, skrajne w profilu pacjentki, tj. nie są stałym wzorcem zachowania N. Zachowania te mogą się nasilać w obliczu sytuacji trudnych, stresujących, frustrujących. Wtedy to narasta napięcie emocjonalne i jednocześnie pojawiać się może impuls do działania agresywnego i antyspołecznego. Czynnikiem ryzyka w tym przypadku może być właśnie niski poziom tolerancji na frustrację oraz posiadanie pewnej skłonności do niekontrolowanych, pochopnych reakcji. Wynik umiarkowany tego obszaru badania z drugiej strony może wskazywać, że N. może posiadać skłonność do refleksji nad swoim zachowaniem, umiejętność rezygnacji z konfliktu, czy okresową samokontrolę. Te cechy osobowości N. raczej same w sobie nie stanowią determinantu zachowań antyspołecznych i agresywnych.

Wyliczenia: $35:11=3.18$

35-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Zachowania antyspołeczne i przestępcze

Twierdzenia (zachowania ryzykowne, dezadaptacyjne, łamanie norm):

- Popełniłem przestępstwo pod wpływem narkotyków.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Pod wpływem narkotyków prowadziłem samochód.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Byłem karany sędownie z powodu działań związanych z narkotykami.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak



- Byłbym w stanie złamać prawo, aby zdobyć narkotyk.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Uważam, że można być osobą uzależnioną i nie łamać prawa. (*pytanie odwrócone*)
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie nie

Wynik N. w tej kategorii to ogólny wynik surowy 21 pkt., w przeliczeniu na wynik uśredniony jest to 4.20 Nota ta zaliczona jest do przedziału wyników wysokich, ale w górnej jego granicy, co w konsekwencji daje jednak bardzo istotne prawdopodobieństwo zależności zachowań antyspołecznych i związanych z łamaniem prawa, z obecnością uzależnienia od opioidów. Biorąc pod uwagę ten aspekt należy spodziewać się, że uzależnienie od opioidów jest wyznacznikiem pojawiania się nieakceptowanych społecznie zachowań u pacjentki.

Wyliczenia: $21:5=4.20$

21-wartość punktacji

5-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Głód narkotykowy a agresja i zachowania antyspołeczne

- *Twierdzenia (emocje, agresja, impulsywność pod wpływem głodu narkotykowego):*
- W chwili głodu narkotykowego odczuwam silny gniew lub złość.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Podczas głodu narkotykowego odczuwam silny niepokój.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- W czasie głodu narkotykowego jestem rozdrażniony i nerwowy.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Głód narkotykowy powoduje u mnie agresywne zachowania.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- W chwili głodu narkotykowego rozładowuję negatywne emocje przez krzyk, niszczenie przedmiotów lub agresję wobec ludzi.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest dla mnie uzasadnione.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Byłbym w stanie ukraść pieniądze, aby kupić narkotyk.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Poświęciłbym ostatnie pieniądze na zakup narkotyków.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak



- Głód narkotykowy wpływa negatywnie na moje relacje z innymi.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Pod wpływem głodu narkotykowego moje zachowanie staje się bardziej impulsywne.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

N. w tej kategorii uzyskała wynik surowy 45 pkt. i odpowiadający mu uśredniony 4.09, co stanowi notę wysoką. Wynik ten może wskazywać, że większość negatywnych zachowań N. może być spowodowane wystąpieniem głodu narkotykowego i związanych z tym specyficznych objawów fizycznych i psychicznych. Ten obszar zawiera również twierdzenia związane z przekonaniami, np. „Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki”, czy „Łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest dla mnie uzasadnione”, na które N. odpowiedziała „nie wiem”. Widoczna jest tu ambiwalencja pacjentki, która nie pozwoliła jej jednoznacznie określić czy takie zachowania byłyby dla niej do zaakceptowania czy nie. Z drugiej strony nie ma też pewności czy już się takie sytuacje nie wydarzyły, w N. wywołały określone uczucia i z tego powodu wołała odpowiedzieć w sposób neutralny.

Wyliczenia: $45:11=4.09$

45-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Środowisko zewnętrzne a agresja i zachowania antyspołeczne

Twierdzenia (normy środowiskowe, presja społeczna):

- Przebywam w środowisku, w którym zachowania agresywne lub przestępcze są akceptowane.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Środowisko często skłania mnie do łamania prawa.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Należałem/am do grup, w których używanie narkotyków było normą.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

W tym aspekcie N. bezsprzecznie N. odpowiedziała twierdząco, uzyskując maksymalną ilość punktów, tj. 15 – wynik uśredniony 5.00, należący do wyników zdecydowanie bardzo wysokich. Taki stan rzeczy może dawać przypuszczenie, że presja społeczna grupy, w której funkcjonuje lub egzystowała jest/była tak silna, iż pacjentka chcąc być akceptowana dostosowywała się do destrukcyjnych wytycznych w zachowaniu, np. popełniała lub była skłonna (zmuszana) do przestępstw, łamania prawa czy zachowań negatywnych. Trudno jednak jednoznacznie określić, czy twierdzenia pacjentki to nie głównie



przeświadczenia, próba argumentowania swojego zachowania siłą „wyższą”, czy realna niemożność przeciwstawienia się destrukcyjnej grupie.

Wyliczenia: 15:3=5.00

15-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Rodzina pochodzenia a agresja i zachowania antyspołeczne

Twierdzenia (trauma, przemoc, zaniedbanie):

- W domu rodzinnym dochodziło do przemocy fizycznej lub psychicznej.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Doświadczyłem/am zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Konflikty rodzinne wpłynęły na moje zachowania agresywne.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem

Uzyskany przez N. wynik 12 pkt. kształtuje się w przedziale not wysokich.

Suma wyników w tym obszarze dała wartość 12 pkt. (uśredniona 4.00) i zakwalifikowała notę do przedziału wysokiego. Jest to więc istotne prawdopodobieństwo, że trudne dzieciństwo w rodzinie spowodowało nagromadzenie się negatywnych emocji i wzorzec antyspołecznych zachowań. Tu ponownie należałoby zdiagnozować na ile jest to przekonanie pacjentki i próba tłumaczenia swojego postępowania, a na ile rzeczywista wyuczona postawa życiowa.

Wyliczenia: 12:3=4.00

12-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Podsumowanie opisu przypadku N.

Materiał badawczy został zebrany w celu określenia funkcjonowania psychicznego N. w obszarze regulacji emocji, impulsywności oraz występowania zachowań agresywnych i antyspołecznych. Badania zostały uzupełnione o dane oceniające wpływ czynników środowiskowych (w tym rodziny pochodzenia). Wyniki uzyskane w badaniach podkreśliły złożony obraz funkcjonowania psychicznego N., w tym rolę deficytów w regulowaniu emocji, wysoką impulsywność oraz wrogi styl poznawczy, nasilone przez czynniki środowiskowe.

Analiza wyników MMPI-2, znajdujących się w dokumentacji pacjentki wykazała obniżoną kontrolę w regulacji emocji, podwyższony poziom emocjonalności negatywnej, ale też lęku, napięcia psychicznego. Wyniki również wskazywały na skłonności N. do somatyzacji napięcia. Może występować także obecność cech pobudzenia psychoruchowego, skłonność do zdezorganizowanego myślenia, szczególnie w sytuacjach stresowych, ale także

możliwość istnienia cech hipomaniakalnych. Na poziomie interpersonalnym w wynikach obecne są symptomy szeroko pojętej introwersji, trudności w funkcjonowaniu w rodzinie. Wyniki ponadto wskazywały na możliwe cechy antyspołeczne.

Badanie wykonane za pomocą Kwestionariusza Agresji Bussa-Perry (BPAQ) sugeruje sytuacyjny i reaktywny charakter agresji u pacjentki, z nasiloną wrogością, gniewem, przypuszczeniem istnienia impulsywnych reakcji behawioralnych. Profil N. na podstawie badania Kwestionariuszem Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P rysuje się jako jednostka z wysoką potrzebą stymulacji bodźcami, niewytrwała w działaniu, o impulsywnym pobudzeniu oraz podejmująca pochopne, ryzykowne decyzje i aktywności bez przewidywania konsekwencji.

Wyniki uzyskane przez N. w ankiecie autorskiej ponadto podkreśliły wysokie nasilenie zachowań antyspołecznych i przestępczych. Wpływ czynników zewnętrznych na zachowania pacjentki okazał się istotny, szczególnie silny negatywny wpływ otoczenia, w którym przebywa lub przebywała oraz doświadczenia z rodziny pochodzenia. Bardzo znaczący okazał się także wpływ głodu narkotykowego na zachowania agresywne i antyspołeczne N.

5.1.2 Studium przypadku uczestnika N., lat 30

Wprowadzenie do przypadku

N. (mężczyzna, lat 30), kawaler, bezdzietny, wykształcenie wyższe licencjackie (informatyka), pracujący na stanowisku programisty w oparciu o umowę o pracę na czas określony, według oświadczenia nie był karany. W momencie badania był pacjentem Poradni Leczeni Uzależnień od 12 miesięcy. N. uczestniczył w terapii odwykowej jako osoba uzależniona od opioidów (heroina, morfina) od około 5 lat. Był konsultowany psychiatrycznie, miał myśli i 1 próba samobójczą, przyjmował lek Trittico. Pacjent zgłosił się na terapię dobrowolnie, była to jego kolejna próba walki z nałogiem. Przyznawał się do uzależnienia.

Tło osobiste i rodzinne

Pacjent w obecnym mieście zamieszkania przebywał od 4 lat, przeprowadził się tutaj z małej miejscowości położonej ok. 100 km. W aktualnym mieście zamieszkania nią miał żadnej rodziny. N. wychowywał się w rodzinie dysfunkcyjnej, ojciec był alkoholikiem, agresywnym fizycznie i werbalnie wobec rodziny. Pacjent oraz jego 2 lata starsza siostra byli obiektem przemocy ze strony ojca przez wiele lat. Matka była osobą nieporadną, nadwrażliwą i niestabilną emocjonalnie, z charakterystycznym rysem osoby współuzależnionej wobec

męża. Była również osobą chorą onkologicznie. W toku procesu terapeutycznego N. regularnie przypominał sobie istotne, ale i traumatyczne zdarzenia ze swojego dzieciństwa i wczesnej młodości. Pacjent doznawał także przemocy rówieśniczej w szkole, wielokrotnie był bity, poniżany z powodu niskiego statusu ekonomicznego rodziny i wszystkim znanej sytuacji rodzinnej. Ojciec najprawdopodobniej w dużej mierze przyczynił się do śmierci matki N. (zmarła w wieku lat 42), ale pacjent nie potwierdził tego faktu. N. w wieku lat 19 wyprowadził się z domu rodzinnego, niedługo po śmierci matki. W ciągu kilku lat mieszkał i pracował w Gdańsku, a następnie w Warszawie. Siostra opuściła dom rodziny 2 lata po bracie i zamieszkała w Warszawie. To do niej N. przyjechał z Gdańska i przez 3 miesiące mieszkał z nią w wynajętym mieszkaniu, pracował w branży gastronomicznej.

Historia używania substancji psychoaktywnych

Inicjacja opioidowa w przypadku N. nastąpiła podczas jego pobytu w Warszawie. Pacjent pracował wtedy w dużej sieci gastronomicznej w centrum stolicy, nawiązywał wiele znajomości z klientami, w tym z osobami uzależnionymi od różnych substancji, ale też dilerami narkotyków. Chciał czuć się akceptowany, dorównać otoczeniu, zapomnieć o swoim pochodzeniu i problemach rodzinnych. Szybko znalazł rynek zaopatrzenia w tańsze narkotyki, w tym heroinę, którą zaczął przyjmować regularnie, codziennie. Wielokrotnie nie był w stanie pracować, brał zwolnienia, tracił zarobek. Siostra nie chciała dalej utrzymywać N. Pacjent twierdził, że w tamtej chwili był na nią zły, obwiniał za swoje niepowodzenia, a wspólna historia rodzinna zamiast ich przybliżyć do siebie zaczęła być powodem wstydu i wzajemnej niechęci. W toku procesu terapeutycznego N. zaczął uświadamiać sobie, że siostra w tamtym czasie próbowała rozpaczliwie mu pomagać, ale on tej pomocy nie potrzebował, w domu pojawiały się konflikty, stan zdrowia N. się pogarszał – miewał regularne ciągi narkotykowe, w chwili ostawienia opioidów potrzebował pomocy lekarskiej. Siostra N. poznała swojego obecnego męża, który doprowadził do tego, że N. musiał wyprowadzić się ze wspólnego mieszkania. Jeszcze wtedy jednak próbowała mu pomagać, zapisując na terapię odwykową stacjonarną. N. wytrzymał w Ośrodku kilka dni i wypisał się. Od tamtego momentu kontakt z siostrą praktycznie się urwał. Pacjent dalej pracował, zmieniając co jakiś czas zatrudnienie, wynajmował pokój w mieszkaniu wraz ze studentami. W Warszawie poznał swoją pierwszą partnerkę – dziewczynę 3 lata młodszą, która zaczynała studia psychologiczne. Dziewczyna była także osobą przyjezdną. Partnerzy po 3 miesiącach wspólnie wynajęli mieszkanie, które było w dużej mierze finansowane przez rodziców A. N. nadal pracował dorywczo, większość środków tracił na narkotyki, bywał w regularnych ciągach. A. wielokrotnie razem z N. spożywała opioidy, ale według pacjenta, w jej przypadku



nie doszło do uzależnienia. Związek był burzliwy, pełny awantur, napięć i silnych uniesień seksualnych, nierzadko różnych eksperymentów (chemseks). W 2020 r. para przeprowadziła się do L., gdzie obydwójce znaleźli pracę, a A. przeniósła się na inną uczelnię i kontynuowała studia psychologiczne. Związek z A. trwał, ale były pełny konfliktów. W międzyczasie N. wielokrotnie zdradzał partnerkę, a w ostateczności związał się na dłużej z 12 lat starszą kobietą – rozwódką z 2 letnią córką chorą na Zespół Downa, która praktycznie go utrzymywała. W tym czasie także spotykał się z pierwszą partnerką A., wobec której bywał agresywny słownie i fizycznie. Partnerka ta podtrzymywała uzależnienie pacjenta, kontrolowała go. Dla N. był to związek oparty jedynie na zaspokojeniu potrzeb seksualnych, które pacjent miał bardzo nadmiarowe. Pacjent co około 3 miesiące miał okresy abstynencji, a następnie wpadał w ciągi narkotykowe. Dwukrotnie był hospitalizowany, w jednym przypadku ratowany z zapaści. Wielokrotnie terapeutka proponowała N. udanie się na terapię zamkniętą lub podejście do programu metadonowego. Pacjent ostatecznie zdecydował się na ośrodek prywatny z pobytem 3 tygodniowym, ale nie ukończył terapii, wypisał się na własne żądanie.

Charakterystyka osobowości pacjenta

Współpraca aktorki niniejszej pracy (specjalistki psychoterapii uzależnień) z N. była systematyczna, pacjent jednak często nie był w stanie wypełniać założeń kontraktu. W chwilach odstawiania opioidów był pobudzony, cyniczny, manipulujący. Kilkakrotnie chciał wymóc na personelu Poradni, w tym terapeutce uzyskanie recepty na morfinę.

Po około 6 miesiącach terapii psycholog kliniczny wykonał N. badanie kwestionariuszem MMPI-2, które jak się okazało później w zasadzie potwierdzało wcześniejsze i późniejsze zachowania, myśli, przekonania pacjenta. Analiza wyników badania wskazywała na umiarkowane tendencje hipochondryczne (*skala Hs - hipochondria*), skargi na dolegliwości somatyczne, poczucie nieszczęśliwości, cynizm i pesymistyczne nastawienie do życia (*WS:20, T:59*). Niezadowolenie ze swej sytuacji życiowej, brak wiary we własne siły, introwertyzm widoczny był w pewnym stopniu w wyniku skali depresji (D) - nota umiarkowana (*WS:27, T:62*). W skali DEP₂ (dysforia) N. uzyskał wynik wysoki (*WS:5, T:70*) i mający odniesienie do rzeczywistości, ponieważ pacjent często był nieszczęśliwy, przygnębiony i nie mógł tego uczucia skutecznie przezwyciężyć. Swoją osobę postrzegał negatywnie, często nierealistycznie źle, czuł się bezwartościowy. Ten stan rzeczy widoczny był w skali DEP₃ (autodeprecjacja) i wysokim wyniku (*WS:5, T:65*). W wywiadzie i późniejszym procesie terapeutycznym zgłaszał myśli i próbę samobójczą, co zresztą zaznaczył w MMPI-2 (*DEP₄ myśli samobójcze - WS:4, T:73*).



Bardzo charakterystyczne były także objawy, na które skarżył się N. w chwilach głodu narkotykowego, tj. brak kontroli nad swoimi emocjami i pojawiającymi się wybuchami złości, niszczenie przedmiotów. Analiza wyników MMPI-2 w obszarze kontroli i panowania nad emocjami wykazała wysoki stopień nasilenia. Skala Sc₅ (*brak panowania ego w sferze kontroli*) wskazywała na poczucie braku kontrolowania swoich impulsów, odczuwanie nerwowości i nadpobudliwości. Jednocześnie N. miał okresy zadowolenia i smutku, których nie potrafi kontrolować, ale też epizody, w których nie wiedział co robi i później nie mógł sobie przypomnieć tej sytuacji (*WS:6, T:66*). W skali Sc₆ (*dziwaczne doznania sensoryczne*) również uzyskał wysoki wynik, który związany jest z poczuciem nadwrażliwości ciała (szczególnie skóry), niezwykłymi doświadczeniami sensorycznymi, halucynacjami czy urojeniami ksobnymi (*WS:9, T:65*).

W procesie terapeutycznym często zdarzały się sytuacje, w których pacjent przychodził do Poradni poddenerwowany, zgłaszał obawy o swoje dalsze życie, był niepewny, pesymistycznie patrzył na przyszłość, miał zaburzenia lękowe. Swoje dotychczasowe życie traktował jako stresujące, czuł się przytłoczony obowiązkami codziennymi. Towarzyszyły temu zaburzenia snu, zarówno bezsenność (2-3h), jak i nadmierna senność (nawet do 10h). Wyniki uogólnionego niepokoju (*ANX*) N. były wysokie (*WS:19, T:74*), podobnie jak i skala depresji (*DEP - WS:27, T:76*) oraz skala Sc₂ (*alienacja emocjonalna - WS:5, T:68*). N. często skarżył się na poczucie zmęczenia i brak zainteresowania czymkolwiek, beznadziejność. Swoją osobę postrzegał jako osobę na „straconej pozycji”, nieudacznika, bez jakichkolwiek bliskich osób w otoczeniu, które mogłyby mu pomóc. W tym czasie miał kilka konsultacji psychiatrycznych i zostało wdrożone leczenie farmakologiczne.

Z kolei w innych momentach przychodził na sesję pobudzony. Zgłaszał drażliwość. W tym czasie wspominał o kłótniach z partnerką, przyznawał się do agresji wobec niej, napadów złości, niszczenia przedmiotów. W skali ANG (*złość*) N. uzyskał wysoki wynik (*WS:14, T:74*). Problemy w relacjach społecznych potwierdziła również skala odchyłeń psychopatycznych (*Pd*), N. osiągnął wynik wysoki (*WS:35, T:78*). Pacjent miał negatywne opinie o rodzinie swojego. N. z żalem opowiadał o poczuciu odrzucenia w rodzinie, braku zrozumienia, miłości czy ciągłej krytyce jego osoby przez rodziców i wielu ograniczeniach, czy wręcz pozbawianiu go niezależności. We wspomnieniach N. zauważalne było jego odczucie wyobcowania z rodziny, braku więzi emocjonalnych z jej członkami. I tak w podskali Pd₁ (*konflikty w rodzinie*) N. uzyskał znowu wynik wysoki (*WS:6, T:65*), tak jak i w podskali Pd₅ (*autoalienacja - WS:12, T:77*). Pacjent oprócz poczucia żalu, odczuwał także



wyrzuty sumienia z powodu swojego zachowania w późniejszym życiu, np. w związkach partnerskich.

Należy także zauważyć, że N. często wspominał o nawracających niepokojących myślach, lęku przed utratą kontroli nad swoimi emocjami i myślami, poczuciu niezrozumienia. W skali skali „zespół stresu pourazowego” uzyskał również wysoki wynik (*PK - WS:36, T:76*).

Obecność cech osobowości antyspołecznej/borderline

N., według oświadczenia nie miał nigdy zdiagnozowanych zaburzeń osobowości. Analizując wyniki kwestionariusza MMPI-2 można jednak odnaleźć pewne symptomy mogące świadczyć o występowaniu pewnych objawów zaburzeń o charakterze antyspołecznym i borderline.

W ramach skali ASP (*postawy i zachowania antyspołeczne*) N. uzyskał wynik wysoki (*WS:19, T:71*). N. relacjonował swoje zachowania sprzeczne z prawem i miał przy tym małą refleksję na ten temat, czy wręcz brak krytycyzmu wobec swojego postępowania. Przejawił postawy egocentryczne, impulsywność. Ta skala ASP wskazuje na istnienie kryteriów dla zaburzeń osobowości o charakterze antyspołecznym. W dwóch innych podskalach, tj. ASP₁ (*zachowania antyspołeczne*) i ASP₂ (*zachowania antyspołeczne*) N. uzyskał również wysokie wyniki - odpowiednio *WS:15, T:71* i *WS:4, T:65*. Z kolei w innej skali, tj. RC4 (*zachowania antyspołeczne*) N. ponownie uzyskuje wysoki wynik (*WS:19, T:82*). Pacjent prezentował skłonność do agresji w zachowaniu wobec innych i podkreślanie, że zauważa negatywny odbiór własnej osoby przez otoczenie. W toku procesu N. wspominał przecież, że problemem jest dla niego podporządkowanie się normom społecznym, i musi oszukiwać otoczenie w wielu sytuacjach. Zachowanie N. ponadto wykazywało symptomy typu „acting-out”, szczególnie w sytuacjach seksualnych, tj. utratę kontroli nad pewnymi aspektami swojego życia, w tym także obecność uzależnienia od substancji oraz częste konflikty z osobami bliskimi. Do powyższych wyników należy także dodać charakterystyczne dla zachowań antyspołecznych wybuchowe zachowanie, drażliwość czy negatywny stosunek wobec autorytetów. W każdej z tych skal N. uzyskał wysokie wyniki (*ANG₁-WS:6, T:72, ANG₂-WS:6, T:66, Pd₂-WS:6, T:69*).

Inne wyniki MMPI-2 są charakterystyczne dla osobowości typu borderline. N. jawił się jako osoba skłonna do podejmowania ryzyka, o niechęci do rutyny, poszukująca wrażeń, co często powodowało problemy w życiu osobistym, tj. w pracy, gdzie była konieczność zachowania schematów, systematyczności, w relacjach partnerskich i w oczekiwaniach partnerek o lojalności, stabilizacji. N. nastawiony był na szybkie i spektakularne osiągnięcia



w jednym i drugim aspekcie życia, a brak tych efektów był dla niego powodem do dalszych aktywności. W skali DISC (*brak zahamowań*) N. uzyskał wysoki wynik (*WS:25, T:78*), tak jak też w skali NEGE (*negatywna emocjonalność* - *WS:24, T:68*). Pacjent często przeżywał negatywne emocje, był bardzo krytyczny wobec siebie. Prezentował także uporczywy samokrytycyzm, do zachowań przemocowych. Z drugiej strony introwertyzm w zachowaniu pacjenta tłumaczył jego ograniczoną zdolność do podtrzymywania pozytywnych więzi i przeżywania radości oraz pesymizm, niepokój czy smutek. W wynikach MMPI-2 w skali INTR (*introwersja*) N. uzyskał wysoką notę (*WS:22, T:70*). Jednocześnie wyniki w innych skalach, tj. skali Pa (*paranoi* - *WS:13, T:65*), Pt (*psychastenii* - *WS:30, T:67*) oraz w skali Sc (*schizofrenia* - *WS: 37, T:67*) wiązały się z niepraktycznością, ograniczonym zainteresowaniem innymi ludźmi, poczuciem nieprzystawania do życia, pewnym przewrażliwieniem, nieufnością i swego rodzaju tendencjami do ekscentrycznego zachowania, ale też niepokojem, zgeneralizowanym lękiem, przygnębieniem. Istotny w przypuszczeniu o możliwości występowania cech zaburzeń borderline w N. Aspekt wysokiego wyniku skali hipomanii (*Ma* – *WS:35, T:79*) oraz podskali pobudzenia psychoruchowego (*Ma₂* - *WS:35, T:79*). N. co jakiś czas wspominał o dezorientacji, napięciu i podnieceniu, poszukiwaniu ryzyka jako sposobu przezwyciężenia nudy.

Wyniki narzędzi diagnostycznych

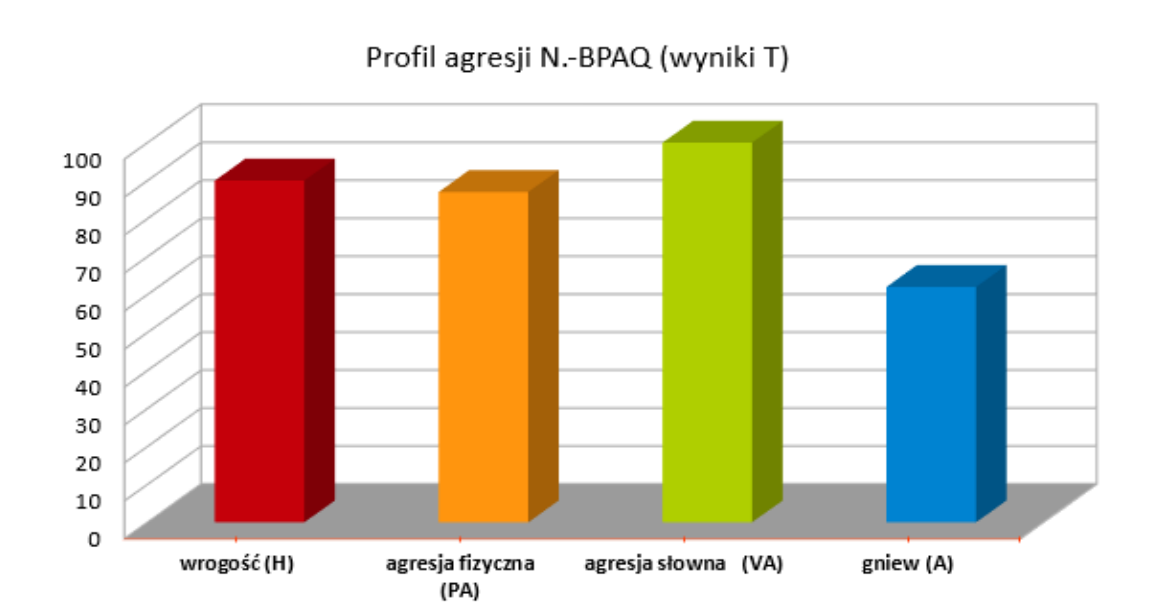
Pacjent N. został przebadany 3 narzędziami diagnostycznymi w Poradni Leczenia Uzależnień w listopadzie i grudniu 2025 r. oraz w styczniu 2026 r., tj. kolejno w listopadzie 2025 r. Kwestionariuszem Agresji Bussa-Perry Bussa-Perry (BPAQ), w grudniu 2025 r. Kwestionariuszem Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P, a w styczniu 2026 r. ankietą autorską.

- Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry (BPAQ)

Wyniki poszczególnych elementów poziomu agresji ogólnej wg BPAQ obrazuje poniższy wykres.

Wykres 2 Profil agresji N.(2)





Źródło: opracowanie własne

Każda nota w ramach badania była wysoka lub bardzo wysoka, a wręcz skrajnie wysoka. I tak w skali A (gniew) N. osiągnął wynik wysoki (*surowy:22, przeliczony na teny:62*). Ten wynik można interpretować jako wysoki poziom agresji jako cechy. Wynik ten może wskazywać, że gniew jest aspektem, który z łatwością pojawia się u N. w nasileniu frustracji, sytuacjach konfliktowych czy odczuwaniu zagrożenia. W związku z powyższym N. reprezentuje profil reaktywny, bez cech chronicznego.

Agresja fizyczna (PA) i wrogość (H) plasują się na bardzo wysokim poziomie nasilenia. Odpowiednio w przypadku Pa jest to wynik surowy 32 i ten 87, a w przypadku H surowy to 31, zaś przeliczony na teny to 90. Nota PA sugeruje skłonności do agresywnych reakcji fizycznych, zarówno aktów przemocy, jak i dużej gotowości do czynności impulsywnych i niemożności powstrzymywania różnych reakcji w obliczu silnych emocji, zdecydowanie niski próg tolerancji na frustrację.

Kolejny bardzo wysoki wynik to skala wrogości (H), która może charakteryzować N. jako osobę o agresji wewnętrznej – o wrogich myślach, przekonaniach, podejrzliwej, o tendencji do negatywnego postrzegania intencji innych osób oraz odczuwającej niesprawiedliwe traktowanie, ataki ze strony otoczenia i ogólne poczucie krzywdy.

Bardzo wysoki poziom skali VA (*wynik surowy:25, ten:100*) w założeniu, że jest prawdziwą oceną swojej osoby, wskazuje z dużym prawdopodobieństwem istnienie preferowanej ekspresji złości, która ma na celu rozładowanie nagromadzonego napięcia, na poziomie werbalnym. W tym aspekcie będą więc dominować takie działania jak: krzyk, groźby słowne, wypowiedzi z jednej strony silnie poniżające drugą osobę, a z drugiej

podkreślające wyższość komentującego, sarkastyczne.

Profil BPAQ definiuje N. jako jednostkę o wysokim natężeniu reakcji poznawczo-emocjonalnych, często irytującą się i wyrażającą swoją złość w kontaktach interpersonalnych, a także o przewadze reaktywnego charakteru agresji nad instrumentalnym. Takie wyniki mogą w konsekwencji powodować eskalację konfliktów w relacjach i to zarówno partnerskich jak i zawodowych.

- *Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P*

Wyniki poszczególnych skal w ramach SUPPS-P były u N. zróżnicowane. Najwyższą wartość N. osiągnął w dwóch skalach: „brak premedytacji (przezorność) P” i „brak wytrwałości W”. Jak wynika z analizy wyników w działaniu N. raczej nie jest obecna premedytacja. W skali „brak premedytacji (przezorność) P” N. uzyskał również wynik wysoki, tj. 13 pkt. To oznacza, że pacjent może działać pochopnie, nie przewidywać konsekwencji, nie dokonywać analiz, kierować w tym działaniu intuicją. Taki sam wynik (13 pkt.) osiągnęła skala „brak wytrwałości W”, dlatego może uzupełniać charakterystykę działania N. o brak wytrwałości w realizowaniu zadań w życiu, szczególnie tych wymagających systematyczności, dokładności. Wynik sugeruje także trudności z koncentracją uwagi na długotrwałych, monotonnych czynnościach oraz problem z kończeniem zadania. Funkcjonowanie takiego profilu zdecydowanie bardziej jest efektywne w zmieniającej się rzeczywistości niż w stabilnym, przewidywalnym środowisku. Ten aspekt niestety jest dużym utrudnieniem w procesie terapeutycznym dotyczącym uzależnień.

Dwie zmienne dotyczą kwestii popędliwości rozumianej jako porywczosć w ujęciu pozytywnym i negatywnym. Pacjent zdecydowanie wyższy wynik uzyskał w obszarze „popędliwości (porywczosć) negatywnej NP” - 10 pkt., niż w „popędliwości (porywczosć) pozytywnej PP” – 7 pkt. Aspekt negatywny należy do zakresu wyników umiarkowanie podwyższonych i wskazuje tendencję do impulsywnych działań pod wpływem negatywnych emocji na średnim poziomie. Taki stan rzeczy oznacza, że N. jest w stanie kontrolować swoją złość, narastające napięcie czy frustrację w ograniczonym stopniu, w zależności od sytuacji. W przypadku zaś pozytywnego aspektu wynik (niski) wskazuje na to, że w obliczu pozytywnych zdarzeń, N. może dobrze sobie radzić z kontrolą zachowania, potrafić regulować nadmiar tych emocji w sposób adekwatny do sytuacji i unikać podejmowania pochopnych decyzji, nawet jeśli pojawia się euforia.

Ostatni z wyników, tj. „poszukiwanie doznań PD” osiągnął notę 12 pkt. zaliczaną do wyników wysokich, ale w dolnej granicy. Wynik ten wskazuje na istnienie potrzeby stymulacji w życiu pacjenta, co w konsekwencji może prowadzić do poszukiwania takich



doznań, również zachowań ryzykownych. Rutyna dla N. jest problemem, a napływ nowych bodźców dodaje mu energii.

Profil SUPPS-P pacjenta N. charakteryzuje go jako osobę o podwyższonej potrzebie stymulacji, ale o braku chronicznej impulsywności. Impulsywność może dotyczyć sfery poznawczej, głównie kwestii podejmowania decyzji. Decyzje mogą, ale nie muszą być podejmowane spontanicznie, bez planowania, intuicyjnie. Problemem pozostaje sfera wytrwałości, która w przypadku N. funkcjonuje na niskim poziomie, a to z kolei może powodować trudności zarówno w dłuższych relacjach interpersonalnych jak i w życiu zawodowym. Wyniki profilu generalnie nie wskazują na występowanie silnej impulsywności emocjonalnej, można więc przypuszczać, że N. ma zdolność do kontroli emocji, która zależy od aktualnej sytuacji życiowej i zdrowotnej.

- *Ankieta autorska „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”*

N. udzielił odpowiedzi na wszystkie pytania w ankiecie. Poniżej znajdują się twierdzenia wraz z odpowiedziami i punktacją, pogrupowane według postawionych w rozdziale „Metodologia badań własnych”, pytań badawczych, skróconych do tytułu obszaru badawczego.

Obszar badawczy: Ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji

Twierdzenia (cechy osobowości, regulacja emocji, impulsywność):

- Często wpadam w złość.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Moje negatywne emocje pojawiają się w sytuacjach stresowych
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Często wpadam w złość z błahych powodów.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- Trudno mi zapanować nad gniewem.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Tłumię w sobie silny gniew.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Wyładowuję swój gniew na innych osobach.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- W chwili złości krzyczę lub reaguję agresywnie.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Wchodzę w gwałtowne kłótnie, gdy odczuwam silne oburzenie.



Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Niszczę rzeczy, gdy nie mogę opanować gniewu.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Potrafię kontrolować swoje emocje w sytuacjach złości. (*pytanie odwrócone*)

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie nie

- Znam i stosuję techniki redukcji stresu

Odpowiedź: 3 – Nie wiem

W ramach tego obszaru pacjent uzyskał wynik zaliczany do przedziału wysokich – wynik surowy 47, uśredniony 4.00. N. przyznał, że reaguje gniewem, złością i agresją, w tym skierowaną na inne osoby w sytuacjach napięcia emocjonalnego. Agresja, na podstawie wyników badań w obszarze regulacji emocji, impulsywności u N. przejawia się zarówno werbalnie jak i fizycznie. Pacjent najprawdopodobniej ma świadomość swoich trudności w regulowaniu emocji i nadmiernym uleganiu negatywnym odczuciom. Twierdzenie „Często wpadam w złość z błahych powodów” i zaznaczona odpowiedź „Raczej nie”, jak się wydaje jest diagnostycznie ciekawa, ponieważ może oznaczać, że badany mimo posiadania świadomości o problematycznym zachowaniu nie identyfikuje tego aspektu ze swoim poczuciem winy, a zaś z przeświadczeniem, że przynajmniej w pewnym (lub nawet dużym) stopniu jego zachowanie ma wytłumaczenie. Dla N. impulsywne reakcje spowodowane są ważnymi, nie błahymi, powodami.

Nadto zaznaczenie odpowiedzi „Nie wiem” przy dwóch twierdzeniach: „Tłumię w sobie silny gniew” i „Znam i stosuję techniki redukcji stresu” może sugerować, że pacjent nie posiada zbyt dużego wglądu w wewnętrzne aspekty swoich emocji czy znajomości pozytywnych metod obniżenia napięcia.

Wyliczenia: 47:3=4.00

12-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Zachowania antyspołeczne i przestępcze

Twierdzenia (zachowania ryzykowne, dezadaptacyjne, łamanie norm):

- Popełniłem przestępstwo pod wpływem narkotyków.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Pod wpływem narkotyków prowadziłem samochód.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Byłem karany sądownie z powodu działań związanych z narkotykami.

Odpowiedź: 2 – Raczej nie



- Byłbym w stanie złamać prawo, aby zdobyć narkotyk.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Uważam, że można być osobą uzależnioną i nie łamać prawa. (*pytanie odwrócone*)
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie nie

Wartość punktowa w tej kategorii to 22 pkt., po uśrednieniu 4.40, co uplasowało wynik w przedziale not bardzo wysokich. Poza jednym twierdzeniem, odpowiedzi N. były na poziomie maksymalnej wartości, tj. 5 pkt. N. najwyraźniej przyznaje się do wielu aspektów łamania prawa pod wpływem narkotyków. Przypuszcza ponadto, że „Byłby w stanie złamać prawo, aby zdobyć narkotyk” i wątpi, by osobą uzależnioną, mogła uniknąć łamania prawa. Ten obszar można podsumować twierdzeniem, że N. jako osoba uzależniona ma świadomość łamania prawa i jednocześnie stereotypowe myślenie w tym zakresie. Pacjent zaznaczając odpowiedź „Raczej nie” przy twierdzeniu „Byłem karany sędownie z powodu działań związanych z narkotykami” wyraża swoją niepewność dotyczącą przeszłości związaniem z łamaniem prawa pod wpływem narkotyków (opiodów), co może podkreślać utratę kontroli nad swoimi zachowaniami oraz obecność zbyt dużej ilości potencjalnych zachowań przestępczych.

Wyliczenia: 22:5=4.40

22-wartość punktacji

5-ilość twierzeń w kategorii

Obszar badawczy: Głód narkotykowy a agresja i zachowania antyspołeczne.

Twierdzenia (emocje, agresja, impulsywność pod wpływem głodu narkotykowego):

- W chwili głodu narkotykowego odczuwam silny gniew lub złość.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Podczas głodu narkotykowego odczuwam silny niepokój.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- W czasie głodu narkotykowego jestem rozdrażniony i nerwowy.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Głód narkotykowy powoduje u mnie agresywne zachowania.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- W chwili głodu narkotykowego rozładowuję negatywne emocje przez krzyk, niszczenie przedmiotów lub agresję wobec ludzi.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest dla mnie uzasadnione.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak



- Byłbym w stanie ukraść pieniądze, aby kupić narkotyki.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Poświęciłbym ostatnie pieniądze na zakup narkotyków.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Głód narkotykowy wpływa negatywnie na moje relacje z innymi.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Pod wpływem głodu narkotykowego moje zachowanie staje się bardziej impulsywne.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

W obszarze zależności występowania zachowań agresywnych i antyspołecznych od obecności objawów głodu narkotykowego (opiodowego) wynik N. uplasował się ponownie w przedziale bardzo wysokim z wartością surową 51 pkt. i uśrednionym wynikiem 4.63. Wynik ten z dużym prawdopodobieństwem zdaje się potwierdzać, że w przypadku N. większość zachowań agresywnych i antyspołecznych może być nasiloną objawami głodu narkotykowego. Zgodnie z zaznaczonymi odpowiedziami N. ma przekonania, że jako osoba uzależniona nie mógłby posunąć się do wielu czynności o charakterze przestępczym, by zaspokoić głód narkotykowy. Wyjątkiem są tylko czynności seksualne. W tym miejscu N. zdecydowanie zaprzeczył, by był w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.

Należy wziąć również w przypadku N. pod uwagę aspekt, że pacjent przy zaznaczaniu odpowiedzi mógł kierować się zarówno realnym przeświadczeniem o braku kontroli nad swoimi reakcjami w obliczu objawów odstawiennych lub chęcią wytłumaczenia swoich czynów właśnie głodem

Wyliczenia: $51:11=4.63$

51-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Środowisko zewnętrzne a agresja i zachowania antyspołeczne

Twierdzenia (normy środowiskowe, presja społeczna):

- Przebywam w środowisku, w którym zachowania agresywne lub przestępcze są akceptowane.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Środowisko często skłania mnie do łamania prawa.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Należałem/am do grup, w których używanie narkotyków było normą.

Odpowiedź: 4 – Raczej tak

W tym obszarze zależności N. osiągnął wynik umiarkowany (surowy 12, uśredniony 3.00). Taka wartość może sugerować, że ewentualna przynależność do grup destrukcyjnych, w tym ogólne funkcjonowanie w środowisku osób uzależnionych (choćby przez kontakt w celu nabycia narkotyków), nie jest determinantem występowania zachowań negatywnych. Poziom umiarkowany tego obszaru nie pozwala na wykluczenie zależności tych zachowań od przynależności do specyficznej grupy społecznej, ale także nie potwierdza jednoznacznie wpływu takiej grupy na zachowanie N.

Wyliczenia: $9:3=3.00$

9-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Rodzina pochodzenia a agresja i zachowania antyspołeczne.

Twierdzenia (trauma, przemoc, zaniedbanie):

- W domu rodzinnym dochodziło do przemocy fizycznej lub psychicznej.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Doświadczyłem/am zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Konflikty rodzinne wpłynęły na moje zachowania agresywne.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

Odpowiedzi na twierdzenia dotyczące rodziny pochodzenia N. potwierdzają istnienie traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa. N. uzyskał wynik 15 pkt. (uśredniony 5.00 – bardzo wysoki), co oznacza, że każda odpowiedź miała maksymalną ilość punktów. Pacjent potwierdzał tym samym, że w jego rodzinie dochodziło do konfliktów, przemocy psychicznej i fizycznej oraz zaniedbania. Można więc przypuszczać, że N. nabył nieadaptacyjne wzorce radzenia sobie z napięciem emocjonalnym, tj. analogiczne do tych, które widział w domu rodzinnym i które przede wszystkim były powodem jego cierpienia. W tym przypadku może być to wyuczony style funkcjonowania lub/i sposób na wyrzuty sumienia związane z poczuciem winy za swoje własne postępowanie.

Wyliczenia: $15:3=5.00$

15-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Podsumowanie opisu przypadku N.

Na podstawie analizy dokumentacji N. oraz przeprowadzonych badań uzyskany obraz funkcjonowania pacjenta w obszarze emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym.

Zgromadzony w dokumentacji N. materiał wynikowy kwestionariusza MMPI-2 wskazywał na obecność istotnych klinicznie problemów w regulowaniu emocji przez pacjenta, a także wysoki poziom lęku, cech depresyjnych. Wyniki ponadto sugerowały także autodeprecjację oraz odczuwanie przez pacjenta nasilonej złości, a także obecność myśli samobójczych. Nadto zauważalne były symptomy hipochondrii, pobudzenia psychoruchowego i hipomanii. Wyniki badania dały także przypuszczenie nieprawidłowości w myśleniu N., które nasilone mogły być przez specyficzne doznania sensoryczne, być może spowodowane uzależnieniem od substancji. Biorąc pod uwagę powyższe dane profil N. wskazuje na podwyższone ryzyko dysfunkcji w sferze poznawczo-emocjonalnej.

Pacjent z dużym prawdopodobieństwem mógł być osobą izolującą się od otoczenia, introwertyczną, ale także z możliwymi doświadczeniami stresu pourazowego. Wyniki MMPI-2 wskazywały także na tendencję do zachowań antyspołecznych, które współlistnieją z osłabioną kontrolą impulsów, szczególnie w sytuacjach napięcia emocjonalnego. Duże nasilenie zachowań antyspołecznych i przestępczych pojawiło się także w wynikach ankiety autorskiej. Dane z ankiety wskazywała także na poziom agresji i trudności w regulacji emocji, bardzo oraz bardzo wysoki wpływ głodu narkotykowego na zachowania agresywne. Wpływ na tego rodzaju zachowania miała według wyników ankiety rodzina pochodzenia. Wyniki podkreślały rolę doświadczeń wczesnodziecięcych i kontekstu społecznego w kształtowaniu funkcjonowania emocjonalno-behawioralnego badanego. Środowisko zewnętrzne natomiast wykazywało umiarkowaną rolę w nasileniu takich zachowań.

Badanie poziomu agresji BPAQ sugerowały utrwalony wzorzec agresji o charakterze reaktywnym, silnie powiązany z impulsywnością i pobudzeniem emocjonalnym. Profil impulsywności SUPPS-P pacjenta ponownie ujawnił impulsywność, związaną z pobudzeniem, ale także potrzebą stymulacji, przy ograniczonej zdolności do przewidywania konsekwencji działań.

Tak złożony obraz funkcjonowania N. może wskazywać na duże nasilenie gromadzenia się negatywnych emocji, pokładów agresji, w tym samym podwyższonym ryzykiem do zaistnienia zachowań antyspołecznych, przestępczych, w zależności od sytuacji, presji środowiskowe czy nasilenia głodu narkotykowego.

5.1.3 Studium przypadku uczestniczki K., lat 31

Wprowadzenie do przypadku

K. (kobieta, lat 31), panna, 1 dziecko (córka 11 lat), wykształcenie podstawowe, podejmująca dorywcze prace w różnych branżach, w szczególności w sprzątaniu. Pacjentka w



momencie badania uczestniczyła w terapii uzależnień od 9 miesięcy, została skierowana na terapię przez sąd. Głównym uzależnieniem pacjentki były opioidy (uzależnienie od 3 lat), dodatkowo w sposób problematyczny spożywała alkohol, karana (kradzieże), nie leczona psychiatrycznie. Nigdy wcześniej nie uczestniczyła w terapii odwykowej, zaprzeczała istnieniu u siebie uzależnienia. Uwagę terapeutów w Poradni zwracał wyzywający wygląd pacjentki i jej głośne zachowanie.

Tło osobiste i rodzinne

Pacjentka wychowywała się w rodzinie rozbitej, dysfunkcyjnej. Ojca nie znała. Matka stale zmieniała partnerów, z dwoma z nich miała dzieci (2 córki), w tym K. Z relacji K. wynikało, że w rodzinie pochodzenia obecne było nagminne zaniedbywanie ekonomiczne i emocjonalne dzieci ze strony matki. K. nie przypominała sobie problemu z nałogami w swojej rodzinie, przynajmniej w przypadku matki. W rodzinie brakowało pieniędzy, matka „nie miała nawyku pracy”, często była utrzymywana przez aktualnego partnera. Dziećmi najczęściej zajmowała się babka macierzysta, która dawała dziewczynom namiastkę domu, ale w pewnym momencie również nie podołała trudom wychowania.

Pacjentka i jej 3 lata starsza siostra szybko chciały się usamodzielnic. Aktywność seksualną podejmowały od 15-16 roku życia, najczęściej ze starszymi od siebie mężczyznami i otrzymywały za to pieniądze lub „prezenty”. K. bez zbędnych emocji opowiadała o tamtym okresie. W toku pogłębionej terapii uaktywniła jednak, że na kilka miesięcy przed pierwszym kontaktem seksualnym ówczesny partner matki „zmusił” ją do seksu. Był to jej pierwszy raz, miała wtedy 14 lat. K. nie traktowała tego jako gwałtu, opowiadała o tym zdarzeniu ze złością i jednocześnie z satysfakcją. Jak się okazało szantażowała mężczyznę, który płacił jej za to, że nikomu o tym nie powiedziała. Niedługo po tym fakcie doprowadziła do wyprowadzki partnera matki z domu. Zawsze później seks odbywał się na „jej zasadach”.

W ciążę zaszła z w wieku 20 lat z chłopakiem, z którego obdarzyła uczuciem, przynajmniej wtedy się jej tak wydawało. Związek trwał kilka miesięcy, aż do momentu, kiedy została u niej potwierdzona nieplanowana ciąża. Mężczyzna porzucił partnerkę, nie interesował się ani jej życiem, ani dzieckiem, które się urodziło. K. nie była w stanie sprostać obowiązkom rodzicielskim wobec córki, często zostawiała dziecko pod opieką sąsiadek, matki czy nawet samo w domu. Po jednym ze zgłoszeń przechodniów na policję jej obecności na ulicy w stanie nietrzeźwości wraz z małym dzieckiem, do sądu został skierowany wniosek o ograniczenie praw rodzicielskich. Orzeczeniem sądu K. zostały ograniczone prawa rodzicielskie, córka została umieszczona w rodzinie zastępczej u jej matki, a ona sama została zobligowana do podjęcia leczenia odwykowego.



Historia używania substancji psychoaktywnych

Inicjację narkotykową pacjentka przeszła w wieku 14 lat, tuż po pierwszym kontakcie seksualnym, w gronie znajomych z osiedla spróbowała heroiny. Od tamtego momentu systematycznie uzyskiwała „towa”, Przez kilka lat praktycznie codziennie zażywała heroinę, często łączyła ją z alkoholem, amfetaminą. Z powodu kilku zatruć była hospitalizowana, jeszcze jako osoba nieletnia. Decyzją sądu została Młodzieżowym Ośrodkiem Wychowawczym z powodu przejawów demoralizacji. W ośrodku zobligowana była do uczestniczenia w terapii odwykowej dla młodzieży, ale skutecznie uchylała się od tego obowiązku. Pobyt w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym przerwał na 2 lata jej ciągłe narkotykowe, ale już po uzyskaniu pełnoletności i opuszczeniu placówki wróciła do dawnego trybu życia – podejmowania ryzykownych zachowań, w tym zażywania opioidów, łączenia ich z alkoholem i benzodiazepinami. Kolejny okres abstynencji miała przez około 12 miesięcy, tj. przez okres ciąży i karmienia dziecka. Po umieszczeniu córki u matki w rodzinie zastępczej ponownie powróciła do nałogu i brała heroinę codziennie, podejmowała przygodne kontakty seksualne, zmieniała partnerów co około miesiąc. Na chwilę zgłosiła się na terapię odwykową i rozpoczęcia procesu z autorką pracy była na etapie kontemplacyjnym. Nie zauważała u siebie istotnych symptomów uzależnienia, czy oczywistych strat życiowych. Swoje problemy identyfikowała z negatywnym nastawieniem otoczenia do jej osoby.

Charakterystyka osobowości pacjentki

W 3 miesiącu trwania terapii psycholog kliniczny zaproponował K. wykonanie badania MMPI-2 informując o charakterystyce kwestionariusza. K. bardzo żywiołowo zareagowała na propozycję i zgodziła się wykonać badanie.

Autorka niniejszej pracy poddała analizie wyniki tych badań na potrzeby przyszłego opracowania badawczego. Pacjentka uzyskała bardzo wysoki wynik w skali Sc (*schizofrenia* – *WS:66, T:83*). Wysoki wynik w tej skali to zdezorganizowanie w myśleniu, słaby kontakt z rzeczywistością, ale też możliwe halucynacje. Wynik ten ponadto wskazuje na problemy w trafności oceny danej sytuacji, ale też może być następstwem chorób czy zdiagnozowanego uzależnienia. Inna skala o wysokich wynikach, jak Hy (*histeria* - *WS:35, T:70*) to znowu skargi somatyczne, brak wglądu w powód odczuwanych objawów i niepokój. Objawy hipochondryczne zanotowały wyniki skali Hs, również wysokie (*WS:29, T:78*), które z kolei mogły potwierdzać odczucie dziwacznych stanów psychicznych, somatycznych urojeń.

Pacjentka odczuwała szereg dolegliwości o podłożu depresyjnym. I tak, praktycznie w każdej z podskal w tym obszarze noty K. są wysokie. D₁ (*subiektywne poczucie depresji*) z poczuciem przygnębienia, osłabienia psychicznego, niezdolnością do pokonywania



codziennych problemów, ale też brakiem wiary w siebie i niepokojem w sytuacjach społecznych plasuje się na poziomie WS:26 i T:76. Skala D3 (*dolegliwości fizyczne*) związana jest z nadmiernym zaabsorbowanie własnym zdrowiem, zgłaszaniem różnorodnych objawów somatycznych. Pacjentka uzyskała w tej skali również wynik wysoki - WS:9 i T:73. Dwie inne podskale, tj. D4 (*otępienia psychicznego*) i D5 (*pogrążania się w ponurych myślach*) uzyskały również wysokie wyniki, odpowiednio: WS:12 i T:73 oraz WS:10 i T:73. Ponadto postrzeganie siebie w nierealistycznie negatywnych aspektach, jako bezużyteczną, winną i bezwartościową wskazywał wysoki wynik skali DEP3 (*autodeprecjacja* – WS:7, T:78).

Alienacja społeczna zaznaczyła się między innymi w wynikach skali Pd4 (*alienacja społeczna*) i poczuciu oddalenia od innych osób, z powodu przeświadczenia o braku zrozumienia i doznanych krzywdach w życiu (WS:10, T:67). Skala Sc₁ (*alienacja społeczna*) komunikowała, że pacjentka może unikać sytuacji towarzyskich i kontaktu z ludźmi jak tylko jest to możliwe (WS:14, T:72), a Pd5 (*autoalienacja*), mogła świadczyć o jej żalu i poczuciu wyrzutów sumienia z powodu zachowania z przeszłości (WS:11, T:73). O niskiej samoocenie, wysokim samokrytycyzmie i poczuciu niezdolności do decydowania o sobie może świadczyć wysoki wynik w skali alienacja (Si₃ -WS:14, T:66). Mimo swojego specyficznego stylu życia K. miała świadomość swojej nieśmiałości. W skali Si₁ (*nieśmiałość*) pojawia się wysoki wynik (WS:14, T:73), a w skali SOD₂ (*nieśmiałość*), definiującej sytuacje interpersonalne i trudność w nawiązywaniu nowych kontaktów również wysoka nota (WS:7, T:79). Z drugiej strony jak wynikało z relacji K. zauważalna była jej uległość w związkach i bierność w sporach. Mimo wszystko była to osoba, która miała poczucie pewności siebie i odporności na wpływy innych, skłonność do obrony własnych poglądów.

W obliczu głodu narkotykowego deklarowała pobudzenie psychoruchowe, brak panowania nad swoimi impulsami. W poszczególnych podskalach K. uzyskała ponownie wysokie wyniki: Sc₃ (*brak panowania ego w sferze poznawczej* - WS:10, T:79), Sc₄ (*braku panowania w sferze wolicjonalnej* - WS:12, T:79) i Sc₅ (*brak panowania ego w sferze kontroli* - WS:7, T:67).

Opisywane wcześniej trudne relacje w rodzinie K. miały swoje odzwierciedlenie w wynikach skali Pd₁ (*konflikty w rodzinie*) i poczuciu braku wsparcia emocjonalnego, zrozumienia czy zapewnienia bezpieczeństwa (WS:7, T:69), czy skali FAM (*problemy rodzinne*), tj. konfliktach w rodzinie, wrogości jej członków, niezaspokojeniu potrzeb (WS:17, T:66).

W skali PK (*zespół stresu pourazowego*) wskazującej na silny dystres emocjonalny, lęk, zaburzenia snu, nawracające przykre myśli, poczucie niezrozumienia K. uzyskała wysoki

wynik (*WS:43, T:79*). Pacjentka wielokrotnie zgłaszała skargi somatyczne, które nie miały swego pokrycia w diagnozach lekarskich. Była nimi bardzo zaabsorbowana i nie brała pod uwagę aspektu psychicznego. W skali RC7 (*dysfunkcjonalne negatywne emocje*) uzyskała wynik wysoki (*WS:22, T:74*). Skala ANX (*uogólniony niepokój - WS:21, T:75*) z kolei sugerowała ogólne poddenerwowanie K., jej obawy, problemy z koncentracją, możliwość objawów obsesyjno-kompulsywnych, przygnębienie, zły nastrój, co w konsekwencji może spełniać kryteria zaburzeń lękowych. Skala niepokoju (*A - WS:37, T:71*) natomiast może wskazywać na słabe przystosowanie psychologiczne i pesymizm.

Obecność cech osobowości antyspołecznej/borderline

Ze zgromadzonej dokumentacji medycznej i z relacji samej K. wynikało, że pacjentka nigdy nie była poddana badaniom na obecność zaburzeń osobowości.

Wśród najbardziej diagnostycznie użytecznych skal MMPI-2 do przypuszczania pewnych objawów osobowości antyspołecznej zauważyć można wysokie wyniki w odchyleniach psychopatycznych (*Pd - WS:35, T:77*) oraz w *Pd₂* (*negatywny stosunek wobec autorytetów - WS:4, T:65*), tj. obecność zachowania antyspołecznego, problemów z prawem. Skala RC4 (*zachowania antyspołeczne - WS:14, T:75*) z kolei, wskazuje na skłonności do agresji wobec innych, gniewu, wrogiego nastawienia do otoczenia, kłamstw, oszustw, braku podporządkowania normom społecznym i prawnym, zachowania seksualne typu acting-out, czy konfliktowe relacje. Obecność wysokiego wyniku *ASP₂* (*zachowania antyspołeczne - WS:3, T:67*) jest istotna, ponieważ wskazuje na takie zachowania jak łamanie prawa, agresję czy skłonność do oszukiwania.

Kluczowa skala w MMPI-2 do objawów osobowości borderline to przywołane wcześniej elementy z obszaru depresji (*D i podskale*), odchyłeń psychopatycznych (*Pd i podskale*), schizofrenii (*podskale Sc*). Pewne elementy borderline będą zauważalne także w skali paranoi (*Pa - WS:21, T:69*) nadmiernej wrażliwości, wrogości wobec otoczenia, labilności emocjonalnej, kłótności, podejrzliwości. Obecność wysokich wyników uogólnionego niepokoju (*ANX- WS:21, T:75*), negatywnej emocjonalności (*NEGE-WS:26, T:66*) wskazuje na skłonność do przeżywania negatywnych uczuć, uporczywe skupianie uwagi na wadach i problemach. Z drugiej strony wysoka nota w INTR (introwersja – *WS:26, T:74*) daje przypuszczenia o małej zdolności do przeżywania pozytywnych emocji, nawiązywania akceptowanych więzi.

Wyniki narzędzi diagnostycznych

K. została przebadana 3 narzędziami diagnostycznymi w Poradni Leczenia Uzależnień w listopadzie, grudniu 2026 r. i styczniu 2026 r., tj. kolejno w listopadzie 2025 r.

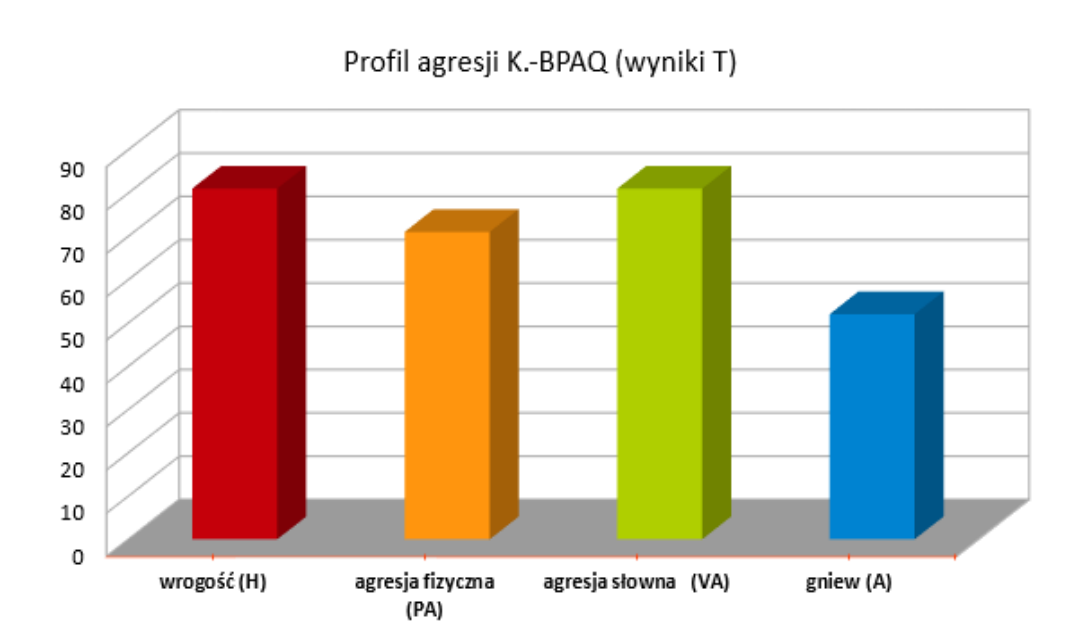


Kwestionariuszem Agresji Bussa-Perry Bussa-Perry (BPAQ), w grudniu 2025 r. Kwestionariuszem Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P oraz ankietą autorską w styczniu 2026 r.

- *Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry (BPAQ)*

Wyniki poszczególnych komponentów znajdujących się w kwestionariuszu Agresji Bussa-Perry Bussa-Perry (BPAQ) przedstawia poniższy wykres.

Wykres 3 Profil agresji K.



Źródło: opracowanie własne

Gniew (A) uplasował się na poziomie wyniku przeciętnego (w granicach normy, lekko podwyższonego) o wyniku surowym 21 w przeliczeniu na 52 ten. Ten wynik potwierdzać może brak typowych objawów agresji jako stylu funkcjonowania oraz obecność reakcji agresywnych jedynie w sytuacjach frustracji czy silnego stresu.

Agresja fizyczna (PA) osiągnęła w przypadku K. notę bardzo wysoką i był to wynik surowy 23, tj. 71 ten. Taki stan rzeczy oznaczać może bardzo niski próg tolerancji na frustrację, znaczne podwyższenie impulsywności w skrajnych emocjach, a także tendencje do konfrontacji. Należy zauważyć, że wynik ten może dotyczyć ryzyka eskalowania konfliktu, niekoniecznie gotowości do działań o charakterze przemocy fizycznej.

Trzecim w kolejności wyników był komponent H (wrogość) z notą 81 tena, przy wyniku surowym 28. Jest to przedział bardzo wysokiego poziomu wrogości o charakterze



poznawczym, który objawiać się może interpretowaniem intencji innych jako zagrożenia czy krzywdy, poczuciem niesprawiedliwości, kumulowaniem urazy. Wrogość w tym wypadku może prowadzić do uruchomienia zachowań agresywnych.

Na tym samym poziomie tenowym, tj. 81, ale z wynikiem surowym 18 pojawiła się agresja słowna (VA) i charakterystyczne dla niej zachowania, jak podniesiony ton wypowiedzi, ostre, raniące psychicznie słowa, przesadny sarkazm, ironia i krytycyzm. Taka ekspresja złości wskazuje na dominujący sposób redukcji napięcia i pojawianie się najczęściej w relacjach interpersonalnych. Może wiązać się z nadmierną wrażliwością i złością w bliskich relacjach, a fizyczna impulsywność może mieć charakter incydentalny.

Uzyskane przez K. powyższe wyniki BPAQ podkreślają istnienie trudności w regulowaniu emocji i profilu reaktywnej agresji interpersonalnej. Można przypuszczać także obecność przewlekłego stresu czy doświadczenia krzywdy w bliskich relacjach. Wzorzec relacyjny oparty może być na układzie reaktywność-uraza-agresja słowna. Charakterystyka objawów najbardziej pasuje do cech osobowości borderline, szczególnie włącznie ze współwystępowaniem lęku przed odrzuceniem i chwiejnością w relacjach.

- Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P

W badaniu Kwestionariuszem Skróconej Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P K. uzyskała dwa wyniki w przedziale not wysokich, dwa w przedziale wartości niskich oraz jeden na poziomie umiarkowanym. Najwyższą notę osiągnęła skala „poszukiwania doznań PD” - 15 pkt. Wynik ten wskazuje na silną potrzebę stymulacji w życiu K., dostarczania nowych doświadczeń i ciągłej zmiany rzeczywistości. W związku z takim aspektem funkcjonowania pacjentki może się ona nudzić wszelkimi okolicznościami, które nie przynoszą zmian, zróżnicowania.

Drugi z kolei wynik z przedziału wysokich, tj. „popędliwość (porywczość) pozytywna PP” wiąże się z notą na poziomie 14 pkt. i dotyczy podwyższonej skłonności do działania pod wpływem emocji w sytuacjach pozytywnych wydarzeń. Uczucie radości, euforii (nawet subiektywnej) może powodować działania pochopne, nieprzemyślane, bez należytej kontroli. W przypadku zaś skali „popędliwość (porywczość) negatywna NP” sytuacja wydaje się odmienna. Wynik w tym obszarze to 11 pkt. i należy do grupy not umiarkowanych, co oznacza, że w przypadku sytuacji o wydźwięku negatywnym (stres, strach, frustracja) K. może mieć tendencję do umiarkowanego reagowania. Może więc zachowywać pewną zdolność do kontroli swoich emocji. Taki stan rzeczy może dotyczyć napięcia wywołanego przez daną sytuację, np. w obliczu trudnych doświadczeń życiowych pacjenta mogła znacząco się adaptować do zagrożenia w sposób kontrolowany. Wspomniany wyżej wynik wysoki



emocjonalnego reagowania w sytuacjach pozytywnych może z drugiej strony mieć związek z naturalnymi reakcjami (nie wyuczonymi, spontanicznymi) K., tj. nie związanymi z mechanizmami obronnymi.

Dwie najniższe noty z badania SUPPS-P pacjentki związane są ze skalami: „brak premedytacji (przezorność) P” i „brak wytrwałości W”. Obie skale uzyskały jednakowe niskie wyniki 5 pkt. Pierwsza z nich sugeruje, że K. zachowaniem swoim potwierdza wysoki poziom premedytacji (przezorności) w życiu. K. najprawdopodobniej posiada analityczny sposób myślenia, decyzje podejmuje w oparciu o konfrontowanie sytuacji i przewidywanie dalszych konsekwencji działania. Może to więc świadczyć o wysokim poziomie kontroli impulsywności poznawczej. Trudno jednak ocenić czy w przypadku K. - osoby z problemami życiowymi, uzależnionej jest to na pewno cecha korzystna, np. jeśli jest związana z chłodną kalkulacją i traktowaniem otoczenia jako zagrażającego. Wynik skali „braku wytrwałości W” analogicznie wskazuje na wysoką zdolność pacjentki dążenia do celu, a co za tym idzie posiadania takich cech jak cierpliwość, samodyscyplina czy odporność na sytuacje stresowe. W tym wypadku znowu należy zastanowić się czy ten wynik, mimo że diagnostycznie pożądanym, w odniesieniu do konkretnej grupy osób (z trudnościami życiowymi, itp.) i czy na pewno jest jednoznacznie wartością pozytywną. K. może przecież, co zresztą potwierdza jej historia życiowa, nadmiernie trwać przy swoim stanowisku, posiadać styl zachowania, który jest nieadekwatny do sytuacji. Sam aspekt może w końcu być nieadaptacyjnym sposobem radzenia sobie z problemami (np. chęć zdobycia substancji „za wszelką cenę”), powodującym konflikty w relacjach.

Uzyskany w badaniu SUPPS-P profil impulsywności K. zdecydowanie wskazywać może na obecność potrzeby silnej stymulacji bodźcami w życiu. K. jawi się jako osoba silnie emocjonalnie reagująca na pozytywne sytuacje, niekiedy nieadekwatnie do okoliczności. Wyniki SUPPS-P nadto mogą sugerować dobry poziom samoregulacji w sferze poznawczej (przezorność) i wysokie umiejętności w działaniach skierowanych na dążenie do celu, przy zastrzeżeniu podanych wyżej wątpliwości. Impulsywność badanej może mieć specyfikę selektywną.

- *Ankieta autorska „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”*

K. udzieliła wypełniła ankietę udzielając odpowiedzi na wszystkie pytania w ankiecie. Poniżej zaprezentowane zostały twierdzenia wraz z odpowiedziami i punktacją, pogrupowane według postawionych w rozdziale „Metodologia badań własnych”, pytań badawczych, skróconych do tytułu obszaru badawczego.



Obszar badawczy: Ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji

Twierdzenia (cechy osobowości, regulacja emocji, impulsywność):

- Często wpadam w złość.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Moje negatywne emocje pojawiają się w sytuacjach stresowych
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Często wpadam w złość z błahych powodów.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Trudno mi zapanować nad gniewem.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Tłumię w sobie silny gniew.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Wyładowuję swój gniew na innych osobach.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- W chwili złości krzyczę lub reaguję agresywnie.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Wchodzę w gwałtowne kłótnie, gdy odczuwam silne oburzenie.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Niszczę rzeczy, gdy nie mogę opanować gniewu.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- Potrafię kontrolować swoje emocje w sytuacjach złości. (*pytanie odwrócone*)
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Znam i stosuję techniki redukcji stresu
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie

Pacjentka uzyskała w kategorii „Ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji” ogólny wynik surowy 43 pkt., w przeliczeniu na wynik uśredniony jest to 3.90, czyli wartość z przedziału wysokich. Biorąc pod uwagę powyższe wyniki K. można przypuszczać, że trudności w regulacji emocji u pacjentki są wyraźnie nasilone, pojawia się skłonność do zachowań niezgodnych z prawem. Agresja może być impulsywna, przy czym ma charakter głównie werbalny. Na dwa z twierdzeń w tym obszarze badania, tj. „Tłumię w sobie silny gniew.” i „Potrafię kontrolować swoje emocje w sytuacjach złości.” K. zaznaczyła odpowiedź nie wiem, co może sugerować mały wgląd w swoje emocje, brak identyfikacji zachowań ale też być związane z niezrozumieniem pytania. Z kolei na twierdzenie „Znam i stosuję techniki redukcji stresu” pacjentka odpowiedziała –zdecydowanie nie. Idąc dalej tym tokiem myślenia

można stwierdzić, że tak konkretnie zadane pytanie spowodowało konkretną i zdecydowaną odpowiedź. Obniżona zdolność do przewidywania konsekwencji własnych działań może być powodem problemów pacjentki z przestrzeganiem norm prawnych.

Wyliczenia: 43:11=3.90

43-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Zachowania antyspołeczne i przestępcze

Twierdzenia (zachowania ryzykowne, dezadaptacyjne, łamanie norm):

- Popeliłem przestępstwo pod wpływem narkotyków.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Pod wpływem narkotyków prowadziłem samochód.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Byłem karany sądownie z powodu działań związanych z narkotykami.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Byłbym w stanie złamać prawo, aby zdobyć narkotyk.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Uważam, że można być osobą uzależnioną i nie łamać prawa. (*pytanie odwrócone*)
Odpowiedź: 4 – Raczej nie

Ilość uzyskanych punktów w tej kategorii to wynik surowy 20, co w przeliczeniu na wartość uśrednioną daje 4.00. Jest to wynik wysoki, który wskazuje na to, że K. ma problemy z przestrzeganiem prawa i są to aspekty związane z jej uzależnieniem. K. przyznaje się do bycia karaną sądownie właśnie z powodu nałogu narkotykowego (opioidy). Zachowania te w sposób istotny mogą zakłócać funkcjonowanie społeczne pacjentki, zakłócają relacje interpersonalne, funkcjonowanie społeczne oraz mogą utrudniać proces leczenia uzależnienia. Istotne w tym obszarze jest również przekonanie K. o tym, że istnienie uzależnienia powoduje łamanie prawa przez człowieka. K. na twierdzenie „Uważam, że można być osobą uzależnioną i nie łamać prawa.” odpowiedziała „raczej nie”, co można interpretować w dwojaki sposób. Z jednej strony takie przekonanie to możliwość świadomości nieposiadania kontroli nad własnym postępowaniem, przyznanie się do braku sprawczości. Z drugiej zaś strony może to być także próba usprawiedliwienia swoich czynów.

Wyliczenia: 20:5=4.00

20-wartość punktacji

5-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Głód narkotykowy a agresja i zachowania antyspołeczne.



Twierdzenia (emocje, agresja, impulsywność pod wpływem głodu narkotykowego):

- W chwili głodu narkotykowego odczuwam silny gniew lub złość.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Podczas głodu narkotykowego odczuwam silny niepokój.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- W czasie głodu narkotykowego jestem rozdrażniony i nerwowy.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Głód narkotykowy powoduje u mnie agresywne zachowania.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- W chwili głodu narkotykowego rozładowuję negatywne emocje przez krzyk, niszczenie przedmiotów lub agresję wobec ludzi.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest dla mnie uzasadnione.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Byłbym w stanie ukraść pieniądze, aby kupić narkotyki.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Poświęciłbym ostatnie pieniądze na zakup narkotyków.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Głód narkotykowy wpływa negatywnie na moje relacje z innymi.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Pod wpływem głodu narkotykowego moje zachowanie staje się bardziej impulsywne.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

Wynik surowy w tym obszarze badawczym osiągnął wartość 50 pkt., co w przeliczeniu na uśredniony dał notę 4.54 zaliczaną do przedziału wyników bardzo wysokich. Z dużym prawdopodobieństwem więc można określić, że głód narkotykowy (opiodowy) w przypadku pacjentki powoduje narastanie negatywnych, silnych emocji, a w konsekwencji zachowania agresywne, impulsywne i przestępcze. Tak więc, można zakładać, że w stanach nasilonego głodu opiodowego dochodzi do częstych trudności w kontrolowaniu reakcji agresywnych, a to znowu prowadzić może do nawet regularnego łamania norm prawnych i społecznych, ryzyka konfliktów interpersonalnych.

Wyliczenia: $50:11=4.54$

50-wartość punktacji



*11-ilość twierdzeń w kategorii*Obszar badawczy: Środowisko zewnętrzne a agresja i zachowania antyspołeczne*Twierdzenia (normy środowiskowe, presja społeczna):*

- Przebywam w środowisku, w którym zachowania agresywne lub przestępcze są akceptowane.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Środowisko często skłania mnie do łamania prawa.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Należałem/am do grup, w których używanie narkotyków było normą.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

Wynik surowy to w tym obszarze wartość 15, uśredniony 5.00, czyli nota z przedziału bardzo wysokich. Pacjentka zdecydowanie odpowiedziała, że przebywa w środowisku, w którym akceptowane jest łamanie prawa oraz że grupy społeczne, do których należała skupiały osoby, dla których „używanie narkotyków było normą”. Jednocześnie oceniła, że pod wpływem grupy społecznej, w której egzystuje dochodzi do łamania przez nią przepisów prawa. Analizując te odpowiedzi można założyć, że otoczenie K. to destrukcyjny wzorzec, stanowiący silny czynnik, który sprzyja wzrostowi agresywnych i antyspołecznych zachowań. W tym miejscu znowu można się zastanowić nad tym, czy K. traktuje swoje środowisko społeczne jako przestrzeń, w której ona sama nie ma wpływu na rzeczywistość, jest zdominowana przez destrukcyjne osoby i namawiana, może nawet zmuszana do określonych czynności, czy jest to jedynie usprawiedliwienie swoich zachowań, niechęć do refleksji i wyuczony styl działania.

Wyliczenia: 15:3=5

*15-wartość punktacji**3-ilość twierdzeń w kategorii*Obszar badawczy: Rodzina pochodzenia a agresja i zachowania antyspołeczne*Twierdzenia (trauma, przemoc, zaniedbanie):*

- W domu rodzinnym dochodziło do przemocy fizycznej lub psychicznej.

Odpowiedź: 3 – Nie wiem

- Doświadczyłem/am zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie.

Odpowiedź: 4 – Raczej tak

- Konflikty rodzinne wpłynęły na moje zachowania agresywne.

Odpowiedź: 4 – Raczej tak

Ostatni w przypadku K. obszar badania, tj. wpływ rodziny pochodzenia na zachowania

agresywne i antyspołeczne uzyskał wynik surowy 11 pkt., a uśredniony 3.67. Nota zalicza się do wyników wysokich. Rodzina pochodzenia może więc być istotnym czynnikiem ryzyka dla pojawiania się i nasilenia zachowań antyspołecznych i agresywnych. Trudne doświadczenia z dzieciństwa K. w tym konfliktowa atmosfera i zaniedbanie emocjonalne mogły mieć wyraźny wpływ na styl funkcjonowania K. w dorosłym życiu. Dość ciekawe jest twierdzenie pacjentki „nie wiem” w odpowiedzi na kwestię czy w domu rodzinnym dochodziło do aktów przemocy. Można zastanawiać się nad tym, czy K. nie potrafi zidentyfikować tych przejawów, na przykład dlatego, że w pewnym momencie stały się tak powszechne, że jej mechanizmy obronne zaczęły te sytuacje normalizować? Czy doszło do dysocjacji i pacjentka nie pamięta tych zdarzeń?

Wyliczenia: $11:3=3.67$

11-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Podsumowanie opisu przypadku K.

Analiza wyników K. uzyskanych w badaniach kwestionariuszami psychologicznym daje przypuszczenie obecności zaburzeń w obszarach emocjonalnym, poznawczym u behawioralnym. Profil pacjentki może charakteryzować się więc nasilonymi trudnościami w regulacji emocji. Profil psychologiczny może również wskazywać na deficyty w organizacji struktury osobowości, rozproszony obraz siebie czy słabe granice wewnętrzne, ograniczeniami w samokontroli. Zachowanie K. może być obciążone istotnym poziomem napięcia psychicznego (cierpienia), objawiającego się wysokim poziomem agresji zarówno fizycznej jak i werbalnej, konfliktami społecznymi.

Na wysoki poziom agresji fizycznej i słownej wskazują także wyniki Kwestionariusza Agresji BPAQ, przy równie wysokim nasileniu wrogości. Wynik wrogości może wskazywać na postrzeganie otoczenia jako zagrażającego, a pacjentkę jako jednostkę podejrzliwą. Kwestionariusz ten sugeruje także przeciętny poziom gniewu. Taki układ wyników może z kolei podkreślać, że agresja jest zarówno reakcją na emocje, ale też może mieć charakter instrumentalny, skierowany na konkretny cel.

W pacjentki ponadto mogą występować objawy depresyjne i lękowe, obszarze funkcjonowania emocjonalnego dominują objawy depresyjne i lękowe. Pacjentka w procesie terapeutycznym rzeczywiście często objawiała tendencję do ruminacji, wysoki poziom negatywnej emocjonalności. Wyniki w obszarze zespołu stresu pourazowego mogły także jej zachowanie w trakcie sesji, tj. nadmierną czujność, drażliwość. Możliwe deficyty w zakresie kontroli ego mogą powodować trudności w koncentracji uwagi, zniekształcenia w

interpretacji rzeczywistości oraz nierealistyczną ocenę sytuacji. Napięcie emocjonalne może u K. powodować dolegliwości fizyczne, somatyzacje.

Wyniki SUPPS-P podkreślają złożoność profilu impulsywności, możliwość ryzyka wystąpienia zachowań antyspołecznych. Ryzyko takich zachowań może wzrastać w sytuacji pobudzania emocjonalnego, frustracji.

Ankieta własna natomiast uwydatniła wysoki poziom ogólny agresji i znaczące trudności w regulowaniu emocji. Istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia zachowań agresywnych i antyspołecznych przypuszczalnie może być głód narkotykowy, warunki środowiskowe, ale też doświadczenia wyniesione z rodziny pochodzenia.

5.1.4 Studium przypadku uczestnika G., lat 35

Wprowadzenie do przypadku

G. (mężczyzna, lat 35), kawaler, bezdzietny, wykształcenie średnie techniczne, pracujący w branży budowlanej jako elektryk. G nigdy nie był karany sędownie, nie miał problemów z prawem. W momencie badania pacjent był uczestnikiem terapii leczenia uzależnień w systemie ambulatoryjnym od 10 miesięcy. U pacjenta zdiagnozowano uzależnienie od opioidów (heroina), nie deklarował myśli czy prób samobójczych. Problem z nałogami występował od około 17 roku życia, z tym, że na początku był to głównie alkohol, a dopiero na studiach pojawił się narkotyki, w tym opioidy. Na terapię zgłosił się dobrowolnie, była to jego pierwsza próba leczenia.

Tło osobiste i rodzinne

Pacjent był jedynym dzieckiem swoich rodziców, mieszkał z rodzicami. Wychowywał się w rodzinie pełnej. Ojciec był 15 lat starszy od matki i było to jego drugie małżeństwo. Matka G. miała 20 lata, kiedy poznała przyszłego męża, po kilku miesiącach zaszła w ciążę. Przez kilka lat mieszkali u rodziców ojca pacjenta, a następnie po ich śmierci dom stał się własnością ojca G., w którym obecnie mieszkają (G. i jego rodzice). Rodzice według G. pobrali się z powodu ciąży. Ojciec pacjenta w wieku 55 lat przeszedł na rentę socjalną, z powodu choroby całkowitej niezdolności do pracy spowodowanej naruszeniem sprawności organizmu w związku z chorobą alkoholową, był częściowo sparaliżowany po przebyciu udaru. Matka nigdy nie pracowała w zawodzie wyuczonym, w momencie pozostawania G. w terapii pracowała jako opiekunka osób starszych w Holandii. Z dzieciństwa pacjent pamiętał ciągle kłótnie rodziców, brak pomocy ze strony dziadków macierzystych i alkoholizm dziadków ze strony ojca, ale szczegółów tych pozytywnych czy negatywnych wspomnień nie



potrafił odtworzyć w pamięci. Matkę pacjent określił jako zimną emocjonalnie i niekonsekwentną wobec negatywnego zachowania męża. Pacjent rozpoczął i skończył szkołę podstawową w przewidzianym wieku. W 7 i 8 klasie zaczął sprawiać problemy wychowawcze, głównie z powodu wagarowania, ale też eksperymentowania z alkoholem. Przez okres szkoły średniej (technikum) również miał problemy z edukacją, małą frekwencją, ale był dosyć zdolny i udawało mu się poprawiać oceny. Już wtedy miewał problemy z kontrolowaniem picia alkoholu, był pod negatywnym wpływem otoczenia, głównie kolegów z osiedla. Kiedy udało mu się zdać maturę i zakomunikował rodzicom, że chce podjąć studia na Politechnice ojciec, który właśnie był w ciągu alkoholowym, wyśmiał go. Miał stwierdzić, że „facet do roboty musi iść, a nie książki czytać”. Matka natomiast w ogóle nie skomentowała pomysłu syna. Już wtedy wydawała się żyć w swoim świecie. G. mimo braku wsparcia ze strony rodziny rozpoczął studia, ale nie był w stanie nawiązać bliższych relacji ze studentami, czas spędzał nadal w towarzystwie kolegów z osiedla, którzy często negowali jego plany i edukację. Podczas okresu studenckiego rzadko uczestniczył w spotkaniach ze studentami, czuł ich niechęć do siebie i odrzucenie. To właśnie alkohol i koledzy z dzieciństwa poprawiali mu nastrój i pozwalali na „bycie sobą”. Kolegów i koleżanki z uczelni postrzegał jako „rozpieszczone towarzystwo z bogatych rodzin”, a atmosferę izolacji postrzegał jako jedną z przyczyn zrezygnowania z edukacji.

Pacjent nie założył własnej rodziny, a jego związki ograniczały się do przelotnych romansów z kobietami. Kilka lat temu poznał kobietę, która pracowała w kiosku nieopodal domu G. Była osoba, którą G. określał jako najbliższą w jego życiu i tę, dla której chciał utrzymać abstynencję. G. opisywał ją jako kobietę, wobec której żywi niespełnione marzenia, by stała się jego życiową partnerką, ale podkreślał, że związek ten z jej strony był czysto przyjacielski i chociaż on wręcz marzył o przyszłości z nią, musiał pogodzić się z rzeczywistością. Żył też w poczuciu winy, że swoim zachowaniem zmarnował taką szansę. Miał także obawy, że gdyby powiedział o swoich nadziejach, bezpowrotnie straciłby możliwość relacji z kobietą.

Historia używania substancji psychoaktywnych

Pacjent odbył inicjację alkoholową w wieku około 15 lat, a narkotykową w wieku lat 20. Między 15 a 17 rokiem życia zdarzało mu się spożywać alkohol ze znajomymi z osiedla, ale były to rzadkie sytuacje ani on, ani jego koledzy nie mieli pieniędzy i możliwości zakupu trunki, pochodzili ze średniozamożnych rodzin lub wręcz ubogich i ich kieszonkowe nie starczało, jak określił pacjent „na takie imprezy”, poza tym w tamtych czasach większość czasu spędzali na uprawianiu sportu.



Okres szkoły średniej to nauka w technikum samochodowym i możliwość poznania wielu osób, głównie mężczyzn z różnych środowisk. Na początku G. zadowalał się towarzystwem z osiedla, które wtedy najczęściej już miało problemy z prawem, uchylało się od obowiązku szkolnego i regularnie spożywało 8 alkohol, często kradziony w sklepach. Pacjent utrzymywał relacje koleżeńskie zarówno ze starymi znajomymi, jak i kolegami z klasy, którzy też nie stronili od alkoholu. Wtedy to jak określił spożywanie alkoholu, stało się „normą i tradycją”. Spotkanie wiązały się z wielogodzinnym wspólnym spożywaniem alkoholu i to nie tylko piwa, ale i trunków wysokoprocentowych, które często pacjent pozyskiwał z domu. Kilkakrotnie zaniedbywał obowiązki szkolne, miał oceny niedostateczne na semestr, ale zawsze jak stwierdził „spadał na cztery łapy”. Z wielkimi problemami, ale udało mu się ukończyć technikum i nawet zdać maturę, nierzadko na egzaminy pisemne pojawiał się niewyspany, trzeźwiejący.

Studia wybrał samodzielnie, miał satysfakcję, ponieważ rodzice mieli zawodowe wykształcenie i oczekiwali, że po szkole zacznie pracować i zarabiać, wyprowadzi się z domu. Wtedy to jeden z kolegów dał mu spróbować „działkę” heroiny. Pacjent zaczął ją regularnie przyjmować, z trudem zaliczył pierwszy rok nauki, w drugim miał już tyle nieobecności na egzaminach, nie był w stanie nauczyć się coraz bardziej skomplikowanego materiału. Na zajęcia przychodził spóźniony, często szukał pretekstu, by wyjść i „przyćpać”. Nie był w stanie też myśleć o praktykach studenckich i ostatecznie został usunięty z uczelni.

Pierwsza praca G. to był mechanik w zakładzie samochodowym. Wytrzymał tam 6 miesięcy, większość zarobionych pieniędzy wydawał na narkotyki i alkohol, z rodzicami był skonfliktowany, nie dokładał się do rachunków. Matka zaczęła wyjeżdżać do pracy zagranicę, ojciec tkwił w ciągach alkoholowych, dla pacjenta był osobą obcą, której nienawidził.

W następnych latach podejmował dorywcze prace w branży budowlanej. Pieniądze przeznaczał na spotkania z kolegami z osiedla, w których często to on był sponsorem narkotyków i alkoholu. W tamtym czasie miał kilka tylko przygodne kontrakty seksualne z kobietami poznanymi na dyskotekach. Zdarzały się sytuacje, kiedy pił wraz z ojcem w domu, pod nieobecność matki. W 2017 r. pojawiła się możliwość odbycia służby w Wojskach Obrony Terytorialnej, pacjent na 3 miesiące znacznie ograniczył spożywanie narkotyków i alkoholu, rozpoczął szkolenie wojskowe, mimo kilku nagan spowodowanych naruszeniem obowiązków żołnierskich wytrzymał do przysięgi i otrzymał przydział do jednostki oraz podpisał kontrakt na kolejny rok. Jak stwierdził wszyscy w wojsku mieli problem z jakimś uzależnieniem, nawet jego dowódca, ale tylko on został usunięty z jednostki, po 3 miesiącach od podpisania kontraktu. Dowódca miał mu powiedzieć, że wie z czym wiąże się nałóg i dla



jego dobra usuwa go ze służby.

Przez ponad rok pacjent jest bezrobotny, na utrzymaniu rodziców. Wtedy to już były głównie tylko ciągi narkotykowe, przeplatane dorywczymi pracami na budowie. W 2021 r. matka G. zabiera go ze sobą zagranicę do Holandii, gdzie jej syn podejmuje pracę w sortowni cebulek kwiatowych. Praca jest sezonowa i trwa około 4 miesiące, pacjent ogranicza spożycie alkoholu, ale problem z heroiną i innymi substancjami narasta, tym bardziej z powodu prawie legalnego obrotu narkotykami w Holandii. Heroinę spożywa głównie w niedziele, kiedy nie pracuje, zdarza się mu przychodzić do pracy z objawami abstynencyjnymi, ale kierownikiem wtedy jest Polak, według pacjenta „równy gość” i daje mu kolejne szanse. Kiedy kierownikiem zostaje Holender, który już przy pierwszej „okazji” usuwa go z pracy. Matka pacjenta ostatecznie zapowiada mu, że nie będzie dalej go utrzymywać ani szukać kolejnej pracy i każde mu wracać do Polski. Wraca do Polski, większość pieniędzy zarobionych w Holandii wydaje na opioidy i alkohol dla siebie i kolegów. G. podejmuje pracę w firmie zajmującej się wykończaniem wnętrz. W ekipie budowlanej są osoby uzależnione od alkoholu, więc pacjent szybko zyskuje okazje do spożywania trunków. Oprócz picia w pracy codziennie przyjmuje heroinę w domu, a w weekendy spotyka się z kolegami z osiedla, jak stwierdził, którzy jeszcze żyją.

W tym czasie praktycznie już nie spożywa alkoholu, ale heroina staje się dla niego „powodem do wstania z łóżka”. Wtedy to też zaczyna się rozwijać znajomość z kobietą poznaną dwa lata temu, która pracuje w kiosku w pobliżu domu pacjenta. G. próbuje ograniczyć zażywanie narkotyku, jak twierdzi, dla „niej”, ale niestety nie udało mu się to. Wielokrotnie umawia się z kobietą na spotkanie i nie przychodzi, ponieważ zapomina lub nie jest w stanie się obudzić na czas. Podczas spotykania z jej znajomymi jest pod wpływem narkotyku, zaniedbany i brudny. Dostaje od partnerki kilka szans, ale nawet nie pamięta o co się z nią pokłócił. Jego życie koncentruje się wokół pracy, wydawania pieniędzy na heroinę, odsypiania i trzeźwienia. Kilka miesięcy później, jak zapamiętał pacjent, będąc pod wpływem, robi awanturę partnerce na ulicy i nazywa ją prostytutką. Partnerka zrywa z nim znajomość. Pacjent przez dwa tygodnie nie chodzi do pracy, praktycznie nie trzeźwieje, śpi po 12 godzin. 14 lutego w Walentynki (dokładna data zapamiętana przez pacjenta) G. przyjmuje ostatnią dawkę heroiny i trzeźwieje z postanowieniem zmiany swojego życia, odzyskania partnerki. Dwa kolejne tygodnie bierze zwolnienie w pracy i walczy z objawami odstawiennymi. Na początku marca pojawia się na pierwszej wizycie w Poradni.

Charakterystyka osobowości pacjenta

W 6 miesiącu trwania terapii za zgodą G. psycholog kliniczny wykonał badanie za



pomocą kwestionariusza MMPI-2 informując o charakterystyce kwestionariusza. Autorka niniejszej pracy poddała analizie wyniki tych badań na potrzeby przyszłego opracowania badawczego.

G. od początku trwania sesji terapeutycznych prezentował postawę osoby raczej spokojnej, wycofanej, zrezygnowanej, wydawało się też, że niemającej zbyt wielkich oczekiwań od losu. Swoją motywację do podjęcia terapii argumentował chęcią utrzymania relacji z poznaną wcześniej kobietą. Związek ten określał jako przyjacielski, ale zaznaczał, że on jako mężczyzna oczekiwałby większego zaangażowania stron. G. wielokrotnie przychodził na terapię skarżąc się na zdrowie psychiczne, brak energii, ale też niepokój i bardzo niską samoocenę. W skali depresji (D) uzyskał wynik wysoki (*WS:32, T:69*), tak jak i w skali D₁ (*subiektywne poczucie depresji - W:19, T:68*). Pacjent często relacjonował braku sił do walki ze swoimi problemami, ale też zdecydowane poczucia własnej niższości. Ten stan rzeczy często powodował niepokój G. w sytuacjach towarzyskich, szczególnie z kobietami. W innych wynikach MMPI-2 również widoczne są elementy nastroju depresyjnego. I tak wyniki wysokie G. uzyskał w skali DEP₂ (*dysforia - WS:5, T:70*), a w DEP₃ (*autodeprecjacja - WS:5, T:65*). Inne wyniki kwestionariusza, tj. skale LSE₁ (*brak wiary w siebie - WS:8, T:67*), LSE₂ (*uległość - WS:5, T:70*) również były wysokie.

Pacjent nie był w stanie często podać konkretnych powodów złego samopoczucia. W skali hysterii (*Hy*) osiągnął również wysoki wynik, tj. *W:34, T:73*. Jednocześnie w procesie często zauważalne było wyczerpanie czy poczucie winy pacjenta. W skali Pt (*psychastenii*) pojawił wysoki wynik, związany z możliwą depresją i umiarkowanym niepokojem (*WS:30, T:66*).

G. miał bardzo duże niezaspokojone potrzeby przynależności, bycia w związku, kontaktu emocjonalnego. Praktycznie na każdej sesji wspominał, że zbyt bardzo ufa innym i przez to jest przez nich wykorzystywany, że jest za dobry, ciągle pomaga, a sam takiej pomocy nie dostaje. Przedstawiał siebie jako ofiarę, całkowicie pozbawioną agresji. Wynik skali Pa₃ był także wysoki (*naiwność - WS:8, T:78*). Z drugiej strony w rozmowach na sesjach terapeutka zauważała napięcie emocjonalne, brak wyrażania swoich emocji, a jednocześnie G. często mówił w sposób negatywny o innych osobach. G. nadmiernie kontrolował własne emocje i rygorystycznie powstrzymywał się przed wyrażaniem negatywnych odczuć, co często doprowadzało go do zachowań prowokacyjnych, a nawet paradoksalnie agresji. W skali O-H został odnotowany wysoki wynik (*nadmierne kontrolowanie, wrogość - WS:17, T: 65*). G. był egocentryczny, co zresztą było zauważalne w jego związkach

partnerskich, które traktował przedmiotowo, dopuszczał się zdrady. Wysoki wynik skali odchylen psychopatycznych (*Pd* - *WS:28, T:64*), wskazywał na niedojrzałość i niekonwencjonalność, zaś wysoka nota skali paranoi (*Pa* – *WS:20, T:68*), na podejrzliwość, nadwrażliwość na opinie, ale też niestabilność emocjonalną, kłótniowość, wrogość wobec otoczenia.

W wynikach w skali RC2 (*niedostatek emocji pozytywnych* - *WS:11, T:70*) widoczny może być pesymizm, bierność w sytuacjach społecznych, czy właśnie brak zaangażowania emocjonalnego w pozytywnym aspekcie. Wysoki wynik skali INTR (*introwersja* – *WS:20, T:67*) to sugestia niskiej zdolności do przeżywania radości i nawiązywania pozytywnych więzi. Ponadto w skali WRK (*zakłócenia w pracy* – *WS:22, T:68*) wynik wskazywał na negatywny stosunek do otoczenia, brak motywacji i ambicji oraz wątplenie w swoje wybory zawodowe, co w konsekwencji mogło utrudniać pracę i relacje w niej. Pacjent miał także tendencję do zastępowania swoich negatywnych emocji ryzykownymi zachowaniami, w tym nałogami. W związku z powyższym w procesie terapeutycznym były stosowane ćwiczenia na odblokowanie emocji, radzenie sobie z ich nadmiernym nagromadzeniem i alternatywne sposoby zastępowania agresji.

Obecność cech osobowości antyspołecznej/borderline

Pacjent zaprzeczył, by był kiedykolwiek zdiagnozowany pod kątem zaburzeń osobowości. W toku procesu terapeutycznego terapeutka nie zauważyła istotnych symptomów zaburzeń osobowości mogących wskazywać na cechy antyspołeczne czy borderline, analiza wyników kwestionariusza MMPI-2 nie potwierdziła również tego aspektu.

Wyniki narzędzi diagnostycznych

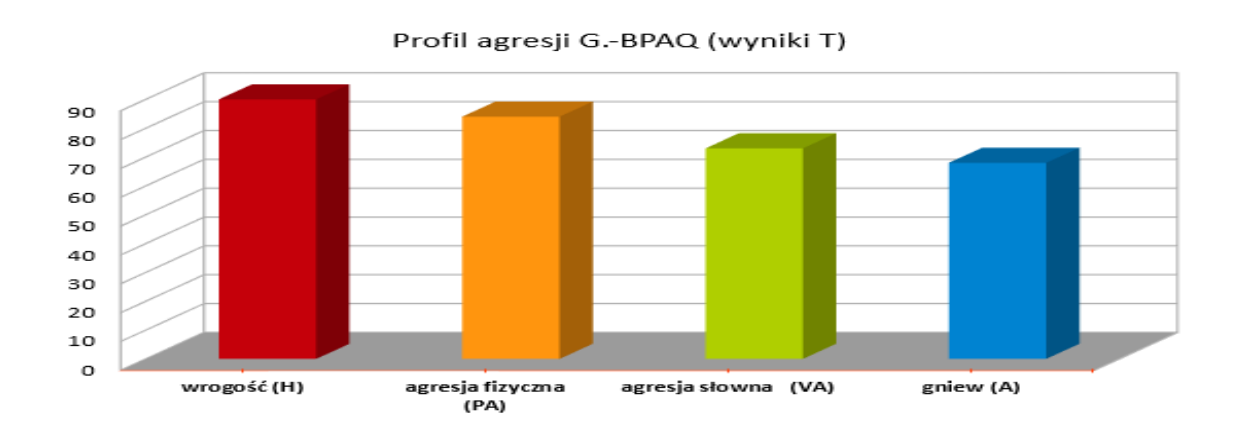
Pacjent G. został przebadany 3 narzędziami diagnostycznymi w Poradni Leczenia Uzależnień w listopadzie i grudniu 2025 r. oraz w styczniu 2026 r., tj. kolejno w listopadzie 2025 r. Kwestionariuszem Agresji Bussa-Perry Bussa–Perry (BPAQ), w grudniu 2025 r. Kwestionariuszem Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P oraz w styczniu 2026 r. ankietą autorską.

- Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry (BPAQ)

Wyniki poszczególnych elementów poziomu agresji ogólnej wg BPAQ obrazuje poniższy wykres.

Wykres 4 Profil agresji G.





Źródło: opracowanie własne

Najwyższy wynik w przedmiotowym badaniu przypadł na czynnik wrogość (H). G. uzyskał w tym miejscu wynik surowy 31 i odpowiadającą mu bardzo wysoką notę 90. Tak wysoki wynik zdaje się być bardzo poważnym i raczej stałym tłem do zachowań agresywnych oraz wymiarem poznawczym agresji. W interpretacji należy podkreślić, że G. najprawdopodobniej kierował się przekonaniem o niesprawiedliwym, wrogim świecie wobec niego samego. Wysoka nota w tym obszarze może również wskazywać, że G. ma tendencje do chowania urazy, ale też reagowania chęcią zemsty za otrzymane krzywdy, jak również nieadekwatnym rozumieniem sytuacji neutralnych jako prowokujące.

Gniew (A) uplasował się na poziomie wysokim, z wynikiem surowym 23, odpowiadającym 68 tenowi. Taki wynik może wskazywać, że G. posiada skłonność do agresywnego reagowania i to zarówno fizycznego, jak i werbalnego, w momentach napięcia psychicznego i frustracji. Pojawienie się agresji w intensywnych stanach emocjonalnych może pełnić rolę regulatora nagromadzonego napięcia psychicznego. Jest to oczywiście niepożądany typ reakcji, który jako adaptacja do radzenia sobie ze stresem jedynie na pewien, krótki czas przyniesie ulgę, ale jednocześnie spowoduje utrwalenie mechanizmu reagowania w ten właśnie sposób. W tym miejscu warto także snuć podejrzenia, że agresja u G. mogła mieć wymiar ochrony siebie przed samym sobą, tj. przed pojawiającymi się trudnymi emocjami (wstyd, lęk). Silny dysonans powstający w obliczu obrazu siebie i spotykających G. porażek czy zagrożeń mógł być redukowany poprzez zachowania agresywne i pozwalać na subiektywne odczuwanie kontroli. Jeżeli agresja w zachowaniu G. miała wymiar zasadniczo regulacyjny, to niekoniecznie można mówić w tym przypadku o tendencji do wybuchów agresji, a raczej o wewnętrznej gotowości do takich reakcji.

O ile w wymiarze ogólnym wynik mógł właśnie sugerować gotowość do zachowań agresywnych, to już w skali agresji fizycznej (Pa) interpretacja może być zgoła odmienna.

Pacjent w tej skali uzyskał notę bardzo wysoką – wynik surowy 31 i ten 84. Jak się wydaje ta gotowość do agresji w wymiarze fizycznym jest zdecydowana, poprzedzona silnymi impulsami do działania i bardzo dużą trudnością do hamowania reakcji. Można w tym miejscu mówić o realnym ryzyku użycia przemocy, ale też o istnieniu takich zdarzeń z udziałem pacjenta w przeszłości.

Ostatni z parametrów – agresja werbalna (VA) osiągnęła wynik surowy 18 i 73 ten. To oczywiście jest również przedział not bardzo wysokich. Agresja werbalna może poprzedzać reakcje fizyczne. W tym wypadku można przypuszczać, że w zachowaniu G. obecny był krzyk, cynizm, sarkastyczne uwagi dotyczące partnera, groźby czy jawne obrażanie drugiej osoby.

Biorąc pod uwagę powyższe wyniki kwestionariusza PBAQ należy przypuszczać, że badany to osoba o silnie nastawionej wrogości wobec otoczenia. Charakteryzować ją mogą podejrzliwość, poczucie niesprawiedliwości, ale też impulsywność i reaktywny charakter agresji. Taki obraz funkcjonowania w konsekwencji może powodować brak wglądu we własne zachowanie i związane z tym konflikty w relacjach, problemy prawne, czy nawet skłonność do stosowania przemocy.

- Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P

W badaniu Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P G. uzyskał następujące zróżnicowane wyniki, ale w przewadze umiarkowanych (3 skale). Tylko jedna nota dotyczyła wyniku wysokiego i jedna niskiego.

Najwyższa nota dotyczyła skali „brak premedytacji (przezorność) P”, w której pacjent uzyskał 13 pkt. Jest to przedział wyników wysokich, a to oznacza, że prawdopodobnie G. w swoim zachowaniu nie kieruje się przezornością. Pacjent przypuszczalnie nie przewiduje konsekwencji swoich działań, działa szybko, bez wyczucia sytuacji. Tak stan rzeczy może powodować napięcia w relacjach interpersonalnych, błędy w komunikacji międzyludzkiej, doprowadzać do konfliktów.

Skala „poszukiwania doznań PD” uzyskała drugi w kolejności wynik SUPPS-P, tj. wartość 11 pkt., sklasyfikowany na przedział not umiarkowanych, ale górną granicę tego przedziału. G. biorąc pod uwagę wynik umiarkowany może być postrzegany jako osoba mająca pewne skłonności do poszukiwania nowych wrażeń, ryzykownych zachowań. Z drugiej strony może to być jednak potrzeba o nasileniu przeciętnym nie wymagająca stałej stymulacji. Kluczowy element w tym przypadku to przeciętna umiejętność oceny ryzyka sytuacji, co może wskazywać na zachowanie równowagi między otwartością na nowe doświadczenia a zwykłą ostrożnością.

Trzeci w kolejności wyników to skala „brak wytrwałości W”, która również została sklasyfikowana na wynik umiarkowany (10 pkt.). Tu znowu można mówić o typowym przeciętnym wyniku, który dotyczy zdecydowanej równowagi między konsekwentnym dążeniem do celu, a jednak pewnym brakiem wytrwałości w działaniu. Jak się wydaje może być to poziom pewnej normy, ponieważ człowiek jest jednostką żyjącą, dynamiczną, podlegającą wpływom otoczenia, więc jego zachowanie będzie też się zmieniało w zależności od różnych aspektów zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych.

Ostatni z wyników umiarkowanych to skala „popędliwość (porywczosć) pozytywna PP” z notą 8 pkt. Przeciętny wynik te skali może wskazywać na przeciętną tendencję do impulsywnych reakcji w sytuacjach radości, entuzjazmu. Nieprzemyślane, pochopne decyzje w tym przypadku mogą być incydentalne, w większości jednak raczej może być zachowana kontrola emocji. Korzystnym aspektem w przypadku tego wyniku jest spontaniczność, kreatywność i poziom zaangażowania w działanie, które jest jednak wynikiem pozytywnych emocji.

Ostatnim z opisywanych wyników badania SUPPS-P pacjenta i jednocześnie notą o najniższej wartości jest „popędliwość (porywczosć) negatywna NP”, czyli tendencja do impulsywnego zachowania, ale tym razem w obliczu negatywnych emocji. Pacjent uzyskał wynik niski, tj. 6 pkt. Niska nota może sugerować, że G. w chwilach silnego napięcia emocjonalnego nie podejmuje bezmyślnych decyzji, nie reaguje pochopnie. Dyskomfort psychiczny w takich sytuacjach najprawdopodobniej nie powoduje negatywnych reakcji, które redukować będą stres. Z ostrożności jednak należy wspomnieć, że taki sposób bycia można również interpretować jako tendencja do nadmiernego hamowania reakcji, a w konsekwencji nierozładowywania nagromadzonych emocji o wydźwięku negatywnym, brakiem reakcji w sytuacjach, kiedy byłoby jednak to pożądane dla zdrowia psychicznego.

Podsumowując profil G. z badania SUPPS-P należy przypuszczać, że w tym przypadku dotyczy głównie sfery poznawczej i decyzyjnej niż emocjonalnej. G. może więc posiadać zdolność do regulowania swoich emocji - tych pozytywnych i negatywnych, a potrzeba poszukiwania nowych doznań jest przeciętna. Niemniej jednak z uwagi na dużą impulsywność w działaniu przy jednoczesnym pochopnym podejmowaniu decyzji, bez należytej rozwagi, analizy sytuacji, trzeba z ostrożnością traktować pacjenta nie przypisując mu jednoznacznie stabilności emocjonalnej. G. jednak pozostaje osobą uzależnioną, która reguluje poziom napięcia emocjonalnego w sposób nieadaptacyjny.

- *Ankieta autorska „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”*



Obszar badawczy: Ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji

Twierdzenia (cechy osobowości, regulacja emocji, impulsywność):

- Często wpadam w złość.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Moje negatywne emocje pojawiają się w sytuacjach stresowych
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Często wpadam w złość z błahych powodów.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Trudno mi zapanować nad gniewem.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Tłumię w sobie silny gniew.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Wyładowuję swój gniew na innych osobach.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- W chwili złości krzyczę lub reaguję agresywnie.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- Wchodzę w gwałtowne kłótnie, gdy odczuwam silne oburzenie.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- Niszczę rzeczy, gdy nie mogę opanować gniewu.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Potrafię kontrolować swoje emocje w sytuacjach złości. (*pytanie odwrócone*)
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie nie
- Znam i stosuję techniki redukcji stresu
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie

W obszarze ogólnego poziomu agresji i trudności w regulacji emocji G. uzyskał wynik 34 pkt., co w przeliczeniu na wynik uśredniony dało notę 3.09. Wartość ta zalicza się do wyników umiarkowanych. Wynik ten może oznaczać przeciętne trudności w regulacji emocji. Trudności te najczęściej mogą się przejawiać w drażliwości, impulsywności w sytuacjach stresowych. Napięcie emocjonalne ma najprawdopodobniej u G. charakter tłumiony. Pacjent zdaje sobie sprawę z gromadzenia negatywnych emocji i ma świadomość, że nie potrafi ich opanować, ale nie wyładowuje ich na innych osobach czy przedmiotach. Nie potrafi także zredukować stresu w inny sposób, więc go tłumi. („Potrafię kontrolować swoje emocje w sytuacjach złości.” - odpowiedź: „zdecydowanie nie”; „Tłumię w sobie silny gniew.” - odpowiedź: „zdecydowanie tak”). Odpowiedzi pacjenta w tym obszarze badawczym



wskazują, że reakcje pacjenta nie mają charakteru fizycznej agresji, ale też i nie pojawiają się przejawy werbalnej reakcji.

Wyliczenia: 34:11=3.09

34-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Zachowania antyspołeczne i przestępcze

Twierdzenia (zachowania ryzykowne, dezadaptacyjne, łamanie norm):

- Popełniłem przestępstwo pod wpływem narkotyków.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- Pod wpływem narkotyków prowadziłem samochód.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Byłem karany sędownie z powodu działań związanych z narkotykami.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- Byłbym w stanie złamać prawo, aby zdobyć narkotyk.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Uważam, że można być osobą uzależnioną i nie łamać prawa. *(pytanie odwrócone)*
Odpowiedź: 4 – Raczej nie

W kolejnym obszarze badania, tj. występowaniu zachowań agresywnych i o charakterze przestępczym G. uzyskał wynik wysoki, tj. 18 pkt. (uśredniony 3.60 – wynik wysoki). Ta nota sugeruje, że w przypadku G. agresywne reakcje i zachowania przestępcze mogą być wyraźnie nasilone, skłonność do naruszania norm może często występować. Taki stan rzeczy, więc jest w stanie zakłócać funkcjonowanie społeczne, być niebezpieczny dla życia i zdrowia pacjenta i osób, które spotyka w swoim życiu. Pacjent przyznał się, że prowadził samochód pod wpływem narkotyków, co zresztą wiadomo również z wywiadu i procesu terapeutycznego. Ta sytuacja nie była jednorazowa. Takie zdarzenia mają wymiar bardzo poważnych przestępstw, ponieważ sugerują z jednej strony świadomość czynu, a z drugiej nie przewidywania konsekwencji i nawet nie chodzi o zagrożenie karą, ale o sam fakt zagrożenia dla życia i zdrowia swojego i innych uczestników ruchu drogowego. Jeśli to tego dochodzi fakt, że G. najprawdopodobniej nigdy nie poniósł odpowiedzialności karnej za swoje czyny i nadal to robił, to można w tym wypadku mówić o skłonności do ryzyka i utrwalonym bardzo negatywnym i niebezpiecznym wzorcu zachowania.

Wyliczenia: 18:5=3.60

18-wartość punktacji

5-ilość twierdzeń w kategorii



Obszar badawczy: Głód narkotykowy a agresja i zachowania antyspołeczne.

Twierdzenia (emocje, agresja, impulsywność pod wpływem głodu narkotykowego):

- W chwili głodu narkotykowego odczuwam silny gniew lub złość.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Podczas głodu narkotykowego odczuwam silny niepokój.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- W czasie głodu narkotykowego jestem rozdrażniony i nerwowy.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Głód narkotykowy powoduje u mnie agresywne zachowania.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- W chwili głodu narkotykowego rozładowuję negatywne emocje przez krzyk, niszczenie przedmiotów lub agresję wobec ludzi.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest dla mnie uzasadnione.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Byłbym w stanie ukraść pieniądze, aby kupić narkotyki.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Poświęciłbym ostatnie pieniądze na zakup narkotyków.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Głód narkotykowy wpływa negatywnie na moje relacje z innymi.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Pod wpływem głodu narkotykowego moje zachowanie staje się bardziej impulsywne.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

W kolejnej części badania, tj. w obszarze powiązania głodu narkotykowego z występowaniem zachowań agresywnych i przestępczych G. uzyskał wynik 41 pkt., w przeliczeniu na uśredniony 3.73. Jest to nota z przedziału wartości wysokich, która może świadczyć o tym, że brak obecności narkotyku w organizmie G., będzie istotnie zwiększać ryzyko wystąpienia zachowań antyspołecznych u pacjenta. Reakcje na głód narkotykowy mogą być więc impulsywne, może wystąpić drażliwość i skłonność do łamania prawa, ale też naruszania norm społecznych. Jednocześnie jest duże prawdopodobieństwo, że pacjent może mieć utrudnioną zdolność do kontroli emocji i swoich zachowań. Można także przypuszczać, że objawy głodu narkotykowego u pacjenta są bardzo nasilone, przez co utrwaliło się w nim



przekonanie, że łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest uzasadnione”.

Wyliczenia: 41:11=3.73

41-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Środowisko zewnętrzne a agresja i zachowania antyspołeczne

Twierdzenia (normy środowiskowe, presja społeczna):

- Przebywam w środowisku, w którym zachowania agresywne lub przestępcze są akceptowane.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Środowisko często skłania mnie do łamania prawa.
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- Należałem/am do grup, w których używanie narkotyków było normą.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

Wartość punktowa 10 daje wynik uśredniony 3.33. Jest wynik z przedziału umiarkowanego nasilenia, w tym wypadku czynników zewnętrznych, na występowanie zachowań agresywnych i sprzecznych z normami społecznymi. W związku z tym należy interpretować, że przebywanie G., w określonych grupach społecznych, np. wśród osób uzależnionych, mających problemy z respektowaniem prawa, może wywierać negatywną presję na G. i prowadzić do określonych zachowań. Umiarkowany wynik jednak nie jest na tyle silny by być determinantem takich zachowań, mogą się więc one pojawiać w określonych sytuacjach lub w ogóle nie być obecne w funkcjonowaniu pacjenta.

Wyliczenia: 10:3=3.33

10-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Rodzina pochodzenia a agresja i zachowania antyspołeczne.

Twierdzenia (trauma, przemoc, zaniedbanie):

- W domu rodzinnym dochodziło do przemocy fizycznej lub psychicznej.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Doświadczyłem/am zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Konflikty rodzinne wpłynęły na moje zachowania agresywne.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak

Ostatni wynik w ramach ankiety własnej został obliczony dla obszaru wpływu traumatycznych doświadczeń z domu rodzinnego i ich powiązań z tendencją do negatywnych

zachowań pacjenta. G. uzyskał wynik bardzo wysoki – 14 pkt. (uśredniony 4.67). Wartość ta daje duże prawdopodobieństwo istnienia powiązań poziomu agresji pacjenta z trudną przeszłością w rodzinie pochodzenia. Na taki stan rzeczy mógł wpłynąć brak poczucia bezpieczeństwa lub dezorganizacja systemu rodzinnego czy destrukcyjne wzorce zachowania, np. rodziców.

Wyliczenia: $14:3=4.67$

14-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Podsumowanie opisu przypadku G.

Obraz funkcjonowania G. jest niejednorodny, obejmuje zarówno trudności emocjonalne, jak i problemy o podłożu impulsywno-agresywnym, ale także nieadaptacyjne wzorce zachowania.

Analiza wyników MMPI-2 może wskazywać na podwyższony poziom objawów depresyjnych u G., w tym subiektywnego poczucia depresji, dysforii czy niedoboru pozytywnych emocji. W wynikach pojawia się także aspekt obniżonej samooceny, brak wiary we własne możliwości czy postawa uległości. Na problemy adaptacyjne na gruncie społecznym i zawodowym mogą wskazywać cechy inwersji i zakłóceń w funkcjonowaniu. Wysoki poziom napięcia wewnętrznego natomiast mogą sugerować wyniki w skali hysterii i psychastenii oraz lęku, nadmiernej kontroli emocjonalnej. Przy tym pojawia się także aspekt wrogości u G. i sztywności w reagowaniu. Z kolei wysokie wyniki w skali paranoja i odchyłeń psychopatycznych mogą świadczyć o trudnościach w kontaktach społecznych, podejrzliwości wobec otoczenia, ale także o tendencji do zachowań antyspołecznych.

Wyniki Kwestionariusza agresji BPAQ wskazują, że profil G. ma rys agresywny, zarówno w obszarze agresji fizycznej jak i werbalnej. Profil ten może być ponadto o rysie wrogim, z wysokim poziomem gniewu. Taki stan rzeczy w konsekwencji może prowadzić do trudności w kontroli impulsów agresywnych i skłonności do manifestowania swojej złości w obliczu frustracji. Nagłe, nieprzemysłane decyzje u G. podkreśla także analiza wyników SUPPS-P oraz impulsywne reagowanie w stanach podwyższonego pobudzenia. Wyniki ankiety własnej natomiast obrazują profil G. jako skłonnego do podtrzymywania nieadaptacyjnych wzorców emocjonalnych i behawioralnych. Na taki obraz funkcjonowania pacjenta, według wyników ankiety własnej, może mieć istotny wpływ zarówno głód narkotykowy oraz doświadczenia rodzinne, a w mniejszym stopniu ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji.



5.1.5 Studium przypadku uczestniczki J., lat 30

Wprowadzenie do przypadku

J. (kobieta, lat 30) panną, 1 dziecko (córka 6 lat), wykształcenie podstawowe, bezrobotna, na utrzymaniu matki, nie była karana. W chwili badania była od 6 miesięcy pacjentką Poradni Leczeni Uzależnień. J. była osobą uzależnioną od opioidów (głównie heroina) od około 10 lat, nie leczyła się psychiatrycznie, bez myśli i prób samobójczych. Do terapii zobowiązana przez sąd nałożonym na nią obowiązkiem przy jednoczesnym ograniczeniu władzy rodzicielskiej nad małoletnią córką.

Tło osobiste i rodzinne

J. wychowywała się z w rodzinie rozbitej, praktycznie nie zna swojego ojca biologicznego, nie miała również zapewnionych odpowiednich warunków do rozwoju. Matka J. nie otaczała córki odpowiednim wsparciem emocjonalnym i narażała na niestabilność życiową, zmieniając partnerów. Matka J. była zbyt pochłonięta swoim życiem osobistym, że nie przekazywała córce odpowiednich wzorców czy postaw życiowych. J. szukała akceptacji w grupach rówieśniczych, miała kilku partnerów jeszcze przed uzyskaniem 18 roku życia, w sposób ryzykowny przyjmowała narkotyki. J. sprawiała problemy wychowawcze i szkolne. Matka J. kilkakrotnie nawiązywała krótkie relacje z mężczyznami, kiedy kilka lat temu ponownie wyszła za mąż. J. jeszcze przez pewien okres mieszkała z nią, nie miała najlepszych relacji z mężem matki. Swoistym krokiem, który również był poszukiwaniem akceptacji było związanie się J. z przyszłym ojcem swego dziecka. Kiedy J. zaszła w nieplanowaną ciążę wyprowadziła się do swojego chłopaka i jego rodziców. W ciągu krótkiego okresu J. miała złudne poczucie rodziny, której jak się wydaje nigdy w życiu nie miała. Niestety partner J. mimo, że kilka lat starszy również okazał się nieodpowiedzialnym mężczyzną, który dodatkowo stosował wobec nadzorowanej przemoc fizyczną i psychiczną. J. i jej partner byli uzależnieni od narkotyków i dochodziło do sytuacji, w których realnie nie byli w stanie opiekować się córką. Para nie pracowała, cały ciężar utrzymania ich i dziecka spadał na rodziców każdej ze stron. Ostatecznie to rodzice partnera J. zgłosili do sądu sprawę niewłaściwego zachowania J. wobec małoletniego dziecka, pomijając przy tym rolę swojego syna w sprawie. Decyzją sądu J. Ograniczono prawa rodzicielskie i oddano pod nadzór kuratora. J. i jej partner rozstali się. J. nie była w ogóle przygotowana do pełnienia roli matki, bo jak się wydaje sama była wówczas jeszcze osobą wymagającą opieki i nakierowania na właściwą ścieżkę życiową. W zasadzie cały ciężar wychowania córki spadł na matkę J. Małoletnia córka J. Wychowywała się więc, tak jak wcześniej jej matka, w rodzinie rozbitej, również jest narażona na niestabilność bytową, bez uregulowanej sytuacji finansowej. Ojciec



córki J. nie interesował się dzieckiem, nie łożył na jego utrzymanie. J i jej córka były utrzymywane przez matkę pacjentki i ówczesnego partnera matki.

Nawet po zastosowaniu wobec J. nadzoru kuratora sądowego pacjentka przejawiała zachowania destrukcyjne, nawiązywała kolejne relacje z mężczyznami, pozostawała w ciągach narkotykowych.

Historia używania substancji psychoaktywnych

Inicjację narkotykową J. przeszła w wieku lat 15 wśród znajomych ze szkoły podstawowej i osiedla, na imprezie zorganizowanej przez starszych kolegów. Wtedy po raz pierwszy też w stanie nietrzeźwości odbyła swój pierwszy stosunek seksualny. Niewiele pamiętała z tego momentu, była odurzona narkotykami. Nie była w stanie nawet przypomnieć sobie kto był jej pierwszym partnerem seksualnym. Nie poinformowała o tym matki ani żadnych służb, nie czuła się wykorzystana, była zawstydzona. W planowanym wieku rozpoczęła edukację w szkole średniej (liceum), wagarowała, kilkakrotnie była nieklasyfikowana. Chwilę przed uzyskaniem pełnoletności przerwała naukę. W wieku 18 lat związała się ze starszym o 10 lat mężczyzną, z którym mieszkała przez ją finansował, wtedy to też regularnie zaczęła przyjmować heroinę i morfinę, głównie dzięki partnerowi. Mężczyzna sam nie był uzależniony. Dzięki ingerencji matki J. związek rozpadł się, a J. wróciła do domu. Kiedy związała się z partnerem, z którym zaszła w ciążę uzależnienie od opioidów postępowało. W abstinencji była przez okres ciąży i około 6 miesięcy po urodzeniu córki, następnie wpadła w ciągi narkotykowe. Narkotyki zażywała z partnerem, który wtedy regularnie pracował w Holandii i miał dostęp do „towaru”. Partner stosował wobec J. przemoc fizyczną i psychiczną, jego rodzice zauważali jedynie uzależnienie J. i zaniechywanie wnuczki, mimo że ich syn również nie opiekował się córką. Rodzice partnera powiadomili sąd o zachowaniu J., związek się rozpadł, a J. wraz z dzieckiem wróciła do matki i jej obecnego partnera. Matka i jej partner pomagali J. w opiece nad córką i utrzymywali finansowo, monitorowali uczestnictwo J. w terapii odwykowej i jej zachowanie. Stosowali szereg ograniczeń i zakazów, wyręczali z obowiązków, szczególnie dotyczących opieki nad dzieckiem, byli przy tym apodyktyczni.

Charakterystyka osobowości pacjentki

Analiza wyników zgromadzonego w dokumentacji kwestionariusza MMPI-2 charakteryzuje profil osobowości J. Pacjentka jawi się przed wszystkim jako osoba introwertyczna, nieśmiała. Wysoki wynik w skali introwersji (*INTR - WS:21, T:66*) może wskazywać na niską zdolność do przeżywania pozytywnych emocji, nawiązywania satysfakcjonujących relacji, wręcz na obecność dystymii. J. stroniła od towarzystwa ludzi,



trzymała dystans w relacjach społecznych. W skali SOD₁ uzyskała wysoki wynik (*introwersja*, *WS:12*, *T:69*). Wysokie noty w skalach Si₁ (*nieśmiałość*- *WS:14*, *T:76*), Si₂ (*społeczne unikanie* -*WS:8*, *T:74*) i Si (*introwersji społecznej* - *WS:52*, *T:72*) podkreślają nasilenie uczucia onieśmienia w kontaktach społecznych, skrępowania i niepewności w takich relacjach. Jednocześnie może pojawić się niechęć do przebywania w większych grupach, podejmowania aktywnych w towarzystwie. Skala Si ponadto wskazuje na osobowość nadmiernie kontrolującą swoje emocje, bierną i uległą w relacjach międzyludzkich. Nieśmiałość, trudności w nawiązywaniu nowych kontaktów i ogólny dyskomfort społeczny uwidoczniają wysokie wyniki w skalach SOD₂ (*nieśmiałość* - *WS:7*, *T:79*) i SOD (*dyskomfort społeczny* - *WS:18*, *T:70*). Skala SOD ponadto może wskazywać, że na przewrażliwienie, emocjonalną niedostępność, nerwowość i przygnębienie, ograniczone zainteresowania.

Wśród wysokich wyników kwestionariusza MMPI-2 zgromadzonego w dokumentacji pacjentki znalazły się noty wskazujące na depresyjny profil. I tak, wyniki skali DEP (*depresja* - *WS:25*, *T:70*) i DEP₂ (*dysforia* - *WS:6*, *T:76*) wskazują na uczucie przygnębienia, nieszczęśliwości, smutku, ale też zmęczenia, pesymistyczny nastrój. Dodatkowo DEP charakteryzuje skłonności do myśli i prób samobójczych, z negatywny obraz własnej osoby, poczucie beznadziejności, winy, brak nastawienia na osiągnięcia życiowe, zbytne pochłonięcie myśleniem o własnym zdrowiu. Wysoki wynik skali DEP₃ (*autodeprecjacja* - *WS:6*, *T:71*) to z kolei postrzeganie własnej osoby bezużytecznej, bezbronnej. Obraz własnej osoby J. często postrzegała jako nierealistycznie negatywny. Inny wysoki wynik, tj. nota w skali Skala RCd (*zniechęcenie* - *WS:21*, *T:72*) może właśnie wskazywać na depresyjny obraz siebie, wraz z brakiem wiary we własne możliwości, niepewnością, przewidywaniem porażki. Wynik skali A (*niepokój* - *WS:34* *T:68*) ponownie podkreśla obawy, niepewność, pesymizm i ogólne słabe przystosowanie psychologiczne badanej.

Wśród wysokich not kwestionariusza MMPI-2 dotyczącego J. znalazły się także skale charakteryzujące emocje. Niedostatek pozytywnych emocji widoczny jest w wyniku skali RC₂ (*WS:12*, *T:69*). W tym wypadku jest to brak pozytywnego emocjonalnego zaangażowania, wycofanie z aktywności życiowych, w tym postawa bierności w relacjach społecznych, pesymizm, poczucie bezradności, możliwa anhedonia. Z kolei wynik RC₇ (*dysfunkcjonalne negatywne emocje* - *WS: 19* *T:66*) może sugerować istnienie zaburzeń lękowych. Pacjentka miała skłonności do rozpamiętywania i zamartwiania się, była wrażliwa na krytykę i przeświadczona o negatywnym odbiorze własnej osoby w społeczeństwie. Przeżywanie silnego lęku, poczucia winy i gromadzenie się natrętnych myśli



w tym obszarze może powodować ogólną negatywność emocjonalność u J. Wysoki wynik pojawił się także w skali NEGE (*negatywna emocjonalność* - *WS:25, T:65*), szczególnie w obszarze dużego nasilenia samokrytycyzmu, skupiania się na wadach, poczucia winy.

Na koniec rozważań o charakterystyce profilu osobowościowego pacjentki należy także wspomnieć o dwóch ważnych skalach, w których J. uzyskała również wyniki wysokie, tj. ANG₂ (*drażliwość* - *WS:7, T:75*) i OBS (*obsesyjność* - *WS:14 T:71*). Wynik skali ANG₂ wskazuje tendencje do narzekania, drażliwość, niecierpliwość, popadanie w irytację. Drugi z wyników, tj. OBS może wskazywać na obecność objawów obsesyjno-kompulsywnych, sztywność w funkcjonowaniu, niechęć do zmian, trudności w podejmowaniu decyzji, ale też zadrażnianie się błahymi kwestiami, poczucie przygnębienia, braku wiary we własne możliwości.

Obecność cech osobowości antyspołecznej/borderline

W zgromadzonej dokumentacji medycznej nie odnotowano żadnych informacji dotyczących diagnozy J. pod kątem zaburzeń osobowości. Pacjentka w wywiadzie zaprzeczyła także, by kiedykolwiek była poddana takim badaniom. Wyniki kwestionariusza MMPI-2 nie pozwalają na doszukiwanie się obecności cech osobowości antyspołecznej czy borderline u J.

Wyniki narzędzi diagnostycznych

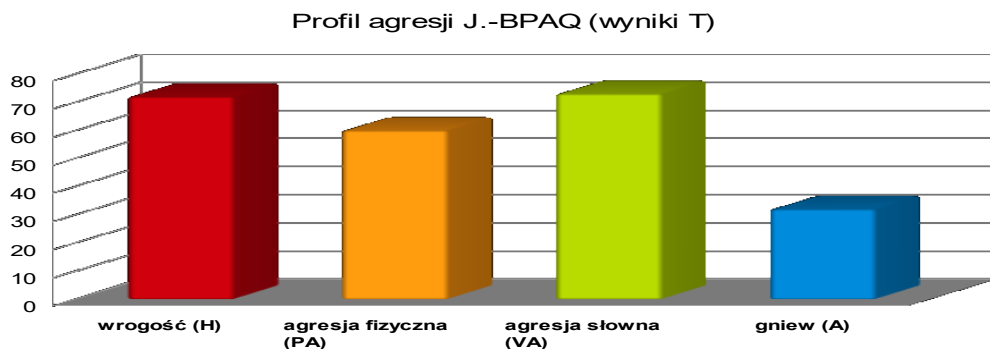
Pacjentka na potrzeby niniejszej pracy magisterskiej została przebadana 3 narzędziami diagnostycznymi w Poradni Leczenia Uzależnień w listopadzie, grudniu 2026 r. oraz w styczniu 2026 r. W listopadzie 2025 r. J. wykonała Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry (BPAQ), w grudniu 2025 r. Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P, natomiast w styczniu 2026 r. ankietę autorską.

- *Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry (BPAQ)*

Wyniki pierwszego z badań (BPAQ) obrazuje poniższy wykres.

Wykres 5 Profil agresji J.





Źródło: opracowanie własne

Dwa z wyników badania BPAQ u pacjentki osiągnęły przedział wyników bardzo wysokich. Najwyższy wynik w badaniu BPAQ J. uzyskała w obszarze agresji werbalnej (VA). Był to wynik surowy 17, w przeliczeniu 73 ten zaliczany do not bardzo wysokich. Wartość ta z dużym może dać przypuszczenie, że głównym kanałem ekspresji pacjentki jest właśnie agresja słowna, przejawiająca się w skłonności do wypowiedzania się w podwyższonym tonie, nawet w krzyku w stanach mocnego napięcia emocjonalnego. J. może używać w wypowiedziach w takich sytuacjach niecenzuralnych słów, krytykować oponenta, być cyniczną, ironiczną, nie kontrolować nasilenia i jakości swoich wypowiedzi. Drugim z kolei najwyższym wynikiem, również zaliczanym do not bardzo wysokich stała się skala wrogości (H), w której J. uzyskała wartość surową 26 i odpowiadający jej 72 ten. Można w tym wypadku mówić o tym, że wrogość ma charakter wewnętrzny i jest związana poznawczo z agresją, bywa nie sygnalizowana behawioralnie. Wynik ten może sugerować, że J. ma skłonności do subiektywnego odczuwania krzywdy, chowania urazy i ogólnego negatywnego interpretowania intencji innych osób. Pacjenta ponadto z dużym prawdopodobieństwem jest nadwrażliwa na krytykę, odrzucenie, czuje, że jest niesprawiedliwie traktowana przez otoczenie.

Trzeci w kolejności wynik, tj. agresja fizyczna (PA) w przypadku J. uzyskał wartość surową 21 i przyporządkowany do niej 60 ten. Wynik ten plasuje się w przedziale not wysokich, ale jest to jego dolna granica. Taki stan rzeczy może świadczyć o tym, że agresywne reakcje fizyczne u J. mogą występować, ale znacznie częściej niż agresja słowna. Z ostrożnością można mówić o skłonności do stosowania przemocy fizycznej u J., w procesie terapeutycznym nie padały relacje ze strony pacjentki o takim jej zachowaniu. Niemniej jednak wynik ten może sugerować deficyty w kontroli reakcji motorycznych i istnienie ryzyka reakcji agresywnych fizycznych w określonych sytuacjach.

Ostatni z wyników i jednocześnie najniższy to gniew (A). Wartość tego obszaru

osiągnęła wynik surowy 18 i odpowiadający jej 32 ten, który należy do not niskich. Ten wynik może charakteryzować pacjentkę jako osobę bez tendencji do agresji jako dominującego stylu funkcjonowania. W związku z tym J. może zachowywać dobry poziom kontroli swoich reakcji, w tym również negatywnych impulsów i być osobą, która unika bezpośrednich konfliktów. Biorąc więc pod uwagę powyższe przypuszczenia, można wykluczyć, profil J. z obszaru obrazu osobowości impulsywno-agresywnych. Agresja może mieć w przypadku pacjentki charakter raczej defensywny niż ofensywny, werbalno-poznawczy z cechami lękowymi i wrażliwości interpersonalnej o specyficie unikowo-ambiwalentnej.

- Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P

Najwyższe noty w ramach tego kwestionariusza dotyczyły dwóch aspektów, tj. „popędliwości (porywczosć) negatywnej NP” oraz „poszukiwania doznań PD”. W obu przypadkach J. uzyskała wynik 16 pkt., który kwalifikuje się w przedziale not wysokich i jest to maksymalna wartość. Tak wysoki wynik skali PD może oznaczać dążenie do poszukiwania intensywnych wrażeń, nowych, ryzykownych doświadczeń. Wysoka potrzeba stymulacji doznaniemami może wzmacniać podatność na impulsywne zachowania oraz nasilać trudności w kontroli emocji, a to znowu może intensyfikować problemy psychiczne, np. zaburzenia nastroju czy lękowe. Osoba o wysokim poziomie poszukiwania doznań jako preferująca dynamiczne sytuacje może odczuwać znudzenie w obliczu powtarzalności, przewidywalności.

Z kolei wysoki wynik „popędliwości (porywczosć) negatywnej NP” obrazuje silną tendencję do reakcji impulsywnych pod wpływem negatywnych emocji. Można mówić w tym przypadku również o trudności w powstrzymaniu reakcji pojawiających się w podczas nasilenia stresu. Wysoki wynik w tym obszarze może wskazywać na impulsywne działanie jako sposób obniżenia napięcia emocjonalnego oraz niską tolerancję na dyskomfort psychiczny. Pacjentka może więc podejmować szybkie, nieprzemyślane decyzje (krótkoterminowe), które przynoszą ulgę jedynie na krótki czas powodując pozorne rozładowanie napięcia. Typowe mogą być reakcje wybuchów złości, ryzykowne zachowania, w tym skłonność do uzależnień, ale też powierzchowne relacje interpersonalne, pochopne decyzje. Obok powyższych zachowań często współistnieją takie uczucia, jak wyrzuty sumienia, wstyd czy poczucie winy. Impulsywność w tym przypadku ma charakter afektywny.

Skala „popędliwość (porywczosć) pozytywna PP” w badaniu J. osiągnęła wynik nieco niższy w stosunku do wcześniejszych dwóch obszarów, ale nadal należący do not wysokich –



wynik surowy 14. Wynik ten podkreśla skłonność do impulsywnych decyzji również pod wpływem emocji pozytywnych. Utrata kontroli nad reakcjami następować może więc w chwilach ekscytacji, radości i ogólnie dobrego nastroju. Pacjentka może mieć tendencję do koncentrowania się na przyjemności i uzyskiwaniu natychmiastowej gratyfikacji, tak jak to się dzieje w przypadku mechanizmów uzależnienia. J. może podejmować nieprzemyślane, nagłe decyzje, często mające poważne konsekwencje życiowe, np. uwikłanie w ryzykowne zachowania seksualne. Wynik ten może w końcu także obrazować brak umiaru w aktywności życiowej, niemożność adekwatnego do sytuacji regulowania nadmiernego pobudzenia. Z drugiej strony po ustąpieniu nastroju euforycznego może pojawiać się żal, rozczarowanie, wstyd.

Dwa pozostałe wyniki, tj. „brak wytrwałości W” oraz „brak premedytacji P” u pacjentki uplasowały się na poziomie not niskich. „P” miał wartość 7 punktów, zaś „W” 6 punktów. Niska wartość w skali „brak premedytacji P” może świadczyć, że cechą charakteru J. jest duża przezorność, tj. umiejętność przewidywania skutków, zagrożeń czy trudności. W związku z tym zachowania i decyzje J. mogą nosić znamiona świadomego działania, poprzedzonego analizą sytuacji. Niski wynik w tej skali, czyli jednocześnie wysoka zdolność premedytacji (przezorności) może mieć zarówno pozytywny jak i negatywny aspekt. J. jako osoba o możliwie dużej przezorności będzie w stanie redukować poziom stresu analizując potencjalne skutki, organizując czas tak, by uniknąć negatywnych zdarzeń. W teorii może też zachowywać potrzebną ostrożność w kontaktach interpersonalnych, co w konsekwencji spowoduje poczucie bezpieczeństwa i panowania nad sytuacją. Z drugiej strony jednak nadmierna przezorność może powodować izolację społeczną. Podejrzliwość, niezdecydowanie czy nadmiar natrętnych myśli może w konsekwencji doprowadzić do wystąpienia nadmiernego lęku czy paraliżu decyzyjnego.

Kolejny niski wynik, tj. skala „brak wytrwałości W” oznacza z kolei dużą umiejętność kontynuowania działań, nawet mimo niepowodzeń. I ponownie jak w przypadku poprzedniej skali można ten wynik interpretować dwojako, z pozytywnej i negatywnej strony. Dodatnim aspektem dużej wytrwałości z pewnością może być zdolność do koncentracji na zadaniu, osiąganie zamierzonych celów, a nawet radzenie sobie ze stresem. Ujemnym natomiast aspektem może być nadmierna nieustępliwość, stawianie sobie nierealistycznych wymagań, brak krytycyzmu, upór.

Podsumowując profil J. na podstawie badania SUPPS-P jawi się jako impulsywność o charakterze emocjonalnym, przy zachowaniu kontroli poznawczej i behawioralnej. Impulsywność może ujawniać się podczas silnego napięcia emocjonalnego.



Charakterystyczne będzie także dobre (dla niej), funkcjonowanie pacjentki w dynamicznej rzeczywistości. Zarówno pozytywne jak i negatywne emocje mogą jednak u J. wywoływać nasilenie zachowań impulsywnych, w tym również podczas nieakceptowanych przez nią rutynowych, wymagających powtarzalności aktywnościach.

- *Ankieta autorska „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”*

Obszar badawczy: Ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji

Twierdzenia (cechy osobowości, regulacja emocji, impulsywność):

- Często wpadam w złość.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Moje negatywne emocje pojawiają się w sytuacjach stresowych
Odpowiedź: 2 – Raczej nie
- Często wpadam w złość z błahych powodów.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Trudno mi zapanować nad gniewem.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Tłumię w sobie silny gniew.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Wyładowuję swój gniew na innych osobach.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- W chwili złości krzyczę lub reaguję agresywnie.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Wchodzę w gwałtowne kłótnie, gdy odczuwam silne oburzenie.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Niszczę rzeczy, gdy nie mogę opanować gniewu.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Potrafię kontrolować swoje emocje w sytuacjach złości. (*pytanie odwrócone*)
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie nie
- Znam i stosuję techniki redukcji stresu
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie

W obszarze ogólnego poziomu agresji i trudności w regulacji emocji J. uzyskała wynik 32 pkt., co w przeliczeniu na wynik uśredniony dało notę 2.90. Wartość ta zalicza się do wyników umiarkowanych. Umiarkowany poziom w tym obszarze to obecność pewnych trudności w regulacji emocji, przejawiająca się w szczególności drażliwością, przeciętną

impulsywnością oraz sytuacyjnymi agresywnymi reakcjami. W przypadku twierdzeń „Wyladowuję swój gniew na innych osobach.”, „W chwili złości krzyczę lub reaguję agresywnie.”, „W chwili złości krzyczę lub reaguję agresywnie.” I „Niszczę rzeczy, gdy nie mogę opanować gniewu.” pacjentka zaznaczyła odpowiedź „zdecydowanie nie”, co może dać przypuszczenie, że agresja bezpośrednia wobec innych osób nie jest dominującym stylem funkcjonowania J. w chwili napięcia emocjonalnego. Wynik w tym obszarze badawczym wskazuje, że J. ma świadomość swoich negatywnych emocji, ale najczęściej je tłumi wewnątrz siebie, co zresztą może prowadzić w konsekwencji do dalszej kumulacji napięcia. Takie zachowania sprzyjać mogą ryzykownym sytuacjom, ale najprawdopodobniej nie mają stałego charakteru funkcjonowania pacjentki.

Wyliczenia: $32:11=2.90$

32-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Zachowania antyspołeczne i przestępcze

Twierdzenia (zachowania ryzykowne, dezadaptacyjne, łamanie norm):

- Popeliłem przestępstwo pod wpływem narkotyków.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Pod wpływem narkotyków prowadziłem samochód.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Byłem karany sądownie z powodu działań związanych z narkotykami.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Byłbym w stanie złamać prawo, aby zdobyć narkotyk.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Uważam, że można być osobą uzależnioną i nie łamać prawa. (*pytanie odwrócone*)
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie nie

Nasilenie obecności zachowań antyspołecznych i przestępczych w życiu J. uplasowała się na poziomie wysokim z 19 punktami i wynikiem 3.80 jako notą uśrednioną. Wynik w tych obszarze badawczym sugeruje częstą obecność zachowań agresywnych i antyspołecznych w funkcjonowaniu J. Pacjentka zdaje sobie sprawę ze swojej skłonności do naruszania norm prawnych i społecznych, ale jednocześnie „odbarcza” swoją odpowiedzialność za czyny mając zdecydowane przekonanie, że nie można być osobą uzależnioną i nie łamać prawa. Zachowania antyspołeczne i przestępcze mogą istotnie zakłócać relacje interpersonalne pacjentki.

Wyliczenia: $19:5=3.80$



19-wartość punktacji

5-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Głód narkotykowy a agresja i zachowania antyspołeczne.

Twierdzenia (emocje, agresja, impulsywność pod wpływem głodu narkotykowego):

- W chwili głodu narkotykowego odczuwam silny gniew lub złość.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Podczas głodu narkotykowego odczuwam silny niepokój.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- W czasie głodu narkotykowego jestem rozdrażniony i nerwowy.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Głód narkotykowy powoduje u mnie agresywne zachowania.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- W chwili głodu narkotykowego rozładowuję negatywne emocje przez krzyk, niszczenie przedmiotów lub agresję wobec ludzi.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest dla mnie uzasadnione.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Byłbym w stanie ukraść pieniądze, aby kupić narkotyk.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Poświęciłbym ostatnie pieniądze na zakup narkotyków.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Głód narkotykowy wpływa negatywnie na moje relacje z innymi.
Odpowiedź: 3 – Nie wiem
- Pod wpływem głodu narkotykowego moje zachowanie staje się bardziej impulsywne.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

Głód narkotykowy w przypadku pacjentki, na podstawie jej wyników, ma istotny wpływ na występowanie zachowań agresywnych i antyspołecznych. J. uzyskała w tym obszarze wynik punktowy 43, co w przeliczeniu na wartość uśrednioną dał notę 3.90, zaliczaną do przedziału wyników wysokich. Wynik ten może uprawdopodobniać zależność między pojawianiem się nasilonych reakcji impulsywnych, w tym agresji oraz łamania norm prawnych i społecznych, a okresami głodu narkotykowego (opiodowego), zwłaszcza w momentach chęci zdobycia substancji. W tym czasie kontrola emocjonalna i behawioralna u



pacjentki może być obniżona.

Diagnostyczne wydają się twierdzenia, na które J. odpowiedziała „nie wiem”, tj. „Głód narkotykowy powoduje u mnie agresywne zachowania.”, „W chwili głodu narkotykowego rozładowuję negatywne emocje przez krzyk, niszczenie przedmiotów lub agresję wobec ludzi.”, „Łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest dla mnie uzasadnione.”, „Głód narkotykowy wpływa negatywnie na moje relacje z innymi.” oraz „Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.”. Odpowiedzi pacjentki mogły mieć charakter czysto zachowawczy, by przynajmniej częściowo zdjąć z siebie odpowiedzialność za postępowanie. Takie odpowiedzi mogły także mieć wymiar rzeczywistej nieświadomości, a w przypadku twierdzenia dotyczącego usług seksualnych w zamian za narkotyki po prostu wstydu.

Wyliczenia: 43:11=3.90

43-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Środowisko zewnętrzne a agresja i zachowania antyspołeczne

Twierdzenia (normy środowiskowe, presja społeczna):

- Przebywam w środowisku, w którym zachowania agresywne lub przestępcze są akceptowane.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Środowisko często skłania mnie do łamania prawa.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Należałem/am do grup, w których używanie narkotyków było normą.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

W części badającej wpływ środowiska zewnętrznego na występowanie zachowań agresywnych i antyspołecznych u osób uzależnionych (od opioidów) pacjentka uzyskała maksymalny wynik 15 pkt., który uplasował się w przedziale wyników bardzo wysokich. Jest to istotny sygnał, że środowisko, w którym przebywa/przebywała pacjentka mogło wpływać na jej tendencję do zachowań negatywnych, nasilenia agresji. Jak wynika z zebranych informacji o J. rzeczywiście taki stan rzeczy może jej dotyczyć, szczególnie, że jest osobą uzależnioną mającą kontakt z podobnymi osobami, w tym byłym partnerem (ojcem dziecka). Takie funkcjonowanie może być w dużej mierze podporządkowane destrukcyjnym wzorcom otoczenia oraz wiązać się z podwyższonym ryzykiem konfliktów, a nawet występowaniem przemocy czy łamania prawa.

Wyliczenia: 15:3=5.00



15-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Rodzina pochodzenia a agresja i zachowania antyspołeczne.

Twierdzenia (trauma, przemoc, zaniedbanie):

- W domu rodzinnym dochodziło do przemocy fizycznej lub psychicznej.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Doświadczyłem/am zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Konflikty rodzinne wpłynęły na moje zachowania agresywne.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

Obszar ten to kolejny wynik maksymalny, zaliczony do przedziału not bardzo wysokich. Trudne doświadczenia rodzinne J. mogły wpłynąć na tendencję pacjentki do utrwalenia reakcji agresywnych i antyspołecznych. Brak stabilizacji i poczucia bezpieczeństwa w rodzinie pochodzenia mogły być przyczyną dezorganizacji systemu funkcjonowania J. i jednocześnie ukształtować jej obecne, destrukcyjne wzorce zachowania.

Wyliczenia: 15:3=5.00

15-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Podsumowanie opisu przypadku J.

Podsumowując J. pod kątem psychologicznym, jej profil można scharakteryzować jako funkcjonowanie z nasilonymi trudnościami w aspekcie emocjonalnym, interpersonalnym z tendencją do zachowań problemowych o specyfice agresywnej i antyspołecznej.

Pacjentka ujawniała w zachowaniu introwersję i nieśmiałość oraz wysoki poziom dyskomfortu społecznego, co podkreślały również wyniki MMPI-2. Te cechy istotnie utrudniały J. funkcjonowanie społeczne oraz nasilały unikowy styl zachowania w kontaktach interpersonalnych. W zachowaniu J. często zauważalny był obniżony nastrój, zniechęcenie czy negatywny obraz własnej osoby, a nawet często poczucie bezradności. Takie też wskaźniki ujawniła analiza wyników MMPI-2. Nadto kwestionariusz ten wskazywał także na niedostatek pozytywnych emocji, przy jednoczesnym nasileniu emocji negatywnych, co można interpretować jako trudności w regulowaniu afektu oraz skłonność do przewlekłości w napięciu emocjonalnym. Bywały sesje, w których J. prezentowała niepokój i drażliwość z jednej strony, z drugiej zaś nadmierną skłonność do kontroli swojej osoby, ale też specyficzną sztywność w zachowaniu. W wynikach MMPI-2 odnaleźć można także cechy obsesyjno-kompulsywne. J. nierzadko miewała natrętne myśli (ruminacje).

Wysoki poziom agresji zarówno fizycznej jak i werbalnej oraz wrogości, przy jednoczesnym niskim poziomie gniewu (wyniki BPAQ) najprawdopodobniej mogą mieć bardziej charakter instrumentalny lub obronny niż świadczyć o nasilonej impulsywności. Z kolei przezorność i wytrwałość (SUPPS-P) charakteryzuje J. jako jednostkę działającą z rozmysłem, przewidującą i skłoną do osiągania zamierzonych celów, ale o tendencji do impulsywnego reagowania w stanach silnego napięcia emocji negatywnych. J. jak to wynikało z jej relacji oraz wyników badań (SUPPS-P) miała dużą potrzebę stymulacji bodźcami, jednocześnie podejmowała czynności ryzykowne.

W badaniach ankiety własnej na pierwszy plan wysunęły się czynniki wpływu środowiskowego, rodzinnego oraz głodu narkotykowego jako te, które z dużym przypuszczeniem mogły determinować zachowania agresywne i antyspołeczne w zachowaniu J.

Biorąc pod uwagę powyższe aspekty profil J. to profil, w którym współwystępuje introwertyczny styl funkcjonowania, z nasilonym poziomem negatywnej emocjonalności, tendencją do zachowań niezgodnych z normami społecznymi, modulowanych impulsywnością i wpływem czynników środowiskowych.

5.1.6 Studium przypadku uczestnika D., lat 30

Wprowadzenie do przypadku

D., wykształcenie średnie (bez matury), kawaler, bezdzietny, bezrobotny, na utrzymaniu matki. U D. zdiagnozowano uzależnienie mieszane: od opioidów (morfina, heroina, kodeina) i alkoholu. Pacjent leczył się psychiatrycznie z powodu napadów lękowych, od 7 roku życia aktywnie trenował mieszane style walki, również w ramach sportu zawodowego i był znany na arenie krajowej jako zawodnik odnoszący sukcesy, z powodu uprawiania sportu miał liczne kontuzje i kilka operacji ortopedycznych. D. był kilkakrotnie karany (czynny udział w zbiegowisku, kierowanie pojazdem bez posiadania prawa jazdy – pod wpływem środków psychoaktywnych, spożywanie alkoholu w miejscu publicznym). Na terapię zgłosił się z powodu nałożenia na niego przez sąd obowiązku podjęcia leczenia odwykowego do sprawy w związku z kierowaniem pojazdem bez posiadanego prawa jazdy. W 8 miesiącu trwania procesu terapii został zatrzymany i osadzony na 3 miesiące w areszcie śledczym z powodu zawiadomienia partnerki o stosowaniu wobec niej przemocy fizycznej.

Tło osobiste i rodzinne

D. wychowywał się w rodzinie rozbitej. Przez kilka lat ojciec pacjenta rzadko bywał w domu, rozwijał swoją karierę zawodową innym mieście, nie zajmował się dziećmi, do domu



przyjeżdżał na weekendy. W rodzinie dochodziło do konfliktów między rodzicami, ale też przemocy ze strony ojca wobec żony i dzieci. Kiedy D. miał 8 lat, a jego siostra 2 ojciec porzucił rodzinę i wyprowadził się na stałe do innego miasta, wniósł sprawę o rozwód i następnie zawarł kolejny związek małżeński. Z synem po wyprowadzce początkowo miał poprawne relacje. D. nawet mieszkał przez dwa lata u ojca. W tym czasie jednak ojciec również nie zajmował się synem, ciągle pracował, wyjeżdżał na delegację. D. szybko odnalazł się w destrukcyjnej grupie rówieśniczej i zaczął sprawiać duże problemy wychowawcze, przejawiał demoralizację, pił alkohol, przyjmował narkotyki. W domu ojca również nie panowała abstynencja. Alkohol spożywał zarówno ojciec jak i jego druga żona. Ojciec D. nie chciał dalej ponosić trudów opieki nad niedostosowanym społecznie synem i ostatecznie D. wrócił do matki, skończył szkołę podstawową i liceum, ale nie zdał matury. Nadal trenował wyczynowo, był obiecującym młodym zawodnikiem. Niestety nadal nadmiernie spożywał alkohol, regularnie zaczął przyjmować spotykał się z osobami z kręgu chuligańskiego, uczestniczył w „ustawkach”, po rozstaniu ze swoją pierwszą dziewczyną wpadał w ciągi alkoholowe. Ojciec nie interesował się zbyt sytuacją syna, matka natomiast zaczęła szukać pomocy w instytucjach, to dzięki jej zeznaniom na sprawie syna został nałożony na D. obowiązek podjęcia leczenia odwykowego.

Historia używania substancji psychoaktywnych

W momencie podjęcia terapii D. od kilku lat był już uzależniony od alkoholu i opioidów. Inicjację alkoholową i narkotykową przeżył w wieku około 16 roku życia i od tamtej pory pił i przyjmował narkotyki już w sposób ryzykowny. D. częściowo także nadmiernie przyjmował środki sterydowe. Substancje psychoaktywne od kilku lat były powodem licznych problemów D. z łamaniem prawa. D. kilkakrotnie był karany za wykroczenia pod wpływem alkoholu. Problemy fizyczne spowodowane licznymi kontuzjami na treningach, spowodowały częstsze sięganie po środki przeciwbólowe o pochodzeniu opioidów. Początkowo zapisywane były przez lekarza, następnie zaczął je zdobywać nielegalnie. Już wtedy to jego stan zdrowia się pogarszał, pojawiały się zaburzenia psychiczne i neurologiczne. U D. ciągi narkotykowe trwały prawie miesiąc, pojawiały się również zaburzenia świadomości, epizody depresyjne. Narkotyki łączył z alkoholem, pod wpływem środków psychoaktywnych bywał agresywny, wszczynał kłótnie, tracił zatrudnienie.

Charakterystyka osobowości pacjenta

Pacjent w toku procesu terapeutycznego wielokrotnie reprezentował agresywne postawy wobec świata, roszczeniowość, również wobec systemu leczenia i instytucji sądu. Podczas spotkań często wypowiadał się cynicznie wobec metod terapeutycznych, podkreślał



swoją niechęć do terapii, był nadmiernie pobudzony psychicznie i ruchowo, miewał zmienne nastroje, z przewagą negatywnych emocji. Ówczesna terapeutka czuła się zagrożona i poprosiła o możliwość przejęcia D. przez innego specjalistę. Prowadzenie terapii przejęła autorka niniejszej pracy. W 3 miesiącu terapii D. poddał się badaniu kwestionariuszem MMPI-2 z zaciekawieniem i jak stwierdził „chęcią potwierdzenia swojej siły”. Badanie przeprowadził psycholog kliniczny zatrudniony w placówce leczenia uzależnień. Autorka niniejszej pracy przy pomocy psychologa klinicznego i psychiatry poddała analizie wyniki MMPI-2.

W skali odchyień psychopatycznych D. uzyskał wynik wysoki (*Pd-WS:30, T:65*), który mógł być potwierdzeniem zbuntowanego charakteru, nieakceptowania autorytetów, kłopotów z prawem, ale też nadpobudliwości, niecierpliwości. W skali hipomania D. uzyskał wynik wysoki - *WS:33 i T:74*. Pacjent wielokrotnie prezentował niską tolerancję na frustrację i był impulsywny. D. nie widział w takim sposobie bycia żadnego problemu dla siebie, mawiał: „albo ja ich, albo oni mnie”. W skali RC9 (*pobudzenie hipomaniakalne*) pacjent znowu uzyskał wysoki wynik. D. relacjonował swoje ogólne podniecenie, skłonność do poszukiwania wrażeń i tendencje do zachowań ryzykownych, jak również słabą kontrolę nad emocjami i impulsami, bardzo podwyższony poziom energii, jak również agresję.

W również wysokim wyniku skali Pa (*paranoja – WS:21, T:71*). W wypowiedziach D. widoczna była jego podejrzliwość, nieprzyjmowanie krytyki, wrogość wobec innych i postrzeganie świata jako zagrożenia. Prezentował nieufność wobec ludzi i wszechobecne przekonanie o ich negatywnych intencjach, życie dla niego było polem walki, w przenośni i dosłownie. Z wysokich wyników skali CYN₁ (*mizantropijne przekonania – WS:14, T:65*) oraz CYN₂ (*podejrzliwość interpersonalna – WS:8, T:76*), wyłania się obraz osoby z silną nieufnością interpersonalną, mającej chroniczne poczucie zagrożenia w kontaktach społecznych. Taki też pacjent wyrażał stosunek do relacji międzyludzkich i takim światopoglądem się kierował. W jego życiu czujność i ostrożność odgrywała kluczową rolę, trudno mu było wyjść z roli zawodnika-przeciwnika i przejść na pozycję partnera. D. w związkach z kobietami dystansował się emocjonalnie, miał trudności w podtrzymywaniu dłuższych bliskich relacji. Z drugiej strony umiarkowany wynik skali psychastenia (*Pt - WS:22, T:57*) potwierdzał pewną obecność lęku i napięcia wewnętrznego, skłonności do zamartwiania się. D. chciał być postrzegany jako „zwycięzca”, człowiek silny, ale w późniejszym okresie przyznawał, że czuje wątpliwości co do swojej osoby. Poczucie nieśmiałości go przerażało.

D. uzyskał wysokie wyniki skali Sc (*schizofrenia – WS:51, T:69*). Zachowanie



pacjenta nierzadko było bardzo specyficzne. Pacjent wyraźnie prezentował dezorganizację w myśleniu, nierealistyczne wyobrażenia, nadmierną wyobraźnię, ale też widoczny był chaos w jego funkcjonowaniu poznawczym. Niekiedy zgłaszał, że ma urojenia, halucynacje. Wynik w skali BIZ (*dziwaczne myślenie* – *WS:13, T:69*) mógł więc sugerować pewne stany paranoidalne, stopień afektywne. Ten stan rzeczy jednak mógł być także związany z samym uzależnieniem pacjenta i oddziaływaniem środków psychoaktywnych.

Odnosząc się do sytuacji rodzinnej D. uzyskał on wysokie wyniki w szczególności skal RC3, RC6, CYN1, CYN2. Wyniki te mogą sugerować istnienie silnego poczucia krzywdy, czy wręcz traumy relacyjnej. Ten aspekt zdają się szczególnie silnie potwierdzać wyniki skal FAM (*problemy rodzinne* – *WS:18, T:78*) i FAM₂ (*wyobcowanie z rodziny* – *WS:4, T:68*), czy skala Pd₁ (*konflikty w rodzinie* – *WS:6, T:65*). G. opisywał swoją rodzinę pochodzenia jako niespierającą, chłodną, czuł się z niej wyizolowany, nie miał więzi emocjonalnych z członkami. W tym miejscu należy także wspomnieć o innych skalach badania, które, mimo że nie bezpośrednio, ale mogły wskazywać na negatywne doświadczenia rodzinne pacjenta, tj. Pa (*przewrażliwienie* – *WS:6, T:71*) i Pa₁ (*myśli prześladowcze* – *WS:10, T:71*). G. relacjonował osamotnienie, poczucie niezrozumienia i niesprawiedliwości. W skali Sc₂ ponownie uzyskał wysoki wynik (*alienacja emocjonalna* – *WS:9, T:92*). Pacjentowi rzeczywiście niejednokrotnie towarzyszyło uczucie lęku, obniżonego nastroju, apatii.

Obecność cech osobowości antyspołecznej/borderline

Podczas analizy zgromadzonej w Poradni Leczenia Uzależnień dokumentacji pacjenta nie odnaleziono potwierdzenia diagnozy osobowości antyspołecznej czy borderline.

Ze skali Ma₃ (*niewrażliwość na opinię społeczną* – *WS:6, T:66*) można interpretować subiektywne poczucie siły psychicznej, bagatelizowanie problemów własnych, ale też niski poziom lęku czy brak poczucia winy. D. był osobą nadmiernie pewną siebie, z małą tendencją do refleksji nad swoim zachowaniem i arogancją oraz nieuznającego opinii innych osób. Z kolei skala Ma₄ (*inflacja ego* - *WS:7, T:71*) to sugestia nadmiernie wysokiej samooceny, często zupełnie nierealistycznej w poczuciu wyjątkowości i wręcz nadludzkich zdolnościach. W przypadku D. dosyć wyraźnie widać te aspekty w ciągłej rywalizacji, zarówno w sporcie jaki i życiu, deprecjonowania innych osób – przeciwników, co zresztą w sposób naturalny odbijało się na trudnym poziomie relacji interpersonalnych.

Charakterystyczne dla zachowań antyspołecznych będą także wysokie wyniki w innych skalach. Mowa tu głównie o pozycjach: AGGR (*agresywność*), PSYC (*psychotyzm*)



czy HO (*wrogość*). Agresywność (*AGGR – WS:16, T:76*), informuje o tendencji do łamania prawa, niskim progu frustracji, wrogości i dominacji w zachowaniu, impulsywności. W istocie D. postrzegany był przez otoczenie jako osoba agresywna, ciągle konfrontująca się z ludźmi. G. przyznawał, że dla niego kompromis to poddanie się - „życiowy walkower”. Walka, czyli w przypadku D. „chleb powszedni” to narzędzie do osiągnięcia celu. Celem bezpośrednim były pieniądze, pośrednim ciągle potwierdzanie swej siły. Wydaje się też, że D. potencjalnie mógł odczuwać nienawiść do swoich przeciwników, zarówno na ringu, jak i w życiu. Mówił o niej, ale jak się okazało, nie był w stanie jej zdefiniować.

D. uzyskał wysoki wynik w skali „psychotyzmu” (*PSYCH - WS: 17, T:74*) D. nierzadko prezentował egocentryzm, ale też urojenia ksobne, chłód emocjonalny, niski poziom empatii, podejrzliwość. Z drugiej strony widoczna była także dezorganizacja wewnętrzna pacjenta, ograniczona zdolność do przeżywania uczucia winy czy wstydu i charakterystyczne przedmiotowe traktowanie osób, szczególnie partnerek w związkach. Istotnym wynikiem jest także aspekt skali wrogości (*HO – WS:39, T:65*), którą można definiować jako utrwaloną wrogość, skłonność do chowania urazy i jednocześnie chęci odwetu. W odniesieniu do zachowań antyspołecznych taki stan rzeczy będzie podnosił poziom agresywności, sugerował brak zahamowań w kontekście moralnym, czy skłonność do przemocy.

Wysoki wynik w „introwersji” (*INTR – WS:19, T:65*) może z kolei wiązać się z wycofaniem z pozytywnego przyjmowania ról społecznych na rzecz instrumentalnego stylu relacji. W zachowaniu D. widoczna była ograniczona zdolność do przeżywania radości, niepokój, pesymizm. Antyspołeczność w jego zachowaniu można interpretować jako chłód emocjonalny, unikowy styl radzenia sobie z emocjami.

Wyniki narzędzi diagnostycznych

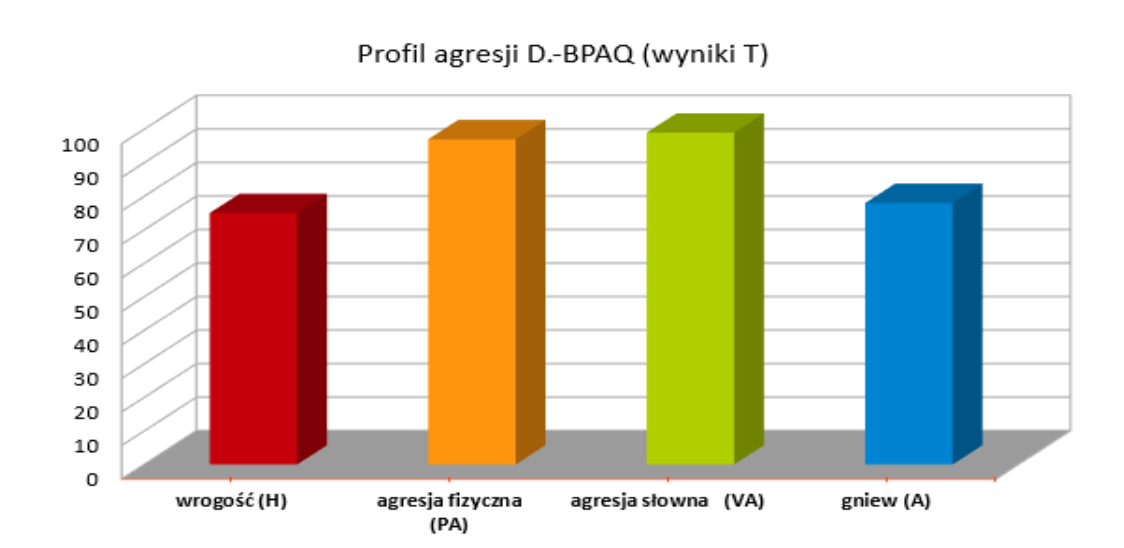
Pacjent D. został przebadany 3 narzędziami diagnostycznymi w Poradni Leczenia Uzależnień w listopadzie i grudniu 2025 r. oraz w styczniu 2026 r., tj. kolejno w listopadzie 2025 r. Kwestionariuszem Agresji Bussa-Perry Bussa-Perry (BPAQ), w grudniu 2025 r. Kwestionariuszem Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P oraz ankietą autorską w styczniu 2026 r.

- Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry (BPAQ)

Wyniki poszczególnych elementów poziomu agresji ogólnej wg BPAQ obrazuje poniższy wykres.

Wykres 6 Profil agresji D.





Źródło: opracowanie własne

Wszystkie parametry w ramach badania BPAQ D. zakwalifikowały się do przedziału wyników bardzo wysokich. Najwyższą notę D. uzyskał w ramach oceny parametru agresji werbalnej (VA), tj. wynik surowy 24 i ten na poziomie 99 (wynik bardzo wysoki). W tym miejscu można mówić o tym, że ten aspekt jest dominujący w zachowaniu D., a pacjent zdecydowanie może mieć problem z kontrolowaniem swoich wypowiedzi podczas napięcia emocjonalnego. Pojawiają się wtedy wszelkiego rodzaju wyzwiska, groźby, poniżanie, wulgarny język, a wszystko to w tonie głośnego krzyku. Agresja słowna najprawdopodobniej jest krokiem ku zachowaniom o charakterze fizycznym lub działaniami jednoczesnymi, nawet w poziomie nasilenia.

Zbliżony wynik agresji fizycznej (Pa), tj. nota surowa 38 i odpowiadający jej 97 ten (wynik bardzo wysoki) wydaje się być alarmem dla klinicystów, a na pewno dla terapeutów. Biorąc pod uwagę historię życia D. to używanie siły fizycznej (bójki, „ustawki”) w jego przypadku są sposobem na rozwiązywanie konfliktów, ale też i spędzanie wolnego czasu czy spotkania towarzyskie. Szybkie przejście od impulsu do reakcji i działania wskazuje na bardzo duże ryzyko tendencji do zachowań o charakterze przemocowym. Tym większe jest to ryzyko, szczególnie w przypadku D. - zawodnika sportów mieszanych sztuk walki.

Dwa ostatnie wyniki w kolejności to gniew (A) i wrogość (H). Te dwie noty również są zbliżone do siebie. D. w skali A uzyskał wynik surowy 25, tj. 78 ten, co potwierdzać może utrwalony wzorzec agresywnego reagowania, nie tylko działanie sytuacyjne. W skali wrogości (H) natomiast wynik plasował się na poziomie surowym 27 i 75 tenie. Tu akurat widoczny jest wymiar poznawczy D. jako osoby negatywnie nastawionej do otoczenia

i tłumaczącej swoje działania właśnie w postrzeganiu zagrożenia ze strony innych osób.

Podsumowując wyniki kwestionariusza PBAQ można zilustrować profil D. jako osoby bardzo pobudliwej, szybko przechodzącej od impulsu do realnego działania agresywnego. Pacjent jawi się jako nieradzący sobie z frustracją, ale też jako wrogo nastawiony do świata, który jest dla niego zagrożeniem i powoduje cierpienie. Agresja w tym przypadku ma wymiar reaktywny, z łatwością jednak przechodzący w instrumentalną. Wyraźnie widoczne są aspekty antyspołecznego nastawienia pacjenta i zaburzeń w kontroli emocji, ale też brak motywacji do zrozumienia swojego zachowania i jego zmiany.

- Kwestionariusz Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P

W badaniu SUPPS-P pacjent D. uzyskał tylko w jednej skali wynik umiarkowany, w pozostałych były to noty wysokie, z tego 3 maksymalne.

W skali „poszukiwanie doznań PD” D. otrzymał notę 16 pkt. Taki wynik sugeruje z dużym prawdopodobieństwem istnienie silnej potrzeby stymulacji w życiu pacjenta. Z jednej strony D. jest otwarty na nowe doświadczenia, poszukujący wrażeń, z drugiej strony rutyna i zadania wymagające systematyczności, powtarzalności wyprowadzać mogą go z równowagi. Pacjent w związku z tym najprawdopodobniej może poszukiwać ciągle nowych doświadczeń, zmian w życiu, nawet (a może szczególnie) tych związanych z ryzykiem. W przypadku D. jak najbardziej pokrywa się to z rzeczywistością (np. sport). Taki profil może wskazywać na osobę energiczną, z dużą inicjatywą, ciekawą świata, gotową do podejmowania ciągle nowych wyzwań. Niestety wiąże się z tym impulsywne zachowania, brak przewidywania konsekwencji i oczywiście ostatecznie ryzyko poważnych zagrażających często relacjom interpersonalnym, zdrowiu, a nawet życiu zdarzeń.

Kolejne maksymalne wyniki to „negatywna popędliwość (porywczosć) NP.” i pozytywna popędliwość PP”. Obie skale uzyskały po 16 pkt. Takie wyniki świadczą mogą o tym, że D. zarówno podczas negatywnych, jak i pozytywnych emocji reaguje impulsywnie, bez przewidywania konsekwencji, nieadekwatnie do sytuacji. Decyzje może podejmować pod wpływem „chwili”. Jego reakcje mogą być szybkie, trudne do zahamowania. Po spadku napięcia natomiast również silne może odczuwać wstyd, żal, rozpacz, złość sam do siebie. Impulsywność w tym przypadku ma charakter głęboko afektywny. Pacjent generalnie może mieć bardzo duży problem z kontrolą własnych emocji, co istotnie będzie wpływać na dyskomfort życia.

Skala „brak premedytacji P” uplasowała się na poziomie 13 pkt. i jak wspomniano na początku również dotyczy wyników wysokich. Biorąc pod uwagę ten fakt należy przypuszczać, że D. to osoba impulsywna, podejmującą decyzje szybko, spontanicznie, bez



przezorności w postępowaniu. Jeśli rozpatrujemy przezorność w aspekcie indywidualnym to D. może nie przewidywać tego jakie skutki będzie miało jego zachowanie. Jeśli zaś odnosimy się do kwestii przewidywania konsekwencji zachowania innych osób, to również mogą być bardzo poważne skutki nieoszacowania sytuacji. Decyzje wtedy będą często zaważać na eskalacji konfliktów, negatywnym odbiorze osoby D. w otoczeniu i problemach w nawiązywaniu relacji, czy ich podtrzymywaniu.

Najniższy (8 pkt.-wynik umiarkowany) uzyskała skala „brak wytrwałości W”, która dopełnia obraz D. jako osoby z przeciętnym poziomem wytrwałości w działaniu. W tym wypadku można mówić o tym, że osoba, która uzyskała taki wynik jest zdolna do utrzymania zaangażowania w realizowaniu konkretnych działań. W odniesieniu do D. można podejrzewać, że wytrwałość u pacjenta jest głównie sportowa, tj. dotyczy kwestii związanych z siłą fizyczną. O ile D. jest wytrwały podczas walki na ringu, czy w krótkotrwałych zadaniach, o szybkim efekcie, to niestety już w tych wymagających systematyczności ta zdolność zdecydowanie spada, pod względem motywacji czy koncentracji. Ten aspekt może, ale nie musi być istotnym czynnikiem ryzyka w funkcjonowaniu D.

Impulsywność w przypadku D. z uwzględnieniem powyższych wyników ma charakter zarówno poznawczy jak i emocjonalny. D. jako wymagający stałej stymulacji może podejmować ryzykowne, pochopne decyzje, niekorzystne zarówno dla siebie jak i otoczenia. Bardzo dużym czynnikiem ryzyka jest mała zdolność do kontrolowania swoich reakcji w sytuacjach silnego napięcia emocjonalnego, zarówno pozytywnego, jak i negatywnego. Sam fakt istnienia pewnej wytrwałości w działaniu, jak można przypuszczać wyuczonej treningami sportowymi, ale w ogólnym wysokim poziomie impulsywności jest zarówno rekomendacją do dalszej nauki kontroli własnego zachowania, jak i zagrożeniem dla dalszego funkcjonowania.

- *Ankieta autorska „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”*

Obszar badawczy: Ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji

Twierdzenia (cechy osobowości, regulacja emocji, impulsywność):

- Często wpadam w złość.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Moje negatywne emocje pojawiają się w sytuacjach stresowych
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Często wpadam w złość z błahych powodów.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Trudno mi zapanować nad gniewem.
Odpowiedź: 4 – Raczej tak
- Tłumię w sobie silny gniew.
Odpowiedź: 4– Raczej tak
- Wyładowuję swój gniew na innych osobach.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- W chwili złości krzyczę lub reaguję agresywnie.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Wchodzę w gwałtowne kłótnie, gdy odczuwam silne oburzenie.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Niszczę rzeczy, gdy nie mogę opanować gniewu.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Potrafię kontrolować swoje emocje w sytuacjach złości. (*pytanie odwrócone*)
Odpowiedź: 4 – Raczej nie
- Znam i stosuję techniki redukcji stresu
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie

W pierwszym obszarze badawczym – „Ogólnym poziomie agresji i trudności w regulacji emocji” pacjent uzyskał wynik punktowy 47, co w przeliczeniu na uśredniony daje wartość 4.27. Jest to nota w przedziale wyników bardzo wysokich, co oznacza, że D. może posiadać bardzo duże nasilenie reakcji agresywnych oraz utrwalone trudności w regulowaniu emocji, dużą tendencję do łamania przepisów prawa. Zachowania o wydźwignię agresywnym i antyspołecznym mogą być częste i intensywne. W tym wypadku można także postawić hipotezę o tym, że opisane wyżej zachowania mogą występować niezależnie od aktualnego stanu intoksykacji czy abstynencji. Taki obraz D. wskazuje również na istotne ryzyko występowania konfliktów społecznych, karalności, ale też może znacznie utrudniać proces terapeutyczny.

Wyliczenia: $47:11=4.27$

47-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Zachowania antyspołeczne i przestępcze

Twierdzenia (zachowania ryzykowne, dezadaptacyjne, łamanie norm):

- Popełniłem przestępstwo pod wpływem narkotyków.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Pod wpływem narkotyków prowadziłem samochód.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Byłem karany sędownie z powodu działań związanych z narkotykami.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Byłbym w stanie złamać prawo, aby zdobyć narkotyk.

Odpowiedź: 4– Raczej tak

- Uważam, że można być osobą uzależnioną i nie łamać prawa. (*pytanie odwrócone*)

Odpowiedź: 4 – Raczej nie

W drugim obszarze badawczym („Zachowania antyspołeczne i przestępcze”) D. uzyskał również wynik bardzo wysoki – 23 pkt (uśredniony 4.60). Taki wynik więc także podkreśla bardzo ważną rolę nałogu narkotykowego (opiodowego) w nasileniu zachowań niezgodnych z normami społecznymi i prawnymi. W twierdzeniach o dokonane czyny D. jednoznacznie odpowiadał „zdecydowanie tak”, natomiast w tych dotyczących przewidywanych zachowań jego odpowiedź była nieco mniej pewna („raczej tak”). Jak się wydaje taki stan rzeczy może wskazywać, że takie zachowania stanowią stały element funkcjonowania D. Oczywistymi konsekwencjami takiego stylu życia są poważne trudności adaptacyjne, wysokie ryzyko konfliktów społecznych i karalność.

Wyliczenia: 23:5=4.60

23-wartość punktacji

5-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Głód narkotykowy a agresja i zachowania antyspołeczne.

Twierdzenia (emocje, agresja, impulsywność pod wpływem głodu narkotykowego):

- W chwili głodu narkotykowego odczuwam silny gniew lub złość.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Podczas głodu narkotykowego odczuwam silny niepokój.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- W czasie głodu narkotykowego jestem rozdrażniony i nerwowy.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Głód narkotykowy powoduje u mnie agresywne zachowania.

Odpowiedź: 4– Raczej tak

- W chwili głodu narkotykowego rozładowuję negatywne emocje przez krzyk, niszczenie przedmiotów lub agresję wobec ludzi.

Odpowiedź: 4– Raczej tak

- Łamanie prawa z powodu głodu narkotykowego jest dla mnie uzasadnione.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak



- Byłbym w stanie ukraść pieniądze, aby kupić narkotyki.
Odpowiedź: 4– Raczej tak
- Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.
Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie
- Poświęciłbym ostatnie pieniądze na zakup narkotyków.
Odpowiedź: 4– Raczej tak
- Głód narkotykowy wpływa negatywnie na moje relacje z innymi.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak
- Pod wpływem głodu narkotykowego moje zachowanie staje się bardziej impulsywne.
Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

Trzeci z wyników badania ponownie należy do not bardzo wysokich (47 pkt/uśredniony 4.27). Wynik ten wskazuje na bezpośredni związek między głodem narkotykowym a nasilonymi reakcjami agresywnymi i antyspołecznymi. Bardzo wysoka nota w tym obszarze może sugerować, że w stanach głodu narkotykowego (opiodowego) w pacjenta następuje wzrost niepokoju, rozdrażnienia, D. traci kontrolę nad swoimi agresywnymi reakcjami i dochodzi do gwałtownych zachowań związanych z przemocą wobec otoczenia, niszczeniem przedmiotów, celem rozładowania nagromadzonego napięcia emocjonalnego. Takie zachowanie zdecydowanie utrudnia funkcjonowanie społeczne pacjenta i naraża go na konsekwencje prawne. Na wszystkie twierdzenia z wyjątkiem jednego w tym obszarze pacjent odpowiadał „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”, co można potraktować z całą pewnością za duże nasilenie problemów z zachowaniem pod wpływem głodu narkotykowego. Jedynie twierdzenie „Byłbym w stanie świadczyć usługi seksualne w zamian za narkotyki.” Zostało opatrzone przez D. odpowiedzią „zdecydowanie nie”, co wydaje się uzasadnione biorąc pod uwagę zarówno „męskie” wychowanie przez autorytarnego ojca jak i sportowe zainteresowania pacjenta (sporty MMA).

Wyliczenia: 47:11=4.27

47-wartość punktacji

11-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Środowisko zewnętrzne a agresja i zachowania antyspołeczne

Twierdzenia (normy środowiskowe, presja społeczna):

- Przebywam w środowisku, w którym zachowania agresywne lub przestępcze są akceptowane.
Odpowiedź: 4– Raczej tak
- Środowisko często skłania mnie do łamania prawa.



Odpowiedź: 1 – Zdecydowanie nie

- Należałem/am do grup, w których używanie narkotyków było normą.

Odpowiedź: 4– Raczej tak

Przedostatnim wynikiem badania była zależność środowiska przebywania D. z występowaniem zachowań antyspołecznych i agresywnych i w tym przypadku pojawił się wynik 9 pkt., tj. uśredniony 3.00 – należący do przedziału not umiarkowanych. Ten wynik może oznaczać, że środowisko przebywania, mimo wszystko, jakkolwiek przecież destrukcyjne, może nie mieć decydującego udziału w nasileniu tego rodzaju objawów. Może się oczywiście sytuacyjnie przyczyniać do zachowań agresywnych lub antyspołecznych, zwłaszcza w momentach stresujących, czy presji grupy, ale nie jest dominującym czynnikiem.

Wyliczenia: $9:3=3.00$

9-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Obszar badawczy: Rodzina pochodzenia a agresja i zachowania antyspołeczne.

Twierdzenia (trauma, przemoc, zaniedbanie):

- W domu rodzinnym dochodziło do przemocy fizycznej lub psychicznej.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Doświadczylem/am zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie.

Odpowiedź: 5 – Zdecydowanie tak

- Konflikty rodzinne wpłynęły na moje zachowania agresywne.

Odpowiedź: 4– Raczej tak

Ostatnim obszarem badania ankiety autorskiej była analiza wpływu rodziny pochodzenia pacjenta na jego negatywne zachowania. W tym wypadku już wynik należy do przedziału not bardzo wysokich, więc można mówić o istotnym wpływie rodziny na kształtowanie się postaw agresywnych i antyspołecznych u D. Silny i utrwalony wpływ doświadczeń rodzinnych na występowanie reakcji agresywnych i sprzecznym z normami społecznymi wydaje się być w przypadku D. bardzo prawdopodobny. Pacjent przecież doświadczał przemocy ze strony ojca, zaniedbania i chronicznego braku bezpieczeństwa, co w istotny sposób zdeorganizowało rodzinę pochodzenia, mogło także mieć silny wpływ na utrwalenie negatywnych wzorców funkcjonowania D.

Wyliczenia: $14:3=4.67$

14-wartość punktacji

3-ilość twierdzeń w kategorii

Podsumowanie opisu przypadku D.



Profil D. sugeruje zaburzony obraz funkcjonowania na poziomie osobowościowym i emocjonalnym. Wyniki badań wskazują także na wyraźnie nasilone cechy impulsywności i agresji, ale także zaburzenia w myśleniu ze znacznymi trudnościami w sferze społecznej i rodzinnej.

Wyniki MMPI-2 ujawniają możliwe cechy odchyień na poziomie psychopatycznym, hipomaniakalnym. Obecne w zachowaniu D. podczas sesji terapeutycznych symptomy pobudzenia psychoruchowego, impulsywność, drażliwość i poparta faktami z życia skłonność do zachowań ryzykownych i łamania norm prawnych oraz społecznych, znalazła także swoje odzwierciedlenie w wynikach badań (MMPI-2). D. często prezentował podejrzliwość wobec otoczenia, nieufność, wrogość, przewrażliwienie na swoim punkcie, wspominał o myślach prześladowczych. Był pewien, że inne osoby mają wobec niego negatywne zamiary. Dezorganizację procesów poznawczych można odnaleźć w wysokich wynikach różnych skali MMPI-2 (psychastenii, schizofrenii, dziwaczego myślenia). D. prezentował także wyobcowanie z rodziny, zaburzenia więzi, deficyty wsparcia społecznego.

Agresywność pacjenta zauważona przez terapeutę podczas sesji, jego relacji, ale także w wynikach badań. MMPI-2 wskazywał na wysoki poziom psychotyzmu, agresywności i niewrażliwości na opinię społeczną, co podkreślało niską zdolność do autorefleksji, empatii, przy jednoczesnym dążeniu do dominacji i konfrontacyjnym stylu funkcjonowania. W rezultatach Kwestionariusza BPAQ odnaleźć można wyniki świadczące o wysokim poziomie agresji fizycznej, werbalnej, nasilonej wrogości i wysokim poziomie gniewu i osłabionej zdolności do kontrolowania reakcji agresywnych. Z kolei w wynikach Kwestionariusza Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P podkreślony jest wysoki poziom porywczności, skłonność do podejmowania działań pochopnych, bez rozważania konsekwencji, wysoka potrzeba stymulacji doznaniem, działanie impulsywne.

Obrazu profilu D. dopełniają wyniki ankiety własnej z wysokimi notami poziomu agresji i trudności w regulacji emocji, wysokim nasileniem tendencji do zachowań antyspołecznych i przestępczych. Rolę substancji psychoaktywnych w determinowaniu takiego typu zachowań podkreśla wysoki wynik w obszarze wpływu głody narkotykowego na agresję i zachowania antyspołeczne. Bardzo silną zależność ma także wpływ doświadczeń z rodziny pochodzenia na antyspołeczne funkcjonowanie pacjenta.

Uzyskany obraz profilu D. sugeruje współwystępowanie cech psychotycznych, impulsywno-agresywnych oraz antyspołecznych, przy istotnym wpływie czynników rodzinnych i substancji psychoaktywnych.



5.2 Podsumowanie badań własnych

W procesie badawczym badaniom poddano 6 osób (3 kobiety, 3 mężczyźni) – pacjentów Poradni Leczenia Uzależnień. Do badania zastosowano Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry (BPAQ), Kwestionariuszem Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P, który bada impulsywność oraz ankietę własną (autorską) „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia”, umożliwiającą zebranie danych o historii uzależnienia, funkcjonowaniu społecznym, prawnym, doświadczeniach rodzinnych. Tak dobrany zestaw narzędzi miał za zadanie stworzenie wieloaspektowej analizy badanych zjawisk.

Ponadto analizie poddano zgromadzone w dokumentacji rezultaty badania MMPI-2. Na podstawie zgromadzonych w dokumentacji wyników badania Kwestionariuszem MMPI-2 ujawniono, że u wszystkich osób badanych pojawiają się podwyższone wyniki skal świadczących o trudności w funkcjonowaniu społecznym. Były to skale depresji, introwersji, zaburzeń na tle lękowym, obsesyjno-kompulsywnym, wysokie wyniki w skali agresywności, deficyty w kontroli impulsów, zachowania antyspołeczne, ale także skale schizofrenii, nieprawidłowości w procesach poznawczych, itp.

Autorka podjęła próbę analizy podwyższeń skal oraz wzorców trudności (internalizacyjnych i eksternalizacyjnych) w profilu MMPI-2, które – w świetle literatury – mogą wiązać się z cechami funkcjonowania opisywanymi w kontekście osobowości borderline oraz antyspołecznej. Interpretacje te mają charakter hipotez klinicznych i nie stanowią podstawy do formułowania rozpoznań.

Na wykresie przedstawiono rozkład uzyskanych podwyższeń w badanej grupie. Należy jednak uwzględnić ograniczenia interpretacyjne, w tym wpływ uzależnienia (zwłaszcza od opioidów), aktualnego stanu psychicznego badanych oraz możliwe tendencje do dysymulacji lub symulacji.

Wykres 7 Rozkład cech osobowości borderline i antyspołecznej w badanej grupie





Źródło: opracowanie własne.

Pozyskane wyniki podkreślają równomierny rozkład analizowanych podwyższeń skal wzorców trudności, bez wyraźnej dominacji którejkolwiek z kategorii. Z grupy 6 osób dwie ujawniły możliwość trudności w aspekcie antyspołecznym (kobieta, mężczyzna), 2 zaś połączenia cech zarówno antyspołecznych, jak i wzorców borderline (kobieta, mężczyzna), a w przypadku 2 badanych (kobieta, mężczyzna) nie zidentyfikowano żadnego z tych wymiarów. Nadmienić należy także, że żadna z badanych osób nie wykazała podwyższonych wzorców borderline.

W kolejnym badaniu (Kwestionariusz agresji BPAQ) wyniki próby pacjentów poddano analizie pod kątem obecności agresywności jako cechy w odniesieniu do czterech jej wymiarów, tj. agresji fizycznej, agresji słownej, gniewu i wrogości. Poniższy wykres obrazuje stopień nasilenia tych cech w badanej próbie.

Wykres 8 Profil agresji badanych osób w czterech wymiarach kwestionariusza BPAQ.

Skala: 1 – niski, 2 – przeciętny, 3 – podwyższony, 4 – wysoki, 5 – bardzo wysoki.



Źródło: opracowanie własne.

Wyniki wskazały, że badana próba pacjentów charakteryzuje się podwyższonym poziomem agresji, ale o zróżnicowanym jej nasileniu w poszczególnych wymiarach. Obszar wrogości osiągnął najwyższy poziom – u wszystkich badanych (3 kobiety, 3 mężczyzn) wyniki należały do przedziału not bardzo wysokich (5,0), co sugeruje, że jest to czynnik dominujący w funkcjonowaniu pacjentów. Drugim z kolei wynikiem pod kątem nasilenia okazał się aspekt agresji fizycznej – 5 na 6 badanych (2 kobiety, 3 mężczyzn) wykazało wynik z przedziału bardzo wysokich (4,83), jedna zaś z przedziału wysokich (kobieta). Trzecim w kolejności okazał się obszar agresji werbalnej. W ramach tych wyników 5 na 6 osób uzyskało wynik bardzo wysoki (2 kobiety, 3 mężczyzn), jedna natomiast przeciętny (kobieta). Łącznie określono ten wynik jako wysoki (4,5). Ostatni, czwarty wynik stanowił wymiar gniewu, w którym to noty były najbardziej zróżnicowane: 1 osoba otrzymała wynik bardzo wysoki (mężczyzna), 2 wysoki (2 mężczyzn) i po jednej osobie dla wyniku przeciętnego (kobieta), podwyższonego (kobieta) oraz niskiego (kobieta). Łącznie ten wynik został zakwalifikowany do przedziału podwyższonego (3.17).

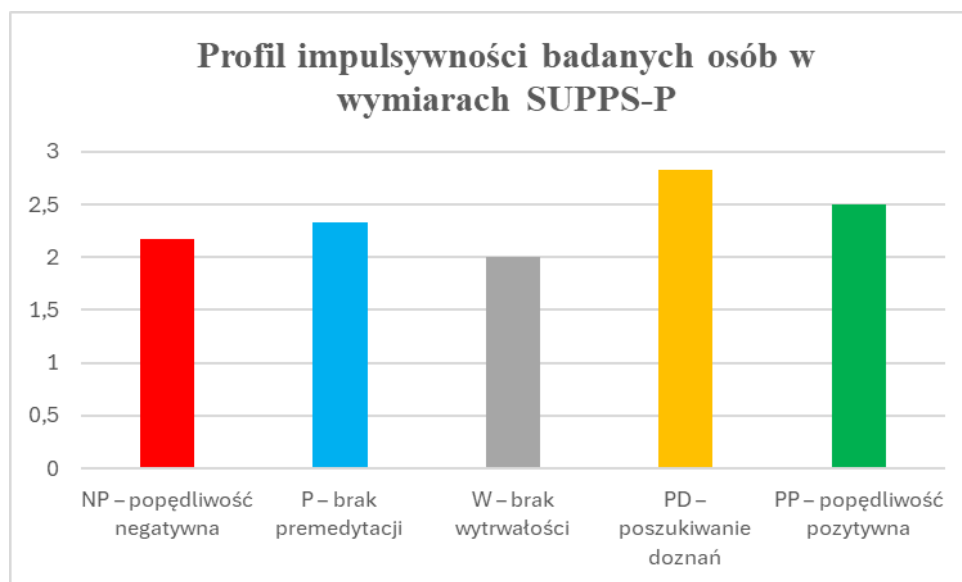
Profil agresji badanych sugeruje, że cecha ta ma u tych pacjentów przede wszystkim wymiar poznawczo-behawioralny, a w mniejszym stopniu dotyczy wymiaru emocjonalnego. Nasuwa się więc spostrzeżenie, że badani wykazywać mogą tendencję do zachowań konfliktowych, jednocześnie być osobami o nasileniu negatywnych przekonań wobec otoczenia.

Założeniem badania Kwestionariuszem Skróconej Wersji Skali Impulsywnego Zachowania SUPPS-P był pomiar impulsywności jako cechy osobowości w 5 wymiarach, w

próbie wytypowanych pacjentów. Poniższy wykres przedstawia rozkład nasilenia impulsywności uzyskany w przedmiotowym badaniu.

Wykres 9 Profil impulsywności badanych osób w pięciu wymiarach kwestionariusza SUPPS-P.

Skala: 1 – niski, 2 – umiarkowany, 3 – wysoki.



Źródło: opracowanie własne.

Wyniki poziomu impulsywności badanej grupy (6 osób) można zinterpretować jako umiarkowane nasilenie tej cechy we wszystkich pięciu wymiarach.

Najwyższą średnią wartość osiągnął wymiar „poszukiwanie doznań PD”, tj. średnio 2,8. Notę można sklasyfikować jako górny przedział wyników umiarkowanych. Silną potrzebę stymulacji nowymi doznaniem, tendencję do podejmowania czynności ryzykownych przejawiali, według badania wszyscy pacjenci, z tym, że w przypadku pięciu osób ten aspekt osiągnął notę wysoką (3 kobiety, 2 mężczyźni), a u jednej z osób (mężczyzna) wynik był na poziomie umiarkowanym.

Drugim w kolejności wartości wyników był wymiar „pozytywna popędliwość PP” ze średnią notą 2,5. Skłonność do impulsywnych zachowań w sytuacjach intensywnych, pozytywnych emocji zaprezentowało czterech badanych na poziomie wysokim (3 kobiety, 1 mężczyzna), jeden badany na poziomie umiarkowanym (mężczyzna) oraz jeden na poziomie niskim (mężczyzna).

Trzecim wynikiem okazał się „brak premedytacji P” ze średnią wartością 2,3. w Tym aspekcie rozpatruje się tendencję do podejmowania czynności pochopnie, bez analizowania konsekwencji podjętych decyzji. I tak, czterech badanych (1 kobieta, 3 mężczyźni) uzyskało

wynik wysoki, natomiast dwie osoby (2 kobiety) wynik niski. Tu należy więc podkreślić, że badane kobiety, mimo że mają cechy impulsywności, to jednak w przeważającej większości odznaczają się zdolnością do kalkulacji konsekwencji działań. Może to być zarówno pozytywny jak i negatywny aspekt, jak już to zostało opisane w konkretnych przypadkach.

Czwarty wynik stanowi „negatywna popędliwość NP” z notą średnią 2,2. W ramach tego wyniku dwóch badanych (1 kobieta, 1 mężczyzna) zidentyfikowano jako wynik wysoki, 3 osoby jako wynik umiarkowany (2 kobiety, 1 mężczyzna) oraz jedną osobę jako wynik niski (mężczyzna). Nota łączna badanych wskazuje, że grupa ta ma wartość ogólnie przeciętną, jednak najprawdopodobniej ta cecha nie należy do aspektów skrajnie nasilonych.

Najniższą wartość średnią uzyskał wymiar „brak wytrwałości W” z notą 2,0. Wynik ten znajduje się w przedziale not umiarkowanych, ale można go umiejscowić w jego dolnej granicy. I tak w grupie badanych ogólnie sklasyfikowanej jako przeciętna zdolność do podtrzymywania uwagi na realizowanym zadaniu i podejmowanie wysiłku w czynnościach, dwie osoby (1 kobieta, 1 mężczyzna) uzyskały wynik wysoki, 2 umiarkowany (2 mężczyzn) oraz 2 niski (2 kobiety). Interpretując rozkład płci w obrębie tego obszaru można przypuszczać, że kobiety są jednak bardziej wytrwałe w działaniach.

Profil impulsywności badanej grupy sugeruje wniosek, że dominującym aspektem tej cechy jest poszukiwanie doznań, przy jednoczesnej umiarkowanej porywczoci podczas napięcia emocjonalnego oraz równie umiarkowanym poziomie kontroli poznawczej (premedytacja i wytrwałość). Nasuwa się więc stwierdzenie, że impulsywne zachowania w przypadku badanych mogą być związane z potrzebą stymulacji doznaniem i nasileniu emocji niż z braku umiejętności samokontroli.

W ramach badania ankietą autorską „Funkcjonowanie psychologiczne i doświadczenia życiowe w grupie osób z doświadczeniem uzależnienia” oceniono pięć wymiarów funkcjonowania: ogólny poziom agresji i trudności w regulacji emocji, zachowania antyspołeczne i przestępcze, głód narkotykowy a agresja i zachowania antyspołeczne, środowisko zewnętrzne a agresja i zachowania antyspołeczne oraz rodzina pochodzenia a agresja i zachowania antyspołeczne. Poniższy wykres przedstawia wyniki badań.

Wykres 10 Profil agresji i zachowań antyspołecznych badanych osób na podstawie ankiety autorskiej.

Skala: 0 – bardzo niski, 1 – niski, 2 – umiarkowany, 3 – wysoki, 4 – bardzo wysoki.





Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie powyższych wyników badania ankietą autorską można stwierdzić, że grupa badanych przejawia zróżnicowany, ale podwyższony poziom agresji i zachowań antyspołecznych w większości z analizowanych obszarów.

Najwyższa nota przedmiotowego badania (poziom wysoki) to obszar wpływu rodziny pochodzenia na występowanie agresji i zachowań antyspołecznych ze średnim wynikiem 3.6. W ramach tego wyniku cztery osoby osiągnęły notę bardzo wysoką (3 mężczyzn, 1 kobieta) a dwie (2 kobiety) zaś wartość wysoką. Taki stan rzeczy zdecydowanie podkreśla jak silny wpływ na kształtowanie zachowań sprzeczne z normami społecznymi i te agresywne mają doświadczenia z domu rodzinnego. Trudne dzieciństwo, więc powoduje powstanie i późniejsze utrwalenie negatywnych wzorców funkcjonowania, więc jest to kluczowa rola w rozwoju badanych trudności.

Podobny wynik średni (3,5) uzyskał obszar wpływu głodu narkotykowego na nasilenie negatywnych zachowań, w tym agresywnych. W ramach tego wyniku połowa badanych (1 kobieta, 2 mężczyzn) wykazało notę bardzo wysoką, zaś druga połowa (2 kobiety, 1 mężczyzna) notę wysoką. Wynik tego obszaru może wskazywać na istotny związek między odczuwaniem braku substancji a nasileniem agresji i zachowań problemowych.

W obszarze występowania zachowań antyspołecznych i przestępczych odnotowano wynik średni 3,3. W ramach tego wyniku 2 osoby uzyskały wynik bardzo wysoki (2 mężczyzn), a 4 osoby notę wysoką (3 kobiety, 1 mężczyzna). Taki rozkład wyników sugeruje, że uzależnione od opioidów badane kobiety, mimo że wykazują wysoki poziom skłonności do

naruszania norm społecznych i prawnych to nieco jednak te tendencje są słabsze niż w przypadku mężczyzn.

W odróżnieniu do wpływu rodziny pochodzenia, wpływ środowiskowy na agresję i zachowania antyspołeczne badanych ma niższe nasilenie (średnie 2,8). Bardzo wysoki poziom w tej kwestii odnotowano przy dwóch osobach (2 kobiety), wysoki poziom przy jednej osobie (kobieta), a poziom umiarkowany przy trzech pozostałych osobach – wszystkich mężczyznach. Nasuwający się wniosek to stwierdzenie, że otoczenie, w którym przebywa uzależniony ma wpływ na jego zachowanie, w tym na nasilenie agresji i łamanie norm społecznych czy prawnych, ale nie jest to czynnik dominujący w poruszanej tematyce. Nadto ciekawy wydaje się wniosek, że to kobiety są bardziej skłonne do zachowań negatywnych pod wpływem grupy społecznej, w której przebywają, niż mężczyźni. Być może jest to związane z większą podatnością na wpływ otoczenia, a nawet wychowaniem kobiet, w którym jednak nadal dominuje styl patriarchalny oraz niestety tendencja do postrzegania płci żeńskiej jako tej podporządkowanej.

Najniższy wynik w opisywanym badaniu należy do obszaru ogólnego poziomu agresji i trudności w regulacji emocji (średni 2,7), oczywiście nadal jest to przedział umiarkowany. Doświadczenie przez osoby uzależnione (od opioidów) trudności emocjonalnych i nasilonej agresji nadal jest istotne, ale również nadal nie dominujące.

Ocena wyników badań przeprowadzonych na grupie 6 pacjentów Ośrodka Leczenia Uzależnień wykazała, że cechy osobowości osób uzależnionych od środków opioidowych mogą mieć istotne powiązanie z nasileniem zachowań agresywnych i antyspołecznych.

Impulsywność jako cecha może sprzyjać zachowaniom niekontrolowanym, sprzecznym z normami społecznymi i prawnymi. O nasileniu takich zachowań może także decydować specyfika objawów związanych z używaniem opioidów oraz związanymi z nią symptomami odstawiennymi (głód narkotykowy). Silny przymus zażycia substancji może więc powodować deficyty w kontrolowaniu reakcji oraz wzrost gotowości do impulsywnych działań agresywnych i antyspołecznych.

Niewątpliwie też środowisko przebywania osób uzależnionych (od opioidów), a szczególnie rodzina pochodzenia będzie miała istotny wpływ na skłonność do negatywnych zachowań w dorosłości. Traumatyczne doświadczenia z domu rodzinnego, takie jak przemoc, zaniedbanie emocjonalne czy brak stabilnych relacji opiekuńczych, mogły stanowić istotne tło rozwojowe zarówno dla uzależnienia, jak i zachowań agresywnych. Przynależność do grup o charakterze destrukcyjnym lub przestępczym natomiast może sprzyjać utrwalaniu postaw antyspołecznych oraz normalizacji zachowań agresywnych.

Sama analiza różnic ze względu na płeć badanych nie dała jednoznacznie możliwości określenia konkretnych wniosków. W szczególności, że była to próba o nie wielkiej liczebności a badania miała charakter jakościowy nie ilościowy. Biorąc pod uwagę powyższe zastrzeżenie należy stwierdzić, że zarówno kobiety jak i mężczyźni, którzy są uzależnieni od opioidów mogą mieć skłonność do przejawiania zachowań agresywnych i antyspołecznych, chociaż ich forma i nasilenie mogą być zróżnicowane.

Przeprowadzone badania wykazują wieloczynnikowy aspekt zachowań agresywnych i antyspołecznych u osób uzależnionych od opioidów, a ze względu na istniejące ograniczenia w badaniach, pilotażowy charakter badań oraz niewielką liczebność próby, uzyskane wyniki należy interpretować z ostrożnością. Wyniki te jednak mogą stanowić wartościowy punkt wyjścia do dalszych badań prowadzonych na większych i bardziej zróżnicowanych grupach badawczych.



Rozdział 6 Dyskusja wyników

6.1 Związek uzależnienia od opioidów z nasileniem zachowań agresywnych i antyspołecznych

6.1.1 Uzależnienie od opioidów a zachowania agresywne/impulsywne w badaniach

W literaturze międzynarodowej odnotowano przykłady badań, które podejmowały tematykę wpływu uzależnienia od opioidów na nasilenie agresji, impulsywności i zachowań problematycznych u osób z tym nałogiem. Niestety rodzime (polskie) przykłady badań w tym temacie są niezmiernie skąpe, żeby nie powiedzieć, że ich ilość jest niewystarczająca do wysuwania wniosków klinicznych.

W 2023 roku w czasopiśmie „International Journal of High Risk Behaviors and Addiction” zostały opublikowane wyniki badań indyjskich naukowców związanych z psychiatrią i leczeniem uzależnień. Badanie dotyczyło analizy zachowań agresywnych i impulsywnych osób uzależnionych od opioidów. Grupę porównano z próbą kontrolną osób zdrowych. Próba pacjentów uzależnionych liczyła 437 osób, zaś kontrola zdrowych 142 osoby. Do badania wykorzystano narzędzie do pomiaru impulsywności Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), natomiast do zmierzenia poziomu agresji Buss–Perry Aggression Questionnaire – BPAQ. W grupie osób badanych uzależnionych od opioidów wyniki w obrębie impulsywności uwagi, która odnosi się do niekontrolowanego przetwarzania informacji i następstw w postaci pochopnych decyzji oraz braku planowania swoich działań, osoby te uzyskały zdecydowanie wyższe wyniki niż grupa kontrolna osób zdrowych. We wnioskach podkreślono, że wyniki takie mogą wskazywać na deficyty w samokontroli i planowaniu działań. W badaniu tym te same grupy poddano analizie pod kątem występowania agresywnych skłonności, wykorzystując Buss–Perry Aggression Questionnaire (BPAQ). Wyniki uzależnionych od opioidów były istotnie wyższe we wszystkich wymiarach, tj. agresji fizycznej, słownej, poziomie gniewu i wrogości, niż zdrowej grupy kontrolnej (Sarkar i in., 2023).

W innych badaniach opublikowanych w czasopiśmie „Journal of Substance Use” w 2025 roku, tym razem grupa naukowców tureckich, zaprezentowała swoje wyniki badań porównujące tym razem impulsywność i agresję u trzech grupy osób: uzależnionych od opioidów, uzależnionych od metaamfetaminy oraz w grupie kontrolnej. W trakcie tego badania wykorzystano zarówno BIS-11, jak i BPAQ. Obie grupy uzależnionych osiągały wyższe średnie wyniki w obszarze impulsywności oraz agresji niż grupa kontrolna osób



zdrowych. Porównując jednak uzależnionych od opioidów oraz od metaamfetaminy okazało się, że impulsywność jest bardziej nasiloną u tej drugiej grupy osób niż u pierwszej. Taki też wniosek płynął z oceny wyników w obszarze agresji. Obie grupy uzależnionych wykazywały wyższe noty niż grupa kontrolna, zaś w obrębie porównania osób uzależnionych od opioidów i metaamfetaminy, wyższy poziom agresji odnotowano u tej drugiej grupy (Karabulut i in., 2025).

Wyniki badań belgijskich autorstwa Philippe'a Kempeneersa i współpracowników opublikowane zostały w czasopiśmie *Indian Journal of Psychological Medicine* w 2023 roku. Założeniem badań była ocena trafności teoretycznej i pomiarowej Pięciodymiarowego Modelu Impulsywności UPPS-P. Badaniem objęto grupę 125 pacjentów zdiagnozowanych jako uzależnionych ogólnie od substancji psychoaktywnych, hospitalizowanych w programie detoksykacyjnym. Część z tych osób była uzależniona od opioidów. Wyniki badań podkreśliły wielowymiarowy charakter impulsywności i wskazywały konieczność rozpatrywania zjawiska w kontekście transdiagnostycznym. Wnioskiem w badaniach było między innymi stwierdzenie, że impulsywność łączy się z emocjonalnymi problemami, np. depresją, lękiem, obniżoną samooceną, które są często bardzo nasilone w uzależnieniach. Ponadto ustalono, że niezmiernie często u osób uzależnionych występują zachowania impulsywne, pochopne podejmowanie decyzji, bez analizy ich konsekwencji i brak wytrwałości w dążeniu do celu, szybka rezygnacja, zniechęcenie. Te aspekty według autorów przedmiotowych badań sprzyja zmniejszeniu się motywacji do zachowania trzeźwości, obniżonym poczuciem własnej skuteczności, częstszym nawrotom nałogu czy nasileniu objawów głodu narkotykowego (Kempeneers i in., 2023).

Przywołane już w niniejszej pracy badanie naukowców związanych z ośrodkami akademickimi w Stanach Zjednoczonych nad przemocą wobec partnera intymnego wykazały, że osoby uzależnione od opioidów (osoby stosujące opioidy na receptę) częściej stosują przemoc wobec osób bliskich. Ograniczenia rynku nielegalnych opioidów powodowały natomiast zmniejszenie interwencji w sprawach przemocy (Dave i in., 2025).

Wyniki badań naukowców z Uniwersytetu Exeter w Wielkiej Brytanii opublikowane w czasopiśmie „*Psychopharmacology*” w 2020 r. koncentrowały się na porównaniu osób z zaburzeniami używania opioidów w stanie odstawiennym (na głodzie od ponad 12h) z grupą osób o tych samych zaburzeniach, ale w stanie po spożyciu opioidów w dniu badania oraz grupą kontrolną bez zaburzeń. Badani mieli do wykonania zadanie o nazwie Cyberball, które miało symulować odczucie wykluczenia społecznego. Jest to gra komputerowa polegająca na rzucaniu piłki do innych uczestników (awatary sterowane przez komputer. Uczestnik gry



czasami może otrzymać piłkę lub jej nie dostać. U osób nieintoksykowanych zauważony większy poziom irytacji i gniewu w podczas „doświadczenia wykluczenia społecznego” oraz obniżone poczucie empatii, niż w przypadku grupy intoksykowanej, a także kontrolnej. Wnioskiem płynącym z tego badania była sugestia, że stan odstawienia substancji/abstynencji i objawów głodu opioidowego nasila reaktywność emocjonalną, a w konsekwencji może prowadzić do zachowań agresywnych w obliczu sytuacji stresu społecznego (Carlyle i in., 2020).

Do ciekawych wniosków doszli także naukowcy polscy związani z Katedrą i Kliniką Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W opublikowanym w 2016 roku w czasopiśmie „Alcoholism and Drug Addiction” artykule pt. „Doświadczenie w dzieciństwie przemocy fizycznej wśród pacjentów uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie – doniesienie wstępne” przedstawili wyniki badań dotyczące wpływu doświadczenia przemocy w dzieciństwie a funkcjonowaniem społecznym i zdrowotnym w dorosłości osób z problemem uzależnienia od opioidów. Badaniem objęto 240 pacjentów uzależnionych od opioidów w leczenia substytucyjnego w Polsce. Wnioski płynące z badań dotyczyły przypuszczenia, że dorastanie dzieci w traumatyzującym środowisku rodzinnym wpływa na nasilenie problemów psychospołecznych u osób uzależnionych i sprzyja impulsywności i skłonności do zachowań agresywnych w życiu dorosłym (Fudalej i in., 2016). Podobne wnioski postawili naukowcy australijscy. Wyniki badań ponadto sugerowały, że w takim przypadku ryzyko łamania prawa było częstsze, a w leczeniu substytucyjnym takie osoby miały większe trudności (Santo i in., 2022).

Na koniec rozważań dotyczących tematu należy wspomnieć o badaniach Ryszarda Poprawy z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego. Ryszard Poprawa opracował i dokonał walidacji polskiej, skróconej wersji Skali Impulsywnego Zachowania UPPS-P, oznaczonej jako SUPPS-P. Autor poddał badaniu grupę 522 osób uzależnionych od alkoholu, w tym pacjentów ośrodka leczenia uzależnień oraz studentów i innych osób dorosłych. Wyniki badań zostały opublikowane w 2019 roku w czasopiśmie naukowym „Alcoholism and Drug Addiction” (z ang. *Alkoholizm i Narkomania*). Autor wykazał związek uzależnienia od alkoholu z poszczególnymi wymiarami impulsywności. Wnioski z badań opierały się na twierdzeniu, że podwyższone wyniki w obszarze „popędliwości (porywczosci) negatywnej” i „pozytywnej” osób uzależnionych mogą sugerować zwiększoną tendencję do podejmowania impulsywnych działań pod wpływem silnych stanów emocjonalnych. Badanie potwierdziło także podwyższone wyniki w obszarze „braku premedytacji” i „braku wytrwałości” jako parametrów sprzyjających zarówno procesowi uzależnienia, ale też impulsywności. Autor



badania wykazał także, że obecne były różnice między płcią osób badanych w wymiarze „popędliwości (porywczosci) negatywnej”, w którym to kobiety osiągały średnio wyższe wyniki niż mężczyźni oraz w obszarze „poszukiwania doznań”, w którym to mężczyźni uzyskiwali wyższe wyniki niż kobiety. Wynik „poszukiwania doznań” okazał się najmniej istotny w nasileniu zjawiska impulsywności (Poprawa, 2019).

6.1.2 Dyskusja wyników

W niniejszej pracy zastosowano podejście wielokrotnego studium przypadku, dlatego w dyskusji koncentruję się na identyfikacji powtarzalnych wzorców oraz różnic między przypadkami, a nie na wnioskowaniu przyczynowym i uogólnianiu rezultatów na populację.

Celem niniejszego podrozdziału jest interpretacja uzyskanych wyników w kontekście analizowanych studiów przypadku, a także odniesienie ich do aktualnego stanu wiedzy dotyczącej związku uzależnienia od opioidów z nasileniem zachowań agresywnych i antyspołecznych. Format wielokrotnego studium przypadku pozwolił na pogłębioną analizę indywidualnych sposobów funkcjonowania osób badanych, przy jednoczesnym wyodrębnieniu powtarzalnych wzorców zachowań.

Pierwszy analizowany obszar badawczy odnosił się do ogólnego poziomu agresji oraz trudności w regulacji emocji u osób uzależnionych od opioidów. Analiza dokumentacji psychologicznej ujawniła, że we wszystkich badanych przypadkach występowały podwyższone wyniki w wybranych skalach MMPI-2, charakterystycznych dla określonych profili osobowości i problemów w funkcjonowaniu emocjonalnym. Wyniki z tych skal najczęściej dotyczyły depresji, introwersji społecznej, lęku, zachowań obsesyjno-kompulsyjnych, agresji, zaburzeń kontroli impulsów oraz postaw antyspołecznych, a w pojedynczych przypadkach również skali schizofrenii. Zestawienie profili poszczególnych przypadków wskazuje na istotną heterogeniczność obrazu klinicznego, jednak jednocześnie pozwala dostrzec wspólny mianownik w postaci deficytów w zakresie regulacji emocji i kontroli impulsów. Uzyskane wyniki pozostają zbieżne z wnioskami przedstawionymi przez Kempeneersa i współpracowników (2023), którzy — mimo zastosowania odmiennego narzędzia badawczego (UPPS-P) oraz niejednorodnej próby pod względem rodzaju substancji — wskazali na istotne nasilenie impulsywności u osób uzależnionych.

Porównanie wyników badań własnych z danymi uzyskanymi przy użyciu Kwestionariusza Agresji Bussa-Perry’ego (BPAQ) wykazało, że w analizowanych przypadkach wszystkie cztery wymiary agresji osiągały wartości podwyższone. Wrogość,



agresja słowna oraz agresja fizyczna lokowały się na poziomie not wysokich, natomiast gniew na poziomie podwyższonym. Taki rozkład wyników wskazuje, że agresja u osób uzależnionych od opioidów ma charakter wielowymiarowy i nie ogranicza się wyłącznie do reakcji impulsywnych. Podobne rezultaty prezentują badania Sarkara oraz Karabuluta, w których osoby uzależnione od opioidów również uzyskiwały istotnie wyższe wyniki w zakresie agresji w porównaniu do populacji ogólnej.

W odniesieniu do impulsywności, mierzonej Kwestionariuszem SUPPS-P, interpretacja wyników wymaga szczególnej ostrożności ze względu na ograniczoną liczbę badań porównawczych prowadzonych na populacji osób uzależnionych od opioidów. Niemniej jednak analiza jakościowa przypadków ujawniła, że we wszystkich badanych profilach impulsywność była wyraźnie nasiloną, przy czym najwyższe wartości dotyczyły wymiaru „poszukiwania doznań”. Wynik ten pozostaje w częściowej sprzeczności z badaniami walidacyjnymi Poprawy, w których „poszukiwanie doznań” uznano za najmniej istotny komponent impulsywności. Różnice te mogą wynikać ze specyfiki badanej populacji, rodzaju substancji oraz kontekstu klinicznego, co podkreśla znaczenie indywidualnego podejścia w analizie przypadków osób uzależnionych od opioidów.

Osobnym elementem analizy była próba identyfikacji profilu osobowości borderline i antyspołecznej w skalach MMPI-2 badanych osób. W interpretacji uzyskanych wyników MMPI-2 należy podkreślić, że narzędzie to nie służy do bezpośredniego diagnozowania zaburzeń osobowości w kategoriach DSM-5-TR czy ICD-11, może jednak dostarczyć, lecz wymiarowych wskaźników funkcjonowania psychicznego, które mogą stanowić podstawę do formułowania hipotez klinicznych. Literatura wskazuje, że w przypadku osobowości borderline charakterystyczne są podwyższone wyniki w skalach wskazujących na negatywną emocjonalność, tj. między innymi depresji, psychastenii, wrogości/agresywności. To z kolei może korespondować z kryteriami DSM-5, które obejmują niestabilność afektywną, impulsywność, intensywne i niestabilne relacje interpersonalne, jak również trudności w regulacji emocji (Graham, 2015)

W odniesieniu do cech antyspołecznych można mówić między innymi o istotnie podwyższonych skalach psychopatii oraz skali odchyłeń psychopatycznych oraz zachowań antyspołecznych. Te skale wiązane są ze skłonnościami do naruszania norm społecznych, konfliktów, impulsywności i ograniczoną internalizacją zasad, a to w konsekwencji pozostaje spójne z kryteriami osobowości antyspołecznej obejmującymi wzorzec lekceważenia i naruszania praw innych osób (Graham, 2015). W tym miejscu należy jednak zwrócić uwagę, że wskazane zależności mają charakter hipotetyczny i interpretacyjny, a same profile MMPI-2



nie stanowią podstawy do rozpoznania osobowości borderline czy antyspołecznej. Znaczenie tych skal, więc należy analizować w kontekście całościowego badania klinicznego, obejmującego wywiad diagnostyczny, analizę kryteriów klasyfikacyjnych oraz dane z innych źródeł.

Analiza przypadków wykazała, że profil podwyższeń skal trudności antyspołecznych pojawiał się częściej niż specyfiki borderline, przy czym u części badanych współwystępowały one ze sobą. Brak przypadków ujawniających wyłącznie podwyższony profil borderline może sugerować, że to właśnie wzorzec antyspołeczny jest bardziej charakterystyczny dla uzależnienia od opioidów. Obserwacja ta pozostaje zgodna z doniesieniami Trulla i współpracowników (2000) oraz pozwala przypuszczać, że zachowania agresywne i niezgodne z normami społecznymi mogą stanowić względnie trwałe element funkcjonowania części osób uzależnionych. Raz jeszcze należy jednak podkreślić, że wnioski te mogą mieć jedynie charakter hipotetyczny i wymagają ostrożności interpretacyjnej. Warunkiem ich formułowania jest prawidłowa trafność profilu (analiza skal kontrolnych). Wyniki mogą być modyfikowane przez aktualny stan psychiczny, w tym aktywne uzależnienie lub stan odstawienny, które przejściowo nasilają objawy lękowe, depresyjne i impulsywne. Należy także uwzględnić możliwość symulacji lub dysymulacji. Ostateczna interpretacja powinna być oparta na całościowej diagnozie klinicznej.

Drugi obszar badawczy związany był z relacją pomiędzy używaniem opioidów a występowaniem zachowań niezgodnych z prawem oraz postaw antyspołecznych. Analiza ankiety autorskiej wskazała na częste występowanie tego rodzaju zachowań w badanych przypadkach. Wyniki te znajdują potwierdzenie w badaniach Santo i współpracowników (2022), które wykazały istotny związek między uzależnieniem od opioidów a nasileniem zachowań przestępczych.

Trzeci obszar badawczy poruszał kwestie związku doświadczanym głodem narkotykowym z nasileniem reakcji agresywnych oraz zachowań problemowych. W analizowanych przypadkach głód substancji był jednoznacznie powiązany ze wzrostem agresji i impulsywności, co potwierdza zarówno wysoka nota uzyskana w ankiecie autorskiej, jak i zgodność z wynikami badań Carlyle i współpracowników (2020).

Kolejne obszary badawcze odnosiły się do aspektu środowiska zewnętrznego oraz doświadczeń z dzieciństwa. Choć nie odnaleziono jednoznacznych badań obcych analizujących wpływ aktualnego środowiska życia na agresję osób uzależnionych od opioidów, wyniki badań własnych wskazują na jego umiarkowane znaczenie. Zdecydowanie silniejszy związek ujawnił się natomiast w odniesieniu do traumatycznych doświadczeń w



rodzinie pochodzenia. Przemoc, zaniedbanie oraz dysfunkcje rodzinne istotnie współwystępowały z nasileniem zachowań agresywnych i antyspołecznych, co pozostaje zgodne z wynikami badań Fudalej i współpracowników (2016).

Ostatni obszar badawczy dotyczył różnic w nasileniu zachowań agresywnych i antyspołecznych ze względu na płeć. Analiza wielokrotnego studium przypadku nie pozwoliła na sformułowanie jednoznacznych wniosków w tym zakresie. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni uzależnieni od opioidów wykazywali tendencję do zachowań agresywnych i antyspołecznych, przy czym różnice dotyczyły raczej formy i nasilenia tych zachowań niż samego faktu ich występowania. Ze względu na ograniczoną liczebność próby uzyskane wyniki mają charakter eksploracyjny i nie pozwalają na generalizację.

6.2 Profilaktyka i pomoc osobom uzależnionym od opioidów w Polsce

Uzależnienie od opioidów stanowi bardzo poważny problem społeczny, w tym również w obszarze zdrowia publicznego na świecie. Wśród środków opioidowych wyróżnia się zarówno te pochodzenia naturalnego jak i syntetyczne, które są stale modyfikowane i nielegalnie wprowadzane do obiegu. Konsekwencje płynące z nadużywania tych środków to ryzyko przedawkowań często prowadzących do śmierci, chorób współistniejących, ale też zaburzeń psychicznych i długotrwałego pogorszenia funkcjonowania w życiu społecznym. Konieczne jest więc interdyscyplinarne rozpatrywanie problemu, pod kątem skutecznej profilaktyki i pomocy z uwzględnieniem podejścia medycznego, psychologicznego i społecznego.

Profilaktyka uzależnień, w tym również uzależnienia od opioidów, to ogół działań zmierzających do zapobiegania sięgnięciu po substancje psychoaktywne oraz unikanie zachowań które będą zwiększały ryzyko uzależnienia. Profilaktyka polega ta odnosi się przede wszystkim do eliminowania lub redukcji wpływu istotnych czynników ryzyka używania i nadużywania substancji, a z drugiej strony na osłabianiu czynników ryzyka poprzez identyfikację czynników chroniących. Działania profilaktyczne dotyczą zarówno edukacji, wsparcia psychologicznego, jak i promocji zdrowego trybu życia. W ramach tych działań wyróżnia się trzy rodzaje profilaktyki:

- profilaktykę uniwersalną kierowaną do ogółu społeczeństwa, realizowaną przez między innymi kampanie społeczne, działania edukacyjne w szkołach (np. program „Unplugged”);
- profilaktykę selektywną dotyczącą grup podwyższonego ryzyka (np. rodzin z problemami wychowawczymi, prawnymi, zdrowotnymi, o z historią uzależnień);



- profilaktykę wskazującą skierowaną do osób z istniejącymi objawami uzależnienia, realizowaną przez konkretne programy terapeutyczne, np. „Fred goes net”, „Unplugged” (KCPU, 2023)

Niestety profilaktyka opioidów nie została wyodrębniona na gruncie polskim z obszaru ogólnego zapobiegania uzależnieniom i zachowaniom ryzykownych w odniesieniu do tych właśnie substancji. Działania profilaktyczne dotyczą ogólnie uzależnień od substancji, wyjątkiem jest aspekt problemowego palenia marihuany (program „Candis”). Nawet kwestia bardzo małej ilości badań dotyczących używania opioidów w Polsce może podkreślać deficyty działań w zakresie tych substancji. W tym miejscu należy wspomnieć o fakcie, że Polska przystąpiła do systemu monitorowania przepisywania recept na substancje opioidowe dopiero w 2024 r. System Prescription Drug Monitoring Programs – PDMP w USA działa już od 2000 roku. Działanie to zostało dopiero podjęte po nagłym wzroście zatrucia fentanylem i koniecznością kontrolowania preskrypcji leków uzależniających. (Notes from Poland, 2024).

Zdecydowanie lepiej przedstawia się kwestia związana z leczeniem uzależnienia od opioidów. Skuteczne leczenie uzależnień, w tym od opioidów wymaga połączenia wiedzy medycznej i psychologicznej. Uzależnieni mają możliwość skorzystania z psychoterapii w ambulatoryjnych placówkach oraz stacjonarnych krótko i długoterminowych. W podejściu psychoterapeutycznym udowodniono skuteczność metod opartych na terapii poznawczo-behawioralna (CBT), dialogu motywującym, terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, terapii skoncentrowanej na emocjach, systemowej, ale też terapii traumy. Niezbędne są także programy psychoedukacyjne, treningu zastępowania agresji czy działania z obszaru interwencji kryzysowej. Bardzo ważnym elementem leczenia uzależnień, w tym od opioidów jest system wsparcia społecznego i grupy samopomocowe, np. AN (Anonimowi Narkomani) czy program z pogranicza terapii i grupy wsparcia SMART Recovery (Miller, 2021).

Bardzo istotnym, można powiedzieć, że niezbędnym w leczeniu jest program „redukcji szkód”. Najskuteczniejszą metodą leczenia uzależnień od opioidów jest farmakoterapia substytucyjna. W warunkach kontrolowanych (oddziały szpitalne i wydzielone placówki zdrowia) prowadzone są programy metadonowe - opioidowa terapii substytucyjnej OAT (z ang. *Opioid Agonist Therapy*), leczenie buprenorfiną czy podawanie naltreksonu. Metadon jest agonistą opioidowym, który zmniejsza głód tych substancji i objawy odstawienne. Buprenorfina jako częściowym agonista również obniża symptomy głodu i odstawienia opioidów. Naltrekson jest natomiast antagonistą opioidowym, stosowanym głównie po detoksykacji, naloskon zaś podawany w momentach zagrożenia



życia po przedawkowaniu.

Innymi nieodzownymi aspektami „redukcji szkód” są programy wymiany igieł oraz miejsca typu „drop-in”, które zajmują się usługami wymiany igieł do iniekcji, ale też udostępniają testy na HIV/HCV i prowadzą edukację zdrowotną (Eurasian Harm Reduction Association, 2025). Opisane wyżej programy, mimo że obecne na terenie Polski są ograniczone pod względem terytorialnym, najczęściej są dostępne jedynie w dużych miastach. Innym aspektem polityki „redukcji szkód” jest jej częste negowanie jako tej, która stanowi opozycję do promowania abstynencji w leczeniu uzależnień. Abstynencja, mimo postępu technologicznego, rozwoju nauki w XXI wieku, nadal jest najbardziej akceptowaną drogą leczenia uzależnień. Niestety...w przypadku uzależnienia od opioidów całkowicie nieskuteczną (Eurasian Harm Reduction Association, 2025).

Uzależnienie od opioidów wymaga holistycznego podejścia, stosowania metod potwierdzonych nauką, ale także różnych podejść terapeutycznych, również tak bardzo ważnego aspektu „redukcji szkód”. Paradoxem obecnych czasów jest na przykład sytuacja, kiedy ogranicza się środki na leczenie osób uzależnionych przeznaczając jednocześnie ogromne sumy na niepotwierdzone naukowo metody, pozwala się na dostęp do zawodu psychoterapeuty uzależnień osób nie mających odpowiedniego wykształcenia, czy nawet osobistych predyspozycji do pomagania ludziom chorym.

6.3 Wnioski

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest od wielu lat narastającym problemem społecznym, medycznym, ekonomicznym. Uzależnienie od środków opioidowych to również bardzo poważne wyzwanie zarówno dla służby zdrowia jak i instytucji społecznych. Konsekwencje nadużywania tych substancji są bardzo poważne, nierzadko nawet prowadzące do śmierci. Szkody występują zarówno w obszarze zdrowia fizycznego, jak i psychicznego, mają także wpływ na funkcjonowanie rodziny i społeczeństwa. Analiza literatury tematu oraz badań empirycznych prowadzi do wniosku, że efektywna profilaktyka i pomoc osobom zmagającym się z problemem uzależnienia od opioidów wymaga podejścia interdyscyplinarnego, które będzie łączyć prewencję z działaniami terapeutycznymi i psychospołecznymi.

Na koniec powyższych rozważań należy podkreślić, że przytoczone w niniejszej pracy badania stanowią jedynie wyjście do konieczności poszukiwania szerszej analizy tematu. Badania te, jeśli nawet są w pewnym stopniu można przypuszczać ich pewną miarodajność,



to jednak nie stanowią wystarczających dowodów na to, by można było je określić jako pełny ogląd na zjawisko uzależnienia od opioidów w kontekście jego wpływu na zachowania agresywne i antyspołeczne. Głównym powodem takiego stanowiska jest fakt, że są one, jakby na to nie spojrzeć, ograniczone zarówno kwestiami ilościowymi, jak i jakościowymi.

6.4 Rekomendacje

Uzależnienie od opioidów należy traktować jako wieloaspektowe zjawisko, dotyczące zarówno samej osoby uzależnionej, w tym otoczenia, w którym ona egzystuje, ale także całego społeczeństwa. Biorąc pod uwagę pozyskane wyniki w badaniach własnych oraz przegląd literatury badań specjalistycznych nasuwają się pewne rekomendacje do tematu wpływu opioidów na zachowania agresywne i antyspołeczne.

Przede wszystkim należy rozpocząć działania od zakrojonej naprawdę na szeroką skalę profilaktyki uzależnień. Należy podkreślać rolę rodziny pochodzenia w kształtowaniu postaw zdrowotnych i społecznych.

Psychoedukacja z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie powinna być powszechna i obowiązkowa, jako że agresja wobec domowników ma tragiczne skutki zarówno w chwili zdarzenia, jak i w późniejszym czasie, w tym również w dorosłości. Regularne i obowiązkowe szkolenia na osób zawodowo zajmujących się działaniami pomocowymi, kontrolnymi, diagnostycznymi powinny stać się standardem. Kuratorzy sądowi, kadra medyczna, ale też nauczyciele powinni być szkoleni do wczesnego identyfikowania i przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Każda osoba, w szczególności osoby statutowo zajmujące się pomocą, powinny ponosić nieuniknioną odpowiedzialność za brak reakcji w sytuacjach zagrożenia życia czy zdrowia fizycznego i psychicznego swoich podopiecznych. Rozpropagowania wymagają działania zmierzające do promowania idei „wychowania bez przemocy”, w tym dostępu do uczestnictwa w warsztatach umiejętności wychowawczych (rodzicielskich), nie tylko w grupach ryzyka. Należy procedować skuteczne sposoby ograniczania dostępu do treści agresywnych. Punkty pomocy prawnej i terapeutycznej powinny być finansowane ze środków publicznych i dostępne dla społeczeństwa. Media powinny być motywowane do brania aktywnego udziału w szeroko pojętej „kampanii przeciw przemocy”.

Kluczową kwestią powinien być dostęp do leczenia osób uzależnionych od opioidów i zaprzestanie polityki stygmatyzacji tych osób. Interdyscyplinarna opieka nad osobami z tym problemem powinna koncentrować się na skutecznym leczeniu metodami potwierdzonymi



naukowo, kładąc nacisk na stopniowe ograniczanie spożycia środków opioidowych, nie zaś na wyłączną natychmiastową abstynencję, która w zasadzie nie jest możliwa w tego rodzaju uzależnieniu. Dostęp do programów redukcji szkód pozwoli zmniejszyć głód narkotykowy i objawy odstawienne, które nie pozwalają chorym na normalną egzystencję. Jednocześnie konieczne jest poszerzenie specjalistycznej opieki psychiatrycznej, detoksykacyjnej i psychoterapeutycznej w obszarze leczenia uzależnień. W tym miejscu należy zaznaczyć, że niedopuszczalna zarówno etycznie jak i medycznie jest obecna sytuacja w Polsce, kiedy nie weryfikuje się przygotowania terapeutów do zawodu. Oczywiście, że powyższe działania nie będą pełne bez zmiany prawa i to zarówno w kwestii dystrybucji środków psychoaktywnych z rodzaju opioidów czy skutecznego zwalczania przestępstw narkotykowych. Niemniej ważna w tym wypadku jest odpowiedzialność koncernów farmaceutycznych w polityce zapobiegania uzależnieniom.

Środowiska ryzyka, w tym osób już uzależnionych od środków psychoaktywnych, powinny być monitorowane. Pomoc społeczna i kuratorzy sądowi w tym wypadku odgrywają kluczową rolę, a ich działania prewencyjne i interwencyjne mogą zapobiec dalszym szkodom. Dostępność punktów pomocowych, diagnostycznych, konsultacyjnych z wykwalifikowaną kadrą na pewno również będzie istotnym środkiem pomocowym. Badania naukowe i współpraca środowiska naukowego z instytucjami statutowo zajmującymi się pomocą, resocjalizacją i reintegracją społeczną na pewno pomogą spojrzeć na problem i wysunąć odpowiednie wnioski do dalszych działań ograniczających problem, tj. poznać przyczyny zjawiska, by następnie podjąć właściwe działania pomocowe, interwencyjne, profilaktyczne.

Na koniec rozważań dotyczących kwestii rekomendacji w temacie wpływu uzależnienia od opioidów na występowanie zachowań agresywnych i społecznych należy podkreślić jak ważne jest zidentyfikowanie wczesnych objawów zarówno zachowań ryzykownych, w tym nadużywania środków opioidowych, jak i przejawów agresji. Brak niestety na tę chwilę jest badań przesiewowych w szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, a w jednostkach penitencjarnych i terapeutycznych są one niewystarczające, niepełne, często ograniczone w czasie czy w środkach ich finansowania. Należy umożliwić prowadzenie lub zwiększyć możliwość zarówno obserwacji w tych placówkach, jak i stawiania diagnoz problemowych.



Zakończenie

„To chyba najpotworniejsze w ćpaniu, że można zrobić wszystko i wszystkim, po to tylko, by zaspokoić swoje własne potrzeby. Zamknięty krąg: czułem się źle, bo brałem i brałem, by nie czuć się źle”.

Paweł Przeclawski, Uciec śmierci

Badania wskazują, że agresja i impulsywność u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym od opioidów, związane są z wieloma czynnikami. Zjawiska te, pozostają w relacji z cechami osobowości, doświadczeniami traumatycznymi z okresu dzieciństwa, funkcjonowaniem w środowisku społecznym oraz aktualnym stanem psychicznym, w tym nasileniem głodu narkotykowego. Szczególne znaczenie przypisuje się cechom osobowości związanym z impulsywnością, wrogością oraz trudnościami w kontroli emocjonalnej, które mogą sprzyjać występowaniu zachowań problemowych, zwłaszcza w sytuacjach stresu lub deprivacji substancji. Literatura przedmiotu podkreśla rolę czynników środowiskowych, takich jak przynależność do grup destrukcyjnych, doświadczenia przemocy czy zaniedbania w domu rodzinnym, które mogą stanowić istotny kontekst dla rozwoju zarówno uzależnienia, jak i zachowań agresywnych oraz antyspołecznych. Biorąc pod uwagę to ujęcie, zjawisko agresji może być traktowane nie tylko jako cecha jednostki, ale także jako element szerszego wzorca funkcjonowania psychospołecznego.

Pomimo obecności badań ilościowych prowadzonych na dużych próbach, nadal relatywnie niewiele jest prac pogłębionych, ukazujących złożoność tych zależności w perspektywie indywidualnych przypadków, szczególnie w populacji osób leczonych z powodu uzależnienia od opioidów. Zastosowanie formatu wielokrotnego studium przypadku pozwala na uchwycenie zarówno wspólnych wzorców funkcjonowania, jak i istotnych różnic indywidualnych, które mogą umykać analizom statystycznym.

„Nie miejsce tu na krytykę studiów pedagogicznych i ich rozmijanie się z rzeczywistością. Chciałem jedynie zasygnalizować, że gorąco protestuję przeciwko produkowaniu magistrów psychologii, pedagogiki, resocjalizacji itp., których nie próbuje się nawet nauczyć tego, co będzie im przydatne w ich późniejszym życiu, np. szacunku dla ludzi, których pozwolono nam nazywać pacjentami, a którzy różnią się od nas tylko tym, że inaczej wyrażają swoje myśli i uczucia, nie mieszcząc się w ustalonych przez nas zdrowych normach”.

Marek Kotański, Ty zaraziłeś ich narkomanią



Bibliografia

1. Ahmad Badruddin, N., Roseliza-Murni, A., Kamaluddin, M. R., Badayai, A. R., & Munusamy, S. (2024). Intervening factors between risk of violence and aggressive behaviours among forensic inpatients: A scoping review. *BMC Psychology*, *12*, Article 155. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01649-1>
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
3. American Society of Addiction Medicine. (2011). *ASAM public policy statement: Definition of addiction*. <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
4. American Society of Addiction Medicine. (2023). *The ASAM criteria* (4th ed.).
5. Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, *53*, 27–51. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>
6. Aranowska, E., Rytel, J., & Szymańska, A. (2015). *Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry'ego: Trafność, rzetelność i normy*. Instytut AMITY.
7. Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1930-2>
8. Baran-Furga, H., & Steinbarth-Chmielewska, K. (2012). Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych. W P. Jabłoński, B. Bukowska, & J. C. Czabała (Red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 75–76). Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
9. Baran-Furga, H., & Steinbarth-Chmielewska, K. (2012). Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych. W P. Jabłoński, B. Bukowska, & J. C. Czabała (Red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 55–56). Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
10. Baran-Furga, H., & Steinbarth-Chmielewska, K. (2012). Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych. W P. Jabłoński, B. Bukowska, & J. C. Czabała (Red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 58–59). Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
11. Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
12. Piotrowski, A. (1992). Uzależnienie od alkoholu i innych związków psychoaktywnych. W A. W. Bilikiewicz & W. Strzyżewski (Red.), *Psychiatria* (s. 169). PZWL.



13. Bazuń, D. (2010). Definiowanie narkomanii – ciągłość czy zmiana? *Rocznik Lubuski*, 36(2), 281–294.
14. Bieńko, M. (2012). *Socjologia problemów społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
15. Bijoch, Ł., Pękała, M., & Beroun, A. (2021). Molekularne podstawy działania wybranych substancji psychoaktywnych. *Postępy Biochemii*, 67(2), 141–156.
16. Bilikiewicz, A. (Red.). (2012). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo PZWL.
17. Biostat Research and Development Center. (2024). *Sondaż: Polacy dostrzegają zagrożenie opioidami i fentanylem*. Biostat. https://www.biostat.com.pl/sondaz_zagrozenie_opioidami.php
18. Bogdanowicz, K. M., Stewart, R., Broadbent, M., Hatch, S. L., Hotopf, M., Strang, J., & Hayes, R. D. (2015). Double trouble: Psychiatric comorbidity and opioid addiction—All-cause and cause-specific mortality. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.026>
19. Breska, R. (2018). Nowe wymagania dotyczące kompetencji pedagoga resocjalizacyjnego w zakresie pracy psychokorekcyjnej z osobami uzależnionymi. *Colloquium. Wydział Nauk Humanistycznych i Społecznych AMW*, 10(4), 21–36. <https://colloquium.amw.gdynia.pl/index.php/colloquium/article/view/291>
20. Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. W R. Vasta (Red.), *Annals of Child Development: Six theories of child development. Revised formulations and current issues* (Vol. 6, s. 187–249). JAI Press.
21. Brud, P. P. (2021). Przegląd kryteriów diagnostycznych, cech i typów osobowości borderline wraz z próbą ich porządkowania. *Studia Psychologica: Theoria et Praxis*, 21(2), 37–56.
22. Carlyle, M., Rowley, M., Stevens, T., Karl, A., & Morgan, C. J. A. (2020). Impaired empathy and increased anger following social exclusion in non-intoxicated opioid users. *Psychopharmacology*, 237(2), 419–430. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05378-x>
23. Charak, J. (2013). *Psychologia uzależnień*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
24. Chmielewska, A. (2020). Trudności i perspektywy zmiany wśród osób uzależnionych od narkotyków przed i po leczeniu odwykowym. *Praca Socjalna*, 35(3), 24–41.
25. Ciecuch, J., Łakuta, P., & Strus, W. (2022). Pomiar zaburzeń osobowości w systemie diagnostycznym ICD-11: Polska adaptacja Inwentarza osobowości PiCD. *Psychiatria Polska*, 56(6), 1185–1202. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/138563>



26. Cierpiałkowska, L., & Sęk, H. (2016). *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
27. Cieślak, M., & Postulski, K. (2022). *Prawo karne. Część ogólna*. Wolters Kluwer.
28. Clarèus, B., Daukantaitė, D., Wångby Lundh, M., & Lundh, L.-G. (2017). Validation of a Swedish version of the short UPPS-P Impulsive Behavior Scale among young adults. *Addictive Behaviors Reports*, 6, 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.10.001>
29. Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 81, 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.013>
30. Costello, B. J., & Laub, J. H. (2020). Social control theory: The legacy of Travis Hirschi's *Causes of delinquency*. *Annual Review of Criminology*, 3(1), 21–41. <https://doi.org/10.1146/annurev-criminol-011419-041054>
31. Cyranka, K., Rutkowski, K., & Mielimąka, M. (2016). Zastosowanie polskiej adaptacji kwestionariusza MMPI-2 w diagnostyce i monitorowaniu skuteczności psychoterapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości. *Psychoterapia*, 177(2), 111–122.
32. Czekaj, Z., Kędzierska, E., Orzelska-Górka, J., & Gibuła-Tarłowska, E. (2022). Strategie leczenia uzależnienia od opioidów. *Farmacja Współczesna*, 15, 85–96. <https://doi.org/10.53139/FW.20221509>
33. Czocholska, P. (2004). Agresja i przemoc w multimediami elektronicznych. W D. Kowalski, M. Kwiatkowski, & A. Zduniak (Red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa* (s. 32–45). Wydawnictwo O'Chikara.
34. Dankiewicz, M. (2021). *Psychologia agresji na jawie i w marzeniach sennych*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
35. Dave, D. M., Erten, B., Keskin, P., & Zhang, S. (2023). From addiction to aggression: The spillover effects of opioid policies on intimate partner violence (NBER Working Paper No. 31609). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w31609>
36. DOAJ. (2020). *Opioid analgesics: Pharmacological properties and classification*. Directory of Open Access Journals. <https://doaj.org/article/ef3a199e0be944d2b1dfd83fbcc6d971>



37. Dodge, K. A., Lansford, J. E., & Bates, J. E. (2022). Hostile attribution bias and reactive aggression: Current status and future directions. *Aggression and Violent Behavior, 64*, 101746. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101746>
38. Duski, F. (2022). *Narkotyki: Aksjologiczne i prawne podstawy kryminalizacji* (Praca doktorska). Uniwersytet Jagielloński.
39. Dziukiewicz, J. U. (2018). Sytuacja psychospołeczna rodzin z problemem uzależnienia. *Studia nad Rodziną, 22*(4), 185–202.
40. Eurasian Harm Reduction Association. (2025). *Harm reduction in Poland: Overview of services*. <https://harmreductioneurasia.org/countries-and-territories/poland>
41. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2024). *European drug report 2024: Trends and developments*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/91693>
42. Europejska Agencja ds. Narkotyków i Narkomanii. (2024). *European drug report 2024: New psychoactive substances*. https://euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/new-psychoactive-substances_pl
43. Fiorentini, A., Cantù, F., Crisanti, C., Cereda, G., Oldani, L., & Brambilla, P. (2021). Psychozy wywołane substancjami: Zaktualizowany przegląd literatury. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 694863. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.694863>
44. Fischer, D. (2017). *Soziale Arbeit mit Psychopathen und der Sinnhaftigkeit von Sanktionierungen und Behandlungen* (Praca magisterska). University of Applied Sciences Mittweida, Mittweida.
45. Frączek, A. (1993). Socjalizacja a intrapsychiczna regulacja agresji interpersonalnej. W A. Frączek & H. Zumkley (Red.), *Socjalizacja a agresja* (s. 47–60). Instytut Psychologii PAN; Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
46. Fritz, M., Soravia, S.-M., Dudeck, M., Malli, L., & Fakhoury, M. (2023). Neurobiology of aggression—Review of recent findings and relationship with alcohol and trauma. *Biology, 12*(3), 469. <https://doi.org/10.3390/biology12030469>
47. Fudalej, S., Gmaj, B., Krasowska, A., Klimkiewicz, A., & Wojnar, M. (2016). Doświadczenie w dzieciństwie przemocy fizycznej wśród pacjentów uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie – Doniesienie wstępne. *Palliative Medicine in Practice, 10*, 45–50.

48. Fudalej, S., Serafin, P., & Kowalczyk, A. (2016). Doświadczenie w dzieciństwie przemocy fizycznej wśród pacjentów uzależnionych od opioidów leczonych substytucyjnie – Doniesienie wstępne. *Alcoholism and Drug Addiction*, 29, 75–83.
49. Gale, C. K., Cameron, T. A., MacDonald, M., & Swain, N. (2022). Aggression towards clinicians within opiate substitution treatment (OST) services: A survey of service providers. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 5, 100100. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2021.100100>
50. Gałęcki, P., & Szulc, A. (2023). *Psychiatria. Rozpoznania według ICD-11. Tom 2* (Vol. 2). Edra Urban & Partner.
51. Gold, S. R. (1995). Teoria wyjaśniająca zjawisko nadużywania substancji psychoaktywnych w terminach kontroli nad czynnikami poznawczo-afektywno-farmakologicznymi. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 5–10.
52. Graham, J. R. (2015). *MMPI-2: Ocena osobowości i psychopatologii* (T. Szuster, tłum.). Pracownia Testów Psychologicznych PTP. (Praca oryginalna opublikowana w 2006 r.)
53. Greitemeyer, T., & Müller, K. (2021). Playing violent video games increases aggression: Evidence from meta-analytic approaches. *Aggressive Behavior*, 47(6), 565–578. <https://doi.org/10.1002/ab.21933>
54. Gulla, B. (2020). *Gniew, agresja i przemoc w wybranych zaburzeniach psychopatologicznych*. Uniwersytet Jagielloński.
55. Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene–environment–developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22–41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
56. Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1–20. <https://doi.org/10.1038/s41572-018-0018-9>
57. Gustavsson, A., Elmsäter, C., & Hedman, E. (2021). Childhood trauma correlates in adults with opioid dependence. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 658205. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.658205/full>
58. Habrat, B., Steinbarth-Chmielewska, K., & Baran-Furga, H. (2002). Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi. W A. Bilikiewicz i in. (Red.), *Psychiatria kliniczna* (s. 58–72). Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.



59. Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale [Kryteria DSM-5 dla zaburzeń związanych z używaniem substancji: rekomendacje i uzasadnienie]. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834–851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060782>
60. Health Research Board. (2024, June 11). *European Drug Report 2024*. <https://www.hrb.ie/press-releases/european-drug-report-2024/>
61. Heitzman, J. (2022). *Agresja i przemoc w praktyce psychiatrycznej – uwarunkowania i konsekwencje*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
62. Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490–495. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.4.490>
63. Hindmarch, G., Meredith, L. S., McCullough, C. M., Griffin, B. A., & Watkins, K. E. (2024). Interpersonal violence and mental health, drug use, and treatment utilization among patients with co-occurring opioid use and mental health disorders. *Chronic Stress*, 8, 1–12. <https://doi.org/10.1177/24705470241279335>
64. Hoaken, P. N. S., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1533–1554. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00220-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00220-6)
65. Husak, P., & Martyniuk, T. (2014). Istota i swoistość uzależnienia od substancji psychoaktywnych: Podstawowe koncepcje naukowe, definicje i kryteria. *Studia i Prace Pedagogiczne*, 1, 1–20.
66. Instytut Psychiatrii i Neurologii. (2021). *Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych: Przegląd kliniczny*. Warszawa: IPiN. <https://www.ipin.edu.pl/>
67. Błachut, J., Gaberle, A., & Krajewski, K. (1999). *Kryminologia*. Arche.
68. Jabłoński, P. (2022). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
69. Jakubik, A. (2012). *Psychopatologia i psychoterapia uzależnień*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA).
70. Jankowski, K. (2003). *Hipisi w poszukiwaniu ziemi obiecanej* (s. 70). Warszawa: Jacek Santorski & Co.
71. Jemielniak, D. (Red.). (2022). *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.



72. Juczyński, Z. (2008). *Narkomania: Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*. PZWL.
73. Kane, R. H. (2002). Introduction: The contours of contemporary free will debates. W R. H. Kane (Red.), *The Oxford Handbook of Free Will* (s. 3–38). Oxford University Press.
74. Karabulut, S., Erdoğan, A., Kuloğlu, Z., Düzgün, M., & Kulaksızoğlu, B. (2025). Impulsivity and aggression in patients with methamphetamine use disorder and opioid use disorder. *Journal of Substance Use*. <https://doi.org/10.1080/14659891.2025.2460796>
75. Kempeneers, P., Mreyen, K., Pallincourt, R., Remacle, F., Wildemeersch, G., & Simon, J. (2023). Validation of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale and clinical correlates of its scores in French-speaking patients starting a residential detoxification program. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 45(5), 503–510. <https://doi.org/10.1177/02537176231157411>
76. Kmiecik-Jusięga, K. (2016). Etiologiczne teorie uzależnień w profilaktyce zachowań ryzykownych: A theoretical framework and good practices. W *Profilaktyka społeczna: Kontekst teoretyczny i dobre praktyki* (s. 83-89).
77. Kodeks karny (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r.). (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 912).
78. Kodeks karny wykonawczy (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r.). (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 911). Art. 117 – Leczenie i rehabilitacja skazanego uzależnionego od substancji psychoaktywnej.
79. Komenda Główna Policji. (2024). *Przestępstwa z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Statystyka Policji*. <https://statystyka.policja.pl/st/przestepstwa-ogolem/przestepstwa-kryminalne/ustawa-o-przeciwdzialan>
80. Komenda Główna Policji. (2025, 9 stycznia). *Zwalczanie przestępczości kryminalnej – narkotyki, rekordowe laboratoria i ilości substancji*. Policja.pl. <https://policja.pl/pol/aktualnosci/255117,Zwalczanie-przestepczosci-kryminalnej.html>
81. Kornas-Biela, D., & Mirosław, S. (2017). Narkomania – aspekty biologiczne i psychopedagogiczne. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 32(4), 312–332.
82. Kowalski, W. (2024). *Trendy sprzedaży opioidów w Polsce 2002–2021 [Analysis]*. University of Wrocław Repository. <https://repository.uwl.ac.uk/12503/1/1-s2.0-S0955395924002792-main.pdf>
83. Kozak, W., & Wojnar, M. (2019). Uzależnienia od substancji psychoaktywnych w ujęciu psychologicznym i psychiatrycznym. *Psychiatria Polska*, 53(5), 1101–1118. <https://doi.org/10.12740/PP/102483>



84. Kozłowska, A., & Wciórka, J. (2019). *Psychiatria. Tom 1*. PZWL.
85. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). (2023). *Substancje psychoaktywne od A do Z*. Warszawa: KCPU. <https://kcpu.gov.pl/>
86. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. (2023). *Raport z działalności w zakresie przeciwdziałania narkomanii za 2022 rok*. Warszawa: KCPU. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf>
87. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. (2023). *Standardy jakości programów profilaktyki uzależnień*. <https://kcpu.gov.pl>
88. Krawczyk, P., & Święcicki, Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. *Psychiatria Polska*, 54(1).
89. Królikowski, M., Zawłocki, R. (2021). *Komentarz do Kodeksu karnego*. C.H. Beck.
90. Kruglanski, A. W., Ellenberg, M., Szumowska, E., Molinario, E., Speckhard, A., Leander, N. P., & Bushman, B. J. (2023). Frustration–aggression hypothesis reconsidered: The role of significance quest. *Aggressive Behavior*, 49(5), 445–468.
91. Kućko, W. (2019). Etyczne aspekty mediów społecznościowych oraz ich wpływ na zachowanie i sposób myślenia na początku XXI w. *Społeczeństwo i Polityka*, 4(61), 43–65. <https://doi.org/10.34765/sp.0419.a03>
92. Kulesza, M. (2025). Psychospołeczne aspekty zażywania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 636(1), 3–17.
93. Lembke, A. (2012). Why doctors prescribe opioids to known opioid abusers. *New England Journal of Medicine*, 367(17), 1580–1585. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1208498>
94. Leśniak, J. (2021). Psychopatia – specyficzne zaburzenie osobowości – kryteria diagnostyczne i ujęcie teoretyczne. *Resocjalizacja Polska*, 21(1), 117–133.
95. Li, C.-Y., Zhou, W.-Z., Zhang, P.-W., Johnson, C., Wei, L., & Uhl, G. R. (2011). Meta-analysis and genome-wide interpretation of genetic susceptibility to drug addiction. *BMC Genomics*, 12, 508. <https://doi.org/10.1186/1471-2164-12-508>
96. Liem, M., & Moeller, K. (2025). Revisiting Goldstein’s Drugs–Violence Nexus: Expanding the framework for the globalized era. *International Criminology*, 1–13.
97. Łabno, M. (2022). *Konsekwencje życia dziecka w rodzinie dysfunkcyjnej w dorosłym życiu* (Master’s thesis).
98. Łukowski, K. (2025). Obserwacja procesu inkluzji społecznej w psychoterapii uzależnień. *Praca Socjalna*, 40(2), 93–115.



99. Madan, A., Beech, D. J., & Flint, L. (2001). Drugs, guns, and kids: The association between substance use and injury caused by interpersonal violence. *Journal of Pediatric Surgery*, 36(3), 440–442. <https://doi.org/10.1053/jpsu.2001.21599>
100. Malczewski, A. (2020). Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania 2018/2019. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 2(90). Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
101. Miller, P. M. (Red.). (2021). *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
102. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2022). *Motivational interviewing: Helping people change* (4th ed.). Guilford Press.
103. Ministerstwo Zdrowia. (2000). *Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10). Wydanie polskie*. Zakład Wydawnictw Lekarskich PZWL.
104. Ministerstwo Zdrowia. (2022). *Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych II. rewizji (ICD-11). Wydanie polskie*. Zakład Wydawnictw Lekarskich PZWL.
105. Ministerstwo Zdrowia. (2023). *ICD-11 – szczegóły* [Dokument elektroniczny]. <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/202301/mms/element/1602669465>
106. Ministerstwo Zdrowia. (2024). *Nowe substancje psychoaktywne*. <https://www.gov.pl/web/chemikalia/nowe-substancje-psychoaktywne>
107. Modrzyński, R. (2022). Zaburzenia wynikające z używania substancji w ICD-11: Zmiany w diagnostyce klinicznej. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22(4), 248-252.
108. Morison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: WUJ.
109. Mosiołek, A., & Jakima, S. (2022). Betrayal in borderline personality disorder. *Journal of Sexual and Mental Health*, 20, 69–76.
110. Mszyca, I., Snoch, O., Kalinowska, Z., & Pastuszek, O. (2023). Nadużywanie opioidów jako rosnący problem. W A. Kułak-Bejda & N. Waszkiewicz (Red.), *Współczesny wymiar uzależnień. Tom IV* (s. 32–38). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.



111. Neale, J., Kalk, N. J., Parkin, S., et al. (2020). Factors associated with withdrawal symptoms and anger among people resuscitated from an opioid overdose by take-home naloxone: Exploratory mixed methods analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 117, 108099. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32811629>
112. Notes From Poland. (2024, 18 czerwca). Polska rozpoczyna monitorowanie recept opioidowych po zgonach związanych z fentanylem. *Notes From Poland*. <https://notesfrompoland.com/2024/06/18/poland-starts-monitoring-of-opioid-prescriptions-following-fentanyl-deaths/>
113. Olejniczak-Szuster, K., Dziadkiewicz, M., Brendzel-Skowera, K., & Kabus, J. (2021). *Zarządzanie usługami społecznymi gminy wobec zjawiska przemocy*. Częstochowa: Politechnika Częstochowska.
114. Pacholska, D., & Wojciechowski, T. (2023). Nadużywanie substancji psychoaktywnych a proces radykalizacji. *Terroryzm – Studia, Analizy, Prewencja*, 3, 201–237.
115. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). (2022). *Raport o stanie uzależnień w Polsce 2022*. Warszawa: PARPA.
116. Peck, K. R., Nighbor, T. D., & Price, M. (2021). Examining associations between impulsivity, opioid use disorder, and posttraumatic stress disorder: The additive relation between disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 29(5), 486–493. <https://doi.org/10.1037/pha0000507>
117. Piekło, B. (2023). Przemoc domowa. Uwagi definicyjne i systemowe. *Kwartalnik Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury*, 51(3), 101–121. <https://www.kssip.gov.pl/node/9145>
118. Plucińska, M. (2024). Narracje w dyskursie parlamentarnym na temat polityk narkotykowych w świecie zachodnim. Perspektywa socjologiczna.
119. Policja Rzeczypospolitej Polskiej. (2025). *Przemoc domowa – dane za 2024 rok* [Dane statystyczne]. Statystyka Policji. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-domowa>
120. Policja. (2012). Nietrzeźwi podejrzani o popełnienie przestępstwa. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/nietrzezwi-podejrzani-o-popeln>
121. Poprawa, R. (2019). Badania nad polską skróconą wersją Skali Impulsywnego Zachowania UPPS-P. *Alkoholizm i Narkomania*, 32(1), 35–62. <https://doi.org/10.5114/ain.2019.85767>



122. Prevalence of childhood maltreatment among people with opioid use disorder: Meta-analysis. (n.d.). *PMC*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7855829/>
123. Pużyński, S., & Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
124. Raine, A., Lencz, T., Bihrlé, S., Lacasse, L., & Coletti, P. M. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 119–127.
125. Reber, A. S. (2020). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
126. Rhee, S. H., & Waldman, I. D. (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128(3), 490–529.
127. Rogala-Oblękowska, J. (1999). *Przyczyny narkomanii: Wyjaśnienia teoretyczne*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych.
128. Santo, T., Jr., Campbell, G., Gisev, N., Martino-Burke, D., Wilson, J., Colledge-Frisby, S., & Degenhardt, L. (2022). Prevalence of mental disorders among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 238, 109551. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109551>
129. Santo, T., Jr., Gisev, N., Campbell, G., Nelson, E., & Degenhardt, L. (2022). The effects of childhood trauma and mental disorders on treatment engagement, contact with the criminal justice system, and mortality among people with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109734>
130. Sarkar, S., Mathur, R., Pandit, M. A., Jain, R., & Balhara, Y. P. S. (2023). Impulsivity and aggression in patients with opioid dependence in comparison with healthy controls. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 12(2), e136551. <https://doi.org/10.5812/ijhrba-136551>
131. Sęk, H. (2003). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: PWN.
132. Sierosławski, J. (2025, 27 marca). Używanie substancji psychoaktywnych przez polską młodzież: Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków (ESPAD). Pracownia Badań i Inicjatyw Społecznych. Konferencja prasowa, Warszawa.
133. Siever, L. J., Buchsbaum, M. S., New, A. S., Spiegel-Cohen, J., Wei, T., Hazlett, E. A., Sevin, E., Nunn, M., & Mitropoulou, M. (1999). d,l-fenfluramine response in impulsive



- personality disorder assessed with [18F] fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Neuropsychopharmacology*, 20(5), 413–423.
134. Skotnicka, J. (2018). Ekspozycja na doświadczenia traumatyczne wśród osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatria Polska*, 52(3), 487–497.
135. Słownik Języka Polskiego PWN. (2003). Dewiacja. W *Słownik języka polskiego* (t. 1, s. 202). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
136. Słownik Języka Polskiego PWN. (2024). Anomia. W W. Dubisz (Red.), *Słownik języka polskiego PWN*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. <https://sjp.pwn.pl/sjp/anomia;2440466.html>
137. Stawski, F., Tofilski, M., & Gorzelańczyk, E. J. (2020). Jak mechanizm uzależnienia w ujęciu neurofizjologicznym może zmienić rozumienie wolnej woli? *Avant*, 11, 1–18. <https://doi.org/10.26913/avant.2020.11.01>
138. Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), 316–323.
139. Steuden, S., & Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 549–565.
140. Sulerzycki, M., Pomykała, K., Giemza, K., Dumański, S., Pałuchowski, M., Floriańczyk, A. (2025). The potential role of psychedelics in palliative care. *Medycyna Paliatywna / Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.5114/pm.2025.154446>
141. Szczechowicz, K. (2023). Przymusowe leczenie skazanych uzależnionych na tle regulacji art. 117 KKW. W *Nowa kodyfikacja prawa karnego*. Uniwersytet Wrocławski.
142. Szczepańska, Ł. (2001). Analiza objawów psychopatologicznych u pacjentów uzależnionych od „kompotu” leczonych na oddziale detoksykacji. *Przegląd Lekarski*, 58(4), 281–286.
143. Sztompka, P. (2012). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
144. Szukalski, B. (2012). Charakterystyka środków psychoaktywnych. W P. Jabłoński, B. Bukowska, & J. C. Czabała (Red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 37–38). Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
145. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
146. Światowa Organizacja Zdrowia. (1992). *Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10*.

147. Światowa Organizacja Zdrowia. (1994). *WHO lexicon of alcohol and drug terms*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>
148. Terelak, J., & Majchrzyk, Z. (2016). *Psychology of aggression*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
149. Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Publication Office of the European Union.
150. Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235–253. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00011-1)
151. Trull, T. J., Tomko, R. L., Brown, W. C., & Scheiderer, E. M. (2010). Borderline personality disorder in 3-D: Dimensions, symptoms, and measurement challenges. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(11), 1057–1069. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00312>
152. Van Donkersgoed, R., Graham, K., Gagne, M., & Rehm, J. (2021). Drug use disorders and violence: Associations with individual drug categories. *Epidemiologic Reviews*, 42(1), 103–111. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaa009>
153. Waśkowicz, W. (2010). Rodzinne uwarunkowania wykołejenia społecznego. W M. Dudek (Red.), *Wybrane obszary dysfunkcjonalności rodziny* (s. 239–247). Polianna.
154. Witkowski, T. (2017). *Uzależnienia w perspektywie socjologicznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
155. Wojnar, M., Brower, K. J. (2012). Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia. W P. Jabłoński, B. Bukowska, & J. C. Czabała (Red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów* (s. 105-113). Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
156. Wojnar, R., & Krysta, K. (2023). Między ICD-10 a ICD-11 – podobieństwa i różnice oczami klinicystów: Wskazówki diagnostyczne. Śląska Fundacja Błękitny Krzyż. <https://www.siu.praesterno.pl/artukul/798>
157. Wong, S. Y. (2023). Psychopathology of antisocial personality disorder: From the structural, functional and biochemical perspectives. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59, Article 113. <https://doi.org/10.1186/s41983-023-00717-4>



158. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization. <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
159. Zakrzewski, P. (2024). Czym jest przemoc – definicja i typy przemocy. Biuro RPO. https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/202404/Prezentacja_Piotr_Zakrzewski_15.03.2024.pdf
160. Zaporowska-Stachowiak, I., Oduah, M. T. A., Celichowska, M., Dziuba, G., Mikołajczak, A., Perlińska, M., & Sopata, M. (2020). Opioidy w praktyce klinicznej [Opioids in clinical practice]. *Varia Medica*, 4(1), 43–51.
161. Zawilska, J. (2017). *Neurofarmakologia: Podstawy farmakologii ośrodkowego układu nerwowego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
162. Zhou, J. (2023). Etiological imaging, diagnosis and treatment of antisocial personality disorder. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*, 13, 59–65. <https://doi.org/10.54254/2753-7048/13/20230851>
163. Zielińska-Poćwiardowska, I., & Sosnowska-Buxton, P. (2023). Przemoc domowa w Polsce: Zaproszenie do podjęcia socjologicznej analizy zjawiska. *Studia Socjologiczne*, (2), 131–154.
164. Zin, A. (2020). Efekty długotrwałego stosowania substancji psychoaktywnych na zdrowie fizyczne. W B. Kasprzyk (Red.), *Zdrowie i choroba w ujęciu społecznym i indywidualnym* (s. 121–138). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
165. Zwierzyńska, E., & Pietrzak, B. (2014). Patogeneza uzależnień – problem wciąż aktualny. *Alkoholizm i Narkomania*, 27(2), 163–175.





Aneksy

Tabele:

Tabela 1 Porównanie kryteriów diagnostycznych uzależnienia według ICD-11 i DSM-5

Tabela 2 Porównanie kryteriów diagnostycznych ICD-11, DSM-5 i ASAM 4

Tabela 3 Rodzaje substancje psychoaktywne i współistniejące zaburzenia psychiczne

Tabela 4 Porównanie zaburzeń osobowości w ICD-10 i ICD-11

Tabela 5 Agresja i przemoc – różnice

Tabela 6 Nietrzeźwi podejrzani o popełnienie przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu w 2012 r.

Tabela 7 Przemoc domowa w 2024 r.

Tabela 8 Przedziały nasilenia czynnika – ankieta własna

Rysunki:

Rys. 1 Przemoc i agresja – różnice

Ryciny:

Ryc. 1 Układ nagrody

Wykresy:

Wykres 1 Profil agresji N. (1)

Wykres 2 Profil agresji N. (2)

Wykres 3 Profil agresji K.

Wykres 4 Profil agresji G.

Wykres 5 Profil agresji J.

Wykres 6 Profil agresji D.

Wykres 7 Rozkład cech osobowości borderline i antyspołecznej w badanej grupie

Wykres 8 Profil agresji badanych osób w czterech wymiarach kwestionariusza BPAQ.

Wykres 9 Profil impulsywności badanych osób w pięciu wymiarach kwestionariusza SUPPS-P.

Wykres 10 Profil agresji i zachowań antyspołecznych badanych osób na podstawie ankiety autorskiej.