



Pomiar zaburzeń osobowości w różnych fazach alkoholizmu za pomocą testu SUI

*Diagnosing personality disorders in various stages
of alcoholic disease by means of the SUI test*

JAN M. STANIK

Z Katedry Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

STRESZCZENIE. *Przedstawiono wyniki badań diagnostycznych 88 pacjentów Poradni Przeciwalkoholowych (35 osób leczonych po raz pierwszy, przymusowo – grupa A, 24 osoby zgłoszone po raz pierwszy, dobrowolnie – grupa B, 29 osób po raz kolejny wznowiających leczenie – grupa C) oraz 57 uczestników Klubów Anonimowych Alkoholików (grupa D). Analiza wykazała znaczące różnice obrazu osobowości (profilu SUI) pomiędzy wyodrębnionymi grupami w kolejności: B, A, C, D. Najbardziej różniły się profile grup C i D ($r_{ps} = -0,82$), co prowadzi do wniosku, że grupy te są swoim wzajemnym zaprzeczeniem pod względem koherencji osobowości warunkującej prawidłowe funkcjonowanie społeczne w codziennych sytuacjach życiowych. Badania pozwalają także na wyciągnięcie ogólnego wniosku o dużej przydatności psychologiczno-diagnostycznej testu SUI w leczeniu uzależnienia alkoholowego.*

SUMMARY. *The author presents the results of diagnostic examination of 88 patients of alcohol recovery clinics (35 involuntary first-time patients – group A, 24 voluntary first-time patients – group B, 29 multiple-relapse patients – group C and 57 AA frequenters – group D). Significant between-group differences were found in the patients' SUI personality profiles in the following order of significance: B, A, C, D. Profiles C and D differed most ($r_{ps} = -0.82$), suggesting that these two groups are direct opposites with respect to personality coherence, i.e., the factor responsible for adequate social functioning in everyday life. The findings of this study also lead to the more general conclusion that the SUI may be very helpful in the psychological diagnosis of patients in recovery from alcoholism.*

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu / zaburzenia osobowości / diagnoza psychologiczna

Key words: alcoholic addiction/ personality disorders/ psychological diagnosis

Potrzeba diagnozy stopnia uzależnienia alkoholowego i wiążących się z nim zaburzeń osobowościowych wyłania się na co dzień w praktyce psychologicznej i psychiatrycznej zarówno dla celów terapeutycznych, jak i ekspertalno-opiniodawczych [zob. np. Stanik 1986]. W powszechnej praktyce rozpoznaniem tych zaburzeń zajmują się we wzajemnej współpracy lekarze psychiatry i neurologi wraz z psychologami.

Warto przywołać w tym miejscu stanowisko takich wybitnych badaczy-alkohologów, jak: Jellinek [1960], Portnow i Piatnickaja

[1977] czy Kulisiewicz [1982], którzy podkreślają, iż w obrazie klinicznym uzależnienia alkoholowego obok symptomów zaburzeń ustrojowych (pojawiających się w późniejszych stadiach choroby) zawsze występują zaburzenia psychiczne, których pojawienie się jest charakterystyczne dla początkowych faz uzależnienia, by później (w bardziej pogłębionej postaci) towarzyszyć dalszym stadiom rozwoju choroby. Tak więc uzależnienie alkoholowe ujawnia się zawsze w swej symptomatologii, oprócz późniejszego uzależnienia fizycznego, przejawami na

plaszczynie psychologicznej i dlatego też zarówno z czysto badawczego, jak i diagnostycznego oraz terapeutycznego punktu widzenia psychologiczne podejście do tego zagadnienia staje się bardzo ważne.

CEL

Celem tego opracowania jest sprawdzenie możliwości wykorzystania testu SUI w psychologicznej diagnozie różnicowej zaburzeń osobowości w różnych fazach uzależnienia alkoholowego. Test ten oraz zasady interpretacji jego wyników zostały omówiony przeze mnie wcześniej w innych opracowaniach [zob. Stanik 1994, 1997].

BADANI I METODA

Referowane tu wyniki pochodzą z badań pacjentów z poradni odwykowych z Tarnowskich Gór, Bielska-Białej, Bytomia i Chorzowa. Były one zbierane w ramach dwóch prac dyplomowych (B. Lach i J. Filipek) oraz materiałów seminaryjnych studium podyplomowego. Ogółem zbadano 88 pacjentów poradni odwykowych oraz 57 członków Klubów Anonimowych Alkoholików. Z uwagi na dość zróżnicowane, a czasem znacznie niekonsekwentne rozpoznania diagnostyczne pacjentów w poradniach, w niniejszych badaniach wydzielono trzy grupy badanych (oprócz grupy AA) ze względu na pierwszorazowy bądź ponowny charakter zgłoszenia do poradni oraz stopień dobrowolności tego zgłoszenia się.

WYNIKI BADAŃ

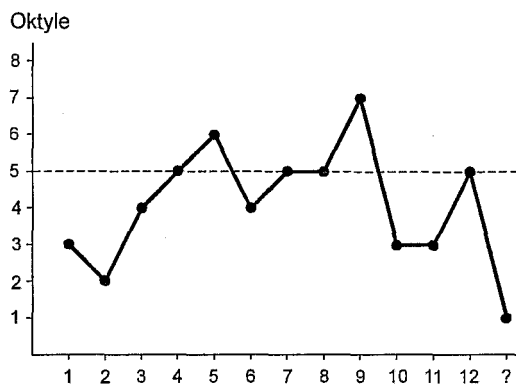
Grupa A – leczenie aktywne

Badanych z tej grupy wybrano spośród pacjentów poradni odwykowych w Bytomiu – 18 osób i Tarnowskich Górach – 17 osób. Wybierając badanych do tej grupy kierowano się sposobem prowadzonej terapii oraz spełnieniem przez uzależnionych warunku pierwszorazowego zgłoszenia się do poradni. Wszyscy ci pacjenci zgłosili się na lecze-

nie po raz pierwszy i po przeprowadzeniu wywiadu psychologicznego oraz konsultacjach lekarskich zostali poddani detoksykacji, a dalej aktywnemu leczeniu – 3 razy w tygodniu i psychoterapii. Taki sposób postępowania z pacjentem ma wpłynąć na odpowiednią dyscyplinę leczenia dając zarazem pacjentowi poczucie stałej opieki i pomocy. Biorąc zatem pod uwagę charakter prowadzonej terapii, grupę tę nazwano „leczeni aktywnie”. Wiek, wykształcenie i motyw zgłoszenia się badanych z tej grupy przedstawia tabl. 1.

Jak wynika z przedstawionych danych, w grupie A znalazło się najwięcej osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz średnim, co daje łącznie 83% grupy. Ponadto, na uwagę zasługuje fakt, iż wśród tych osób – pierwszy raz zgłaszających się do poradni – aż 54% zgłosiło się niedobrowolnie, w rezultacie nałożonego na nich rygoru.

Wyniki testu SUI (tabl. 2, rys. 1) wskazują na występujące u nich: bardzo niską samoocenę (skala 9), bardzo niski poziom zaradności, realizmu i brak autonomii interpersonalnej (skala 11) oraz podwyższony wskaźnik społecznego izolacjonizmu z komponentem wrogości (skala 5). Syndrom nastawień prospołecznych jest znacznie obniżony (skale 2, 3). Informacje te będą wykorzystane w dalszej części opracowania – przy analizie porównawczej.



Rysunek 1. Profil SUI z wyników przeliczonych osób z grupy A

Tablica 1. Wiek, wykształcenie, przyczyny zgłoszenia badanych osób z grupy A (N=35)

Analizowana zmienna	n	%
Przedział wieku (lata)		
20–24	3	8,6
25–29	4	11,4
30–34	5	14,3
35–39	11	31,4
40–44	8	22,9
45–52	4	11,4
Wykształcenie		
Podstawowe	4	11,4
Zawodowe	19	54,3
Średnie	10	28,6
Wyższe	2	5,7
Powód zgłoszenia		
Zgłoszenie dobrowolne	5	14,3
Namowa rodziny	6	17,1
Zgłoszenie po leczeniu szpitalnym	5	14,3
Zgłoszenie się pod rygorem utraty pracy	8	22,9
Skierowanie przez MK ds. PA	11	31,4

Tablica 2. Wyniki testu SUI osób z grupy A (N=35)

Skala testu SUI	Wartość surowa (mediana)	Oktyl
1. styl kierowniczo-autokratyczny	3	3
2. styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	5	2
3. styl współpracująco-przyjacielski	8	4
4. styl uległo-zależny	8	5
5. styl wycofująco-masochistyczny	5	6
6. styl buntowniczo-podejrzliwy	2	4
7. styl agresywno-sadystyczny	2	5
8. styl współzawodnicząco-narcystyczny	4	5
9. samoakceptacja, stopień samozadowolenia	8	7
10. skala kłamstwa	1	3
11. zazdrość, realizm, względna autonomia	6	3
12. pesymizm, bezradność, „wołanie o pomoc”	4	5
? liczba znaków zapytania	0	1

Grupa B – leczenie podtrzymujące

Badanych z tej grupy wybrano spośród pacjentów poradni odwykowych w Bielsku-Białej – 9 i Tarnowskich Górach – 15. Kryterium kwalifikacyjnym do tej grupy było pierwszorazowe i dobrowolne zgłoszenie się

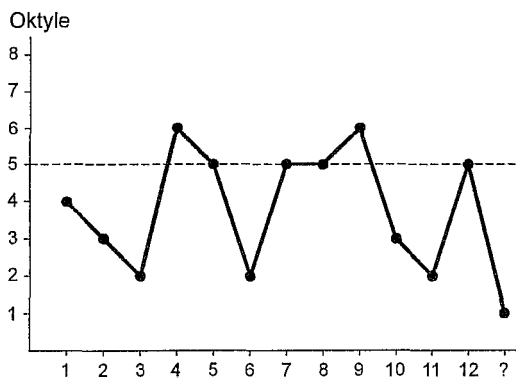
na leczenie. Po przeprowadzeniu wywiadu psychologicznego i wymaganych konsultacji lekarskich pacjenci poddani zostali detoksykacji, a dalej leczeniu psychoterapeutycznemu. Taki sposób terapii pozwalał na nieograniczony terminami bezpośredni kontakt

Tablica 3. Wiek i wykształcenie badanych osób z grupy B (N=24)

Analizowana zmienna	n	%
Przedział wieku (lata)		
20–24	3	12,2
25–29	4	16,6
30–34	4	16,6
35–39	4	16,6
40–44	6	25,0
45–52	3	12,5
Wykształcenie		
Podstawowe	–	–
Zawodowe	9	37,5
Średnie	9	37,5
Wyższe	9	25,0

pacjenta z terapeutą. Wiek i wykształcenie badanych z tej grupy przedstawia tabl. 3.

Z grupy tej 23 osoby pracowały zawodowo, a jedna była bezrobotna (zasilek). Porównując pacjentów z grupy B do osób z grupy A uwidaczniają się dwie zasadnicze różnice. Po pierwsze, wszyscy pacjenci z grupy B zgłosili się na leczenie dobrowolnie, podczas gdy wśród pacjentów z grupy A przeszło połowa osób była do tego zgłoszenia przymuszona (zgłoszenie się pod rygorem utraty pracy oraz skierowanie przez MK ds. PA). Po drugie, pacjenci z grupy B cechowali się przeciętnie wyższym poziomem



Rysunek 2. Profil SUI z wyników przeliczonych osób z grupy B

mem wykształcenia. Okoliczność ta w pewnym stopniu tłumaczy fakt, iż profil SUI grupy B jest w mniejszym stopniu różny od grupy D niż profil grupy A, o czym będzie mowa w dalszej części opracowania (rys. 2).

Profil SUI grupy B (tabl. 4) wskazuje ponadto, iż pacjenci z tej grupy mają znacznie niższy wskaźnik nastawień „buntowniczo-podejrzliwych” (skala 6) w porównaniu z grupą A oraz wykazują nieco więcej uległości interpersonalnej (skala 4). Również poziom ich samooceny jest nieco wyższy w stosunku do osób z grupy A (skala 9).

Grupa C – wznowienie kolejnego leczenia

Badanych z tej grupy wybrano spośród pacjentów poradni odwykowych w Bielsku-Białej – 12 i w Tarnowskich Górach – 17. Wybierając osoby do tej grupy nie kierowano się rodzajem prowadzonej terapii, ani nie brano pod uwagę pierwszorazowego zgłoszenia się na leczenie, lecz jako kryterium przyjęto podjęcie przez pacjenta kolejnej próby leczenia w poradni odwykowej. Przy przyjęciu do poradni odwykowej rutynowo przeprowadzono wywiad psychologiczny, kierowano pacjentów na konsultacje lekarskie i poddawano ich detoksykacji. Rodzaj dalszej terapii był dostosowany do potrzeb pacjenta obejmując albo psychoterapię albo farmakoterapię, przy czym należy podkreślić, iż pacjenci ci zgłaszali się do poradni niesystematycznie. Dlatego też kontakt psychokorekcyjny przyjmowali raczej z poczuciem przymusu. Uwidaczniało się to w rozmowie, w której wygłaszali deklaratywne poczucie winy i obiecywali bardziej systematyczny udział w leczeniu. Taki sposób współpracy pacjentów z poradnią utrudniał w znacznym stopniu postępowanie lecznicze. Biorąc więc pod uwagę charakter prowadzonej terapii wynikający ze sposobu kontaktów z pacjentem, grupę tę nazwano „wznawiającą kolejne leczenie”. Do grupy tej zaliczono 29 pacjentów.

Wiek, wykształcenie i motyw zgłoszenia się do poradni badanych z tej grupy przedstawia tabl. 5. Jak wynika z przedstawio-

Tablica 4. Wyniki testu SUI osób z grupy B

Skala testu SUI	Wartość surowa (mediana)	Oktyl
1. styl kierowniczo-autokratyczny	4	4
2. styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	6	3
3. styl współpracująco-przyjacielski	6	2
4. styl uległo-zależny	9	6
5. styl wycofująco-masochistyczny	4	5
6. styl buntowniczo-podejrzliwy	0	2
7. styl agresywno-sadystyczny	2	5
8. styl współzawodnicząco-narcystyczny	4	5
9. samoakceptacja, stopień samozadowolenia	6	6
10. skala kłamstwa	1	3
11. zazdrość, realizm, względna autonomia	5	2
12. pesymizm, bezradność, „wołanie o pomoc”	4	5
? liczba znaków zapytania	0	1

Tablica 5. Wiek i wykształcenie i motyw zgłoszenia badanych z grupy C (N=29)

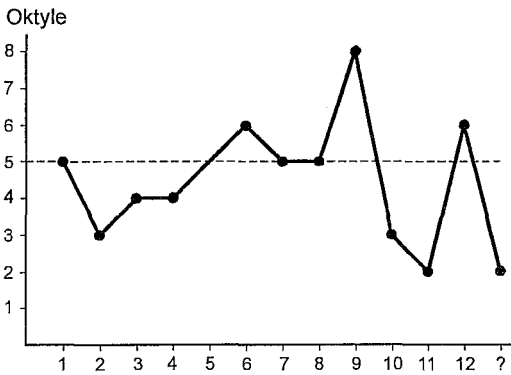
Analizowana zmienna	n	%
Przedział wieku (lata)		
25-29	1	3,4
30-34	6	20,7
35-39	8	27,6
40-44	8	27,6
45-52	6	20,7
Wykształcenie		
Podstawowe	6	20,7
Zawodowe	16	55,2
Średnie	5	17,2
Wyższe	2	6,9
Powód zgłoszenia		
Zgłoszenie dobrowolne	2	6,9
Namowa rodziny	4	13,8
Zgłoszenie się pod rygorem utraty pracy	6	20,7
Skierowanie przez MK ds. PA	17	58,6

nych tam danych, w grupie C znalazło się najwięcej osób skierowanych do poradni pod rygorem (przez MK ds. PA) oraz po leczeniu szpitalnym.

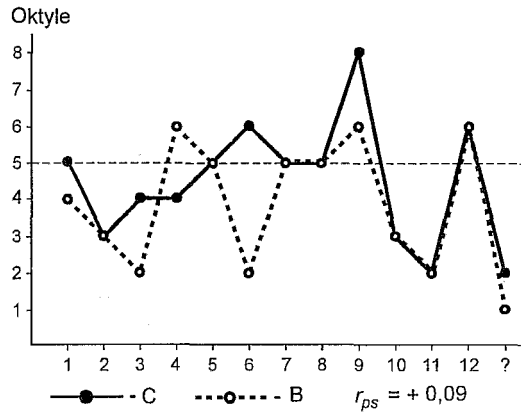
Profil SUI tych osób (tabl. 6, rys. 3) wskazuje na występowanie u nich: (a) skrajnie niskiej samooceny (skala 9), (b) znacznej bezradności życiowej (skala 12), (c) bardzo nis-

kiego realizmu i niezależności interpersonalnej (skala 11), (d) obniżonego syndromu nastawień prospołecznych (skale: 2, 3 i 4) oraz (e) podwyższonego syndromu wrogości.

Interesujące wydaje się porównanie profili SUI grup C i B, co przedstawia rys. 4. Z porównania tego wynika, iż grupa C odznacza się w stosunku do grupy B niższym



Rysunek 3. Profil SUI z wyników przeliczonych osób z grupy C



Rysunek 4. Profil SUI z wyników przeliczonych osób z grupy C i B

poziomem samoakceptacji (skala 9), znacząco wyższym wskaźnikiem wrogości o charakterze korelatu „buntowniczo-podejrzliwy” oraz niższym wskaźnikiem uległości interpersonalnej, co koresponduje z tendencją do zachowań przekornych. Obliczony wskaźnik r_{ps} Du Masa dla tych dwóch profili SUI wynosi 0,09, co dowodzi, iż profile te są do siebie niepodobne.

Grupa D – Anonimowych Alkoholików

Badanych w tej grupie wybrano spośród członków Klubów Anonimowych Alkoholi-

ków z terenu miast: Bielsko-Biała – 21 osób, Chorzów – 17 osób i Tarnowskie Góry – 19 osób. Łącznie zbadano więc 57 osób. Do badań zakwalifikowano osoby wyłącznie na zasadzie dobrowolności z uwzględnieniem co najmniej 6-miesięcznego okresu abstynencji. Wiek i wykształcenie badanych osób przedstawia tabl. 7.

Jak wynika z tabl. 7, przytłaczającą większość osób z grupy AA stanowili członkowie w wieku 35–52 lat. Należy sądzić, że taki rozkład wieku wśród członków grup AA wynika z ich kolei życiowych, tj. wcześniejszego

Tablica 6. Wyniki testu SUI osób z grupy C (N=29)

Skala testu SUI	Wartość surowa (mediana)	Oktyl
1. styl kierowniczo-autokratyczny	5	5
2. styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	6	3
3. styl współpracująco-przyjacielski	8	4
4. styl uległo-zależny	7	4
5. styl wycofująco-masochistyczny	4	5
6. styl buntowniczo-podejrzliwy	4	6
7. styl agresywno-sadystyczny	2	6
8. styl współzawodnicząco-narcystyczny	4	6
9. samoakceptacja, stopień samozadowolenia	10	8
10. skala kłamstwa	1	3
11. zazdrość, realizm, względna autonomia	3	2
12. pesymizm, bezradność, „wołanie o pomoc”	3	6
? liczba znaków zapytania	1	2

Tablica 7. Wiek badanych osób z grupy D (N=57)

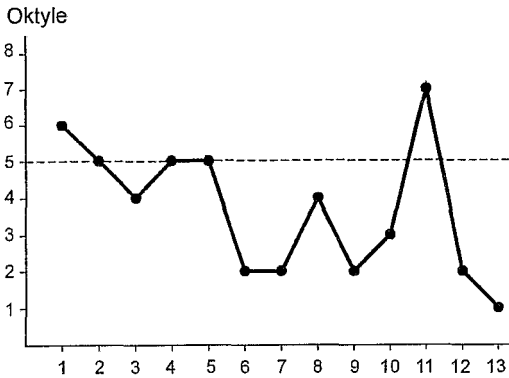
Analizowana zmienna	n	%
Przedział wieku (lata)		
20–24	–	–
25–29	3	5,3
30–34	5	8,8
35–39	11	19,0
40–44	20	35,1
45–52	18	31,6
Wykształcenie		
Podstawowe	5	8,8
Zawodowe	13	22,9
Średnie	31	54,4
Wyższe	8	14,0

uzależnienia alkoholowego, podejmowanych przerw i ponownych nawrotów picia alkoholu, by wreszcie w późniejszym wieku – w rezultacie różnych uwarunkowań (rodziny, osobistych, zdrowotnych) podjąć zdecydowany krok – całkowitego zerwania ze spożywaniem alkoholu w jakiegokolwiek postaci. Wśród tych uwarunkowań badani wymieniali: rozkład współżycia rodzinnego, rozwód, zagrożenie rozwodem, zagrożenie usunięciem z pracy, pogorszenie się stanu zdrowia i u wszystkich osób przemyślenia własne

i namowy osób znaczących. Przeszło połowę członków klubów AA stanowiły osoby z wykształceniem średnim. Zaś osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym, których jest demograficznie najwięcej, stanowiły ok. 31%. Z kolei osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 14%. Wypływałby stąd wniosek, że decyzje wstąpienia do klubów AA podejmują znacząco częściej osoby o wyższym poziomie edukacyjnym, których przemyślenia dotyczące bilansu życiowego, zwłaszcza strat z powodu bycia alkoholikiem,

Tablica 8. Wyniki testu SUI osób z grupy D (N=57)

Skala testu SUI	Wartość surowa (mediana)	Oktyl
1. styl kierowniczo-autokratyczny	6	6
2. styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy	8	5
3. styl współpracująco-przyjacielski	8	4
4. styl uległo-zależny	8	5
5. styl wycofująco-masochistyczny	4	5
6. styl buntowniczo-podejrzliwy	–	2
7. styl agresywno-sadystyczny	–	2
8. styl współzawodnicząco-narcystyczny	3	4
9. samoakceptacja, stopień samozadowolenia	2	2
10. skala kłamstwa	1	3
11. zazdrość, realizm, względna autonomia	10	7
12. pesymizm, bezradność, „wołanie o pomoc”	–	2
? liczba znaków zapytania	–	1



Rysunek 5. Profil SUI z wyników przeliczonych osób z grupy D

mają istotne znaczenie regulacyjne w ich motywacji życiowej.

Wyniki uzyskane w teście SUI przez osoby z klubu AA w porównaniu z grupami A, B i C wskazują na bardzo znaczące różnice w poszczególnych skalach testu, jak i w całym profilu tego testu. Zaznacza się więc u osób z klubów AA: (a) wysoka samoocena – samoakceptacja (skala 9), (b) bardzo wysoki wskaźnik w zakresie realizmu, zaradności i względnej autonomii interpersonalnej (skala 11), (c) bardzo niski wskaźnik pesymizmu i bezradności (skala 12), (d) niski wskaźnik syndromu wrogości (skala 6, 7) oraz (e) prawidłowy – średni wskaź-

nik nastawień prospołecznych. Można więc wysunąć wniosek, iż osoby z grupy AA stanowią przykład bardzo zadowolającej koherencji osobowości, dającej podstawy do zdrowego psychicznie funkcjonowania w codziennych sytuacjach życiowych.

OMÓWIENIE

Uzyskane wyniki badań psychologicznych za pomocą testu SUI osób uzależnionych od alkoholu – leczących się w poradniach odwykowych – wskazują na występowanie określonych, znaczących różnic pomiędzy wydzielonymi grupami tych pacjentów. Różnice te omawiano w kolejnych częściach niniejszego opracowania. Największą różnicę stwierdzono pomiędzy profilem grupy C a profilem grupy D, co obrazuje rys. 6. Z uzyskanego wskaźnika r_{ps} Du Masa (–0,82) wynika, iż grupy te są wzajemnym wobec siebie „zaprzeczeniem” pod względem koherencji osobowości, warunkującym prawidłowe funkcjonowanie społeczne w codziennych sytuacjach życiowych.

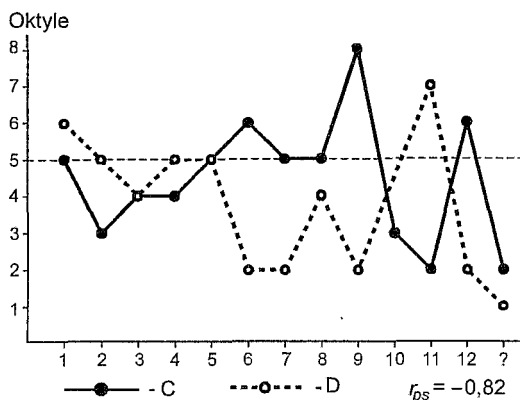
W celu porównania podobieństw i różnic pomiędzy zbadanymi grupami pacjentów obliczono współczynniki r_{ps} Du Masa dla wszystkich profili SUI względem siebie [zob. Brzeziński 1978, s. 250], uzyskując następujące wyniki:

$$\begin{aligned} r_{ps} D/C &= -0,82 \\ r_{ps} D/A &= -0,45 \\ r_{ps} D/B &= -0,27 \\ r_{ps} C/A &= +0,27 \\ r_{ps} C/B &= +0,09 \\ r_{ps} B/A &= +0,45 \end{aligned}$$

Skala ocen współczynnika r_{ps} Du Masa:

0,75 – 1,00 – bardzo wysokie podobieństwo
0,50 – 0,74 – wysokie podobieństwo
0,25 – 0,49 – umiarkowane podobieństwo
0,00 – 0,24 – niskie podobieństwo

$r_{ps} = 2\Sigma S - \Sigma T / \Sigma T$ przy czym: $-1 \leq r_{ps} \leq +1$ gdzie: $\Sigma T = \Sigma S + \Sigma D$
 ΣS – liczba par segmentów „zgodnych”, tzn. albo oba segmenty wznoszą się (+), albo oba segmenty opadają (–), albo też oba segmenty są równoległe (0)
 ΣD – liczba par segmentów „niezgodnych”, tzn. albo jeden się wznosi (+), a drugi opada (–), albo odwrotnie. Może być też tak, że jeden wznosi się lub opada, a drugi ani się nie wznosi, ani nie opada (0)



Rysunek 6. Profil SUI z wyników przeliczonych osób z grupy C i D

Uzyskane wskaźniki r_{ps} Du Masa dla wszystkich (6) relacji między omówionymi profilami SUI (grupami pacjentów) dobrze ilustrują możliwości testowego pomiaru zaburzeń osobowości w różnych fazach alkoholizmu.

WNIOSEK

Na koniec należy podkreślić, iż psychologiczny pomiar za pomocą testu SUI nie wy-

czepuje całościowej diagnozy psychologiczno-psychiatrycznej. Może on jednak, jak starałem się wykazać, być bardzo pomocny w kontekście całościowego podejścia diagnostycznego w praktyce psychologicznej i psychiatrycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Brzeziński J.: Elementy metodologii badań psychologicznych. PWN, Warszawa 1978.
2. Jellinek E.M.: Koncepcja alkoholizmu jako choroby. PZWL, Warszawa 1960.
3. Kulisiewicz T.: Uzależnienie alkoholowe. PZWL, Warszawa 1982.
4. Portnow A.A., Piatnickaja J.N.: Klinika alkoholizmu. PZWL, Warszawa 1977.
5. Stanik J.M.: Skala Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI). Wyd. Szumacher, PAN, Kielce 1976.
6. Stanik J.M.: Uzależnienie od alkoholu w świetle koncepcji medycznych i psychologicznych. W: Stanik J.M. (red.): Uzależnienie alkoholowe – psychologiczne i psychiatryczne problemy w ekspertyzach sądowych i terapii. KPK, Katowice 1986.
7. Stanik J.M.: Możliwości diagnozy różnicowej stanów reaktywnych za pomocą testu SUI. Post. Psychiatr. i Neurol. 1997, 6.

Adres: Prof. Jan M. Stanik, Katedra Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Śląskiego, ul. Grażyńskiego 53, 43-126 Katowice