

---

**Instytut Psychologii Zdrowia  
PTP**

**Bogusław Włodawiec**

**RAPORT Z BADAŃ**

**Ewaluacja Programu Rozwoju Osobistego**

**WARSZAWA 1998**

---

## Spis Treści

<b>WSTĘP</b> .....	<b>4</b>
<b>PRZEGLĄD BADAŃ EWALUACYJNYCH</b> .....	<b>5</b>
BADANIA NAD EFEKTYWNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII.....	5
POLSKIE BADANIA NAD EFEKTYWNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII.....	12
BADANIA EWALUACYJNE PROWADZONE PRZEZ INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA.....	15
<i>Ocena efektywności terapii odwykowej i terapii współzależnienia</i> .....	15
<i>Ocena efektywności Studium Pomocy Psychologicznej</i> .....	16
<b>OCENA EFEKTYWNOŚCI PROGRAMU ROZWOJU OSOBISTEGO</b> .....	<b>18</b>
CELE PRO.....	18
<i>Zawartość programu zajęć</i> .....	18
PROBLEM BADAWCZY.....	19
<i>Hipotezy</i> .....	19
<i>Schemat badań</i> .....	22
<i>Narzędzia</i> .....	22
OPIS NARZĘDZI BADAWCZYCH.....	22
<i>Kwestionariusz Delta Drwala</i> .....	22
<i>Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego</i> .....	26
<i>Skala X-2 kwestionariusza STAI Spielbergera</i> .....	27
<i>Kwestionariusz SCL-90</i> .....	28
CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY.....	32
<i>Wiek</i> .....	32
<i>Płeć</i> .....	32
<i>Stan cywilny</i> .....	33
<i>Wykształcenie</i> .....	33
<i>Uwikłanie w uzależnienie od substancji psychoaktywnych</i> .....	34
WYNIKI BADAŃ W CHWILI ROZPOCZYNANIA PRO I PO JEGO ZAKOŃCZENIU.....	37
<i>Zastosowane metody statystyczne</i> .....	37
<i>Poczucie kontroli</i> .....	38
<i>Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle</i> .....	42
<i>Empatia</i> .....	47
<i>Lęk jako cecha osobowości</i> .....	55
<i>Nasilenie objawów psychopatologicznych</i> .....	58
<i>Ocena korzyści osobistych uczestników PRO</i> .....	68
<i>Anonimowa ocena zajęć PRO</i> .....	69
PÓŁ ROKU PO ZAKOŃCZENIU PRO.....	77
<i>Zmiany w zakresie poczucia kontroli</i> .....	78
<i>Zmiany w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle</i> .....	80
<i>Zmiany w zakresie empatii</i> .....	83
<i>Zmiany w zakresie lęku jako cechy osobowości</i> .....	85
<i>Zmiany w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych</i> .....	86
<i>Podsumowanie i interpretacja wyników</i> .....	95
EFEKTY UDZIAŁU W PRO W OPINII UCZESTNIKÓW.....	98
<i>Zmiany w relacjach z bliskimi osobami</i> .....	99
<i>Zmiany w relacjach z innymi ludźmi</i> .....	103
<i>Zmiany w poglądach i sposobie myślenia</i> .....	107
<i>Zmiany w emocjach i sposobie odczuwania</i> .....	111
<i>Inne zmiany</i> .....	114
<i>Opinie niejednoznaczne</i> .....	117
<i>Podsumowanie</i> .....	118
INNE ZALEŻNOŚCI.....	120
<i>Korelacje między wynikami w chwili rozpoczynania PRO a efektami terapii</i> .....	120
<i>Wyniki w chwili rozpoczynania PRO i trwale efekty terapii a stan cywilny</i> .....	121
<i>Wyniki w chwili rozpoczynania PRO i trwale efekty terapii a wychowanie w rodzinie alkoholowej</i> .....	128
<i>Wyniki w chwili rozpoczynania PRO i trwale efekty terapii a współzależnienie</i> .....	132
<i>Wyniki w chwili rozpoczynania PRO i trwale efekty terapii a uzależnienie</i> .....	137

<i>Podsumowanie</i> .....	137
OGRANICZENIA BADAŃ.....	138
WNIOSKI.....	139
<b>ZAKOŃCZENIE</b> .....	<b>141</b>
<b>PIŚMIENNICTWO</b> .....	<b>142</b>
<b>ZAŁĄCZNIKI</b> .....	<b>147</b>

## Wstęp

Celem pracy jest oszacowanie, na ile psychoterapia i psychoedukacja prowadzona w ramach Programu Rozwoju Osobistego (PRO) jest przydatna w dalszym zdrowieniu osób uzależnionych i współuzależnionych, w ich rozwoju osobistym oraz w przygotowaniu ich do spełniania roli nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.

Zagadnienie to jest ważne z wielu powodów. Psychoterapeuci pracujący z uczestnikami PRO często mają subiektywne poczucie doniosłości zmian zachodzących u uczestników pod wpływem psychoterapii. Efektywność PRO sugerują także wysokie oceny wystawiane przez uczestników w każdym kolejnym turnusie PRO w standardowo stosowanych, anonimowych ankietach *Opinia o zajęciach*. Jednakże efekty PRO, a zwłaszcza ich trwałość, nie są mierzone żadnymi zobiektywizowanymi narzędziami. Ocena tych efektów jest ważna choćby dlatego, iż psychoterapia jest kosztownym, uciążliwym i pracochłonnym zajęciem. Należałoby zatem wiedzieć, czy i komu warto ją zalecać oraz czego się można po niej spodziewać. Interesujące też może być ustalenie, co zmienia się pod wpływem psychoterapii podczas PRO, a co jest niezmiennie, a także, jacy uczestnicy PRO są bardziej podatni na zmiany. Badania nad efektywnością PRO pozwalają również porównać uczestników PRO do innych grup badanych i ocenić ich przydatność do spełniania roli nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.

W pierwszej części pracy zaprezentowano poglądy różnych autorów na temat skuteczności psychoterapii na podstawie przeprowadzonych przez nich metaanaliz badań na ten temat, wyniki najnowszych badań (z lat 1995-97) oraz badania tego rodzaju przeprowadzone w Polsce. W kolejnych rozdziałach drugiej części pracy przedstawiono cele PRO i zawartość programu zajęć, opisano zastosowane narzędzia badawcze, scharakteryzowano badaną grupę, przedstawiono wyniki badań w chwili rozpoczęcia PRO, po zakończeniu PRO i pół roku później, a także oceny uczestników i ich relacje o zmianach w ich życiu wskutek udziału w PRO. W ostatnich rozdziałach próbowano ustalić cechy uczestników odnoszących największe i najmniejsze korzyści z udziału w Programie, przedstawiono ograniczenia badań i wnioski. Piśmiennictwo zawiera wyłącznie pozycje cytowane w pracy.

## Przegląd badań ewaluacyjnych

### Badania nad efektywnością psychoterapii

Większość psychologów – praktyków zajmujących się psychoterapią i obserwujących jej efekty jest przekonanych o użyteczności swojej pracy. Zwłaszcza jeśli w trakcie szkolenia zawodowego doświadczyli także na sobie skutków poddania się psychoterapii. Niemniej dla badaczy subiektywne przeświadczenie terapeutów czy pacjentów o skuteczności leczenia nie jest dowodem, iż to leczenie jest rzeczywiście skuteczne.

Skrajny pogląd w tej sprawie prezentuje Eysenck, którego zdaniem nie ma przekonujących dowodów na skuteczność psychoterapii, zwłaszcza zorientowanej psychoanalitycznie. Uważa on także, że pewna część poważnych nerwic z reguły słabnie po dwóch lub trzech latach. Stąd poprawę samopoczucia pacjentów poddanych wieloletniej psychoanalizie można równie dobrze przypisać samoistnej remisji. Pewność, że leczenie było skuteczne można mieć, jego zdaniem tylko poprzez porównanie wyników badań grupy eksperymentalnej, poddanej psychoterapii, z grupą kontrolną, złożoną z podobnych osób, lecz nie leczonych (Eysenck 1971, s. 81). Wskazuje on na fakt, iż w niektórych badaniach nie wykryto żadnej różnicy między skutecznością różnych rodzajów terapii, które okazywały się tak samo skuteczne. Twierdzi on także, że skuteczność różnych rodzajów terapii zbliżona jest do efektu placebo, co dowodziłoby nieskuteczności psychoterapii. Wyniki badań, w których nie wykryto związku między czasem trwania terapii czy kwalifikacjami terapeuty a efektami, także uważa za dowód nieskuteczności terapii. Szczególnie ostro krytykuje psychoanalizę, wykazując np. brak dowodów na istnienie dziecięcej seksualności. Wytyka ponadto brak badań nad efektami długoterminowej psychoanalizy.

Jedyny wyjątek robi Eysenck dla terapii behawioralnej, będąc przekonanym co do jej skuteczności. Powołując się na badania twierdzi, że jest dwa razy skuteczniejsza od innych metod (Eysenck 1997a, ss. 43-45; 1997b, ss. 43-45).

Krytyka Eysencka przyczyniła się do rozwoju badań nad efektywnością psychoterapii i podniesienia ich metodologicznej poprawności. W badaniach tych na ogół stosuje się grupy kontrolne i (lub) powtarzanie pomiarów po dłuższym okresie czasu od zakończenia leczenia w celu sprawdzenia, czy uzyskana poprawa utrzymuje się. Niemniej niejednokrotnie brak jest odpowiednich narzędzi do precyzyjnego pomiaru efektów terapii, co może być przyczyną, że w niektórych wypadkach nie wykrywa się efektów bądź różnic między grupami leczonymi różnymi metodami. Trzeba też wziąć pod uwagę, że efekty terapii mogą być różne w zależności od rodzaju zaburzenia, cech pacjentów, jak również osobowości czy kwalifikacji terapeutów oraz stosowanych metod leczenia. O ile wobec konkretnego pacjenta może okazać się skuteczna jedna z metod, zaś inne byłyby bezużyteczne, to przy porównywaniu dużych grup pacjentów wybranych losowo całkowicie różne metody leczenia mogą mieć podobną skuteczność.

Poglądy Eysencka wydają się kontrowersyjne także dlatego, iż jego krytyka psychoanalizy i poparcie dla terapii behawioralnej wydają się nieco przesadzone. Być może nie ma naukowych dowodów na seksualność dziecięcą, ale wystarczy zajrzeć do dowolnego przedszkola i zapytać pracującą tam przedszkolankę o zachowania seksualne dzieci i o reakcje, jakie zalecają wobec tego zjawiska podręczniki pedagogiki. Krytycy terapii behawioralnej twierdzą natomiast, że rzeczywiście w wielu wypadkach usuwa ona szybko

objawy zaburzeń, lecz pozostawia ich przyczyny, które z czasem spowodują powrót objawów, bądź będą przejawiać się w innej formie.

Bergin i Lambert ponownie przeanalizowali wyniki badań na które powoływał się Eysenck i wykazali tendencyjność jego analiz. Okazało się, że Eysenck niejednokrotnie liczył odsetki poprawy wśród poddanych psychoterapii pacjentów z nerwicą, włączając w tę liczbę także pacjentów z inną diagnozą: np. psychopatycznych, uzależnionych, a także, że zaliczał do grupy osób poddanych psychoterapii także tych, którzy przerwali terapię. Autorzy ci wykazali, że przyjmując inne kryteria włączania do grup oraz inne kryteria poprawy można otrzymać zupełnie inny obraz efektywności psychoterapii nerwic na podstawie tych samych badań, które analizował Eysenck (Bergin i Lambert 1990, ss. 232-238).

Badacze ci podjęli także próbę wyjaśnienia zjawiska samoistnej remisji. Na podstawie badań nad tym zjawiskiem wysunęli przypuszczenie, że zachodzi ona pod wpływem nieprofesjonalnej pomocy otrzymywanej przez chorych poza placówkami opieki zdrowotnej – od przyjaciół, rodziny, znajomych, duchownych i nauczycieli. Stwierdzili, że badani amerykańscy studenci właśnie u takich osób poszukiwaliby pomocy w przypadku problemów emocjonalnych, na ostatnim miejscu wymieniając psychiatrów. Wykazali także, że nieprofesjonalna pomoc może być efektywna. Stwierdzenie to rzuca nowe światło na porównania wyników badań pacjentów poddanych psychoterapii z pacjentami z grup kontrolnych oczekujących na leczenie, podważa bowiem przyjmowane dotychczas założenie, że osoby z grup kontrolnych nie otrzymały w tym czasie żadnej pomocy psychologicznej (Bergin i Lambert 1990, ss. 232-238).

Podsumowując dokonany przegląd badań nad efektywnością psychoterapii autorzy stwierdzili, że psychoterapia psychoanalityczna – wglądowa, humanistyczna, behawioralna i w mniejszym stopniu – poznawcza opierają się na rzetelnych podstawach empirycznych. Wyniki uzyskiwane za pomocą tych form terapii są lepsze niż efekty braku leczenia lub różnych rodzajów placebo. Powyższe szkoły terapeutyczne są mniej więcej równie skuteczne wobec szerokiego kręgu pacjentów ambulatoryjnych, wobec których zazwyczaj stosuje się te metody leczenia. Stwierdzili także, że występowanie samoistnej remisji jest rzadsze niż przypuszczano. Gdyby jednak samoistne remisje występowały rzeczywiście w 2/3 przypadków nerwic w ciągu okresu 2 lat, jak twierdził Eysenck, to i tak psychoterapia byłaby godna polecenia, umożliwiła bowiem uzyskanie wyższych odsetków poprawy w krótszym czasie (Bergin i Lambert 1990, s. 278).

Wyniki najnowszych badań nad efektywnością psychoterapii nie są jednoznaczne, lecz na ogół wskazują na skuteczność psychoterapii w zakresie leczenia różnego typu zaburzeń psychicznych bądź psychosomatycznych.

Ragsdale, Cox, Finn i Eisler badali 24 uczestników krótkoterminowego stacjonarnego programu terapii zespołu stresu pourazowego (PTSD) związanego z wojną. Uczestnicy byli badani testami psychologicznymi przed i po terapii. Ich odpowiedzi porównano do liczącej również 24 osoby grupy porównawczej, oczekującej na takie leczenie. Trzeba jednak zaznaczyć, że w tym czasie grupa porównawcza odbyła tygodniową ambulatoryjną terapię grupową zespołu stresu pourazowego. W grupie objętej stacjonarnym programem terapii wystąpiła znacząca poprawa w zakresie poczucia beznadziejności, poczucia winy i wstydu, poczucia osamotnienia oraz ekspresyjności emocjonalnej. Inne wskaźniki funkcjonowania psychologicznego, jak umiejętności interpersonalne, lęk, złość i objawy zespołu stresu pourazowego nie zmieniły się znacząco po leczeniu. Nie zanotowano natomiast żadnych pozytywnych zmian w grupie porównawczej osób oczekujących na leczenie (Ragsdale K.G., Cox R.D., Finn P., Eisler R.M., 1996, ss. 269-83).

Agosti i Ocepek-Welikson porównali rezultaty leczenia chronicznej depresji o wczesnym początku przy pomocy trzech różnych metod: terapii behawioralno – poznawczej,

psychoterapii interpersonalnej oraz stosowania imipraminy. Czwarta grupa pacjentów otrzymywała placebo. Program badawczy obejmował 65 pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Rezultaty terapii behawioralno – poznawczej, psychoterapii interpersonalnej i leczenia imipraminą nie różniły się od stosowania placebo. Nie znaleziono także związku między czasem trwania głębokiej depresji a odpowiedzią na specyficzne leczenie. Autorzy uważają, że potrzebne są dalsze badania, czy psychoterapia połączona z leczeniem farmakologicznym przynosi poprawę społecznego funkcjonowania i jakości życia pacjentów z chroniczną depresją (Agosti V., Ocepek-Welikson K., 1997, ss. 181-186).

Podobnie Liou i Her badali skuteczność różnych metod leczenia grupy 62 hospitalizowanych pacjentów z silnymi zaburzeniami depresyjnymi (*major depression disorders – MDD*). Pacjenci uczestniczyli w ośmiu sesjach grupowej psychoterapii: behawioralnej, poznawczej albo wspierającej. W tym samym czasie 16 pacjentów z badanej grupy zostało przydzielonych do grupy kontrolnej, która nie brała udziału w psychoterapii, natomiast otrzymywała trójcykliczne antydepresanty (aminotryptylinę, imipraminę lub doksepinę). Po czterech tygodniach trzy grupy objęte leczeniem psychologicznym przejawiały znaczącą poprawę w porównaniu do grupy kontrolnej. W sumie 58% próby objętej psychoterapią osiągnęło remisję na zakończenie leczenia, zaś dalsze 28% znaczącą poprawę. Reszta nadal spełniała kryteria silnych zaburzeń depresyjnych. Nie stwierdzono żadnych znaczących różnic między poszczególnymi podejściami terapeutycznymi jeśli chodzi o uzyskane rezultaty. Autorzy stwierdzają, że w przypadku stacjonarnego leczenia pacjentów depresyjnych efekty psychoterapii wypadają korzystniej w porównaniu do grupy kontrolnej, wskazując na efektywność stacjonarnej psychoterapii depresji (Liou i Her 1996, ss.163-70).

Także Huflejt – Łukasik, powołując się na badania innych autorów, stwierdza skuteczność terapii behawioralno – poznawczej wobec pacjentów z depresją, także w leczeniu dzieci, trwałość poprawy w dłuższym czasie po leczeniu oraz lepsze efekty w porównaniu z farmakoterapią (Huflejt – Łukasik 1994, ss. 399-400).

Opdyke i wsp. próbowali opisać utrzymujące się symptomy depresji u pacjentów w podeszłym wieku podczas kontynuacji terapii łączącej przyjmowanie nortryptyliny i udział w psychoterapii interpersonalnej, a następnie ustalić, które symptomy są najbardziej uporczywe i zbadać korelacje między nimi. Interesowały ich też różne reakcje pacjentów na kombinowane leczenie. Przeprowadzili badania obejmujące grupę 105 pacjentów w podeszłym wieku z diagnozą depresji, powtarzając pomiary Skalą Depresji Hamiltona i Skalą Globalnej Oceny (GAS) dwa razy miesięcznie w ciągu czterech miesięcy oraz stosując analizę regresji. Obie skale wskazywały na skromną, ale statystycznie istotną poprawę. Zmienność wyników w skali Hamiltona była najbardziej oczywista w zakresie symptomów obniżonego nastroju, apatii, lęku, poczucia winy, bezsenności, obniżonego popędu płciowego. W zakresie innych objawów: hipochondrii, braku apetytu, utraty na wadze, myśli samobójczych, braku wglądu przejawiała się wyraźnie i zdecydowanie. Analiza wzoru odpowiedzi wykazała, że ¼ pacjentów doświadczyła jednego lub więcej krótkiego zaostrzenia. Większość pacjentów osiągnęła przeciętny poziom nasilenia objawów, porównywalny do zdrowej grupy osób w podeszłym wieku. Zdaniem autorów, uzyskane rezultaty umacniają optymistyczne zapatrywania na długotrwałą depresję, podkreślając, że pełna remisja w takich przypadkach jest celem możliwym do osiągnięcia (Opdyke i in. 1996-97, ss. 312-319).

Badano także efektywność psychoterapii wobec pacjentów z zaburzeniami somatycznymi. Podzielono losowo 70 pacjentów z takimi zaburzeniami na grupę eksperymentalną i kontrolną. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wszystkich pacjentów otrzymali list konsultacyjny z zaleceniami leczenia odpowiednimi wobec zaburzeń

somatycznych. Pacjenci z grupy eksperymentalnej zostali zaproszeni do uczestnictwa w ośmiu sesjach grupowej psychoterapii, oprócz konsultacji zapewnianych przez ich lekarzy; 45% z nich brało udział w jednej lub więcej takich sesji. Pacjenci z grupy eksperymentalnej relacjonowali znaczącą poprawę zdrowia fizycznego ( $p < 0,05$ ) oraz psychicznego ( $p < 0,01$ ) po terapii i rok później. W im większej liczbie sesji grupowej psychoterapii pacjenci uczestniczyli, tym większa była poprawa w zakresie zdrowia ogólnego i psychicznego. Terapia grupowa i konsultacje pozwoliły także zaoszczędzić 52% kosztów opieki zdrowotnej, wskazując tym samym, zdaniem autorów, że poprawa wyników leczenia bez eskalacji kosztów opieki jest ekonomicznie wykonalna w tej licznej grupie pacjentów (Kashner i in. 1995, ss. 462-70).

Studia przypadków wskazywały, że leczenie psychologiczne może mieć korzystny wpływ w przebiegu łuszczycy. Zachariae i wsp. postanowili zbadać tą hipotezę w warunkach eksperymentalnych. Pięćdziesięciu jeden pacjentów z łuszczycą zostało losowo przydzielonych do grupy objętej leczeniem, bądź do grupy kontrolnej. Pacjenci z grupy objętej leczeniem uczestniczyli w siedmiu sesjach indywidualnej psychoterapii w ciągu 12 tygodni. Techniki interwencyjne włączały radzenie sobie ze stresem, fantazje kierowane i relaksację. Zmiany były mierzone za pomocą trzech wskaźników: wskaźnika surowości powierzchni łuszczycy (*Pasoriasis Area Severity Index – PASI*), całkowitego wyniku oznak (*Total Sign Score – TSS*) oraz wykorzystującego zjawisko Dopplera laserowego pomiaru przepływu krwi w skórze (*Laser Doppler Skin Blood Flow – LDBF*). Pomiarzy przeprowadzono w chwili rozpoczynania leczenia oraz jeszcze trzykrotnie: w czwartym i ósmym tygodniu leczenia i po zakończeniu leczenia (w 12 tygodniu). Drobne, ale istotne zmiany wykryto za pomocą wskaźników *TSS* i *LDBF* w grupie objętej leczeniem, zaś nie wykryto ich w grupie kontrolnej. Gdy analizy zostały przeprowadzone dla obu grup oddzielnie, okazało się, że grupa biorąca udział w psychoterapii wykazywała istotną redukcję objawów na każdym z trzech pomiarów przebiegu łuszczycy. Zdaniem autorów, uzyskane przez nich wyniki badań sugerują, że psychoterapia może wywierać korzystny wpływ w przebiegu łuszczycy (Zachariae i in. 1996, ss. 1008-15).

Van Dulmen, Fennis i Bleijenberg badali efektywność grupowej terapii behawioralno – poznawczej u osób z zespołem jelita drażliwego (*irritable bowel syndrome*). Porównywali po zakończeniu terapii stan grupy objętej programem leczenia ze stanem grupy porównawczej złożonej z osób oczekujących na leczenie, a także sprawdził efekty terapii po upływie dłuższego okresu czasu. Program terapii obejmował osiem 2 – godzinnych sesji grupowych w ciągu trzech miesięcy. Wykonano badania kontrolne stanu pacjentów z 25 – osobowej grupy eksperymentalnej i 20 - osobowej grupy porównawczej. Dolegliwości ze strony układu pokarmowego pacjentów, którzy przeszli terapię były znacząco mniejsze w porównaniu do dolegliwości pacjentów, którzy oczekiwali na terapię. Ponadto, zgodnie z celami terapii, liczba efektywnych strategii radzenia sobie wzrosła bardziej, zaś liczba zachowań polegających na unikaniu zmniejszyła się bardziej w grupie objętej terapią w porównaniu do grupy kontrolnej, oczekującej na terapię. Następnie leczeni pacjenci byli badani po upływie średnio 2.25 lat (od pół roku do 4 lat) od zakończenia terapii. Okazało się, że pozytywne zmiany utrzymują się. Dolegliwości ze strony układu pokarmowego, liczba efektywnych strategii radzenia sobie, zachowania polegające na unikaniu wykazywały w dalszym ciągu poprawę w porównaniu do stanu sprzed terapii. Zdaniem autorów, terapia behawioralno – poznawcza jest efektywna w leczeniu zespołu jelita drażliwego, w stymulowaniu strategii radzenia sobie oraz redukowaniu zachowań polegających na unikaniu (van Dulmen A.M., Fennis J.F., Bleijenberg 1996, ss. 508-514).

W innych badaniach porównywano efektywność leczenia bulimii metodami terapii behawioralno – poznawczej i psychodynamicznie zorientowanej terapii wspierającej.



Poszukiwano przy tym odpowiedzi na pytania, czy dwuetapowa interwencja farmakologiczna (w której stosowano antydepresanty – najpierw desipraminę, a gdy okazywała się nieskuteczna albo słabo tolerowana – fluoksetynę) może zwiększać korzyści odnoszone z udziału w psychoterapii, a także, czy kombinacja leczenia farmakologicznego i psychologicznego jest lepsza niż sama farmakoterapia. Grupa 120 kobiet z diagnozą bulimii została podzielona losowo na otrzymujące leki i otrzymujące placebo. Część z nich uczestniczyła w terapii behawioralno – poznawczej, część zaś w psychoterapii wspierającej. Okazało się, że terapia behawioralno – poznawcza jest lepsza niż terapia wspierająca w redukcji behawioralnych objawów bulimii (objadania się i wymiotowania). Pacjentki przyjmujące leki w kombinacji z oddziaływaniem psychologicznym wykazywały większą poprawę w zakresie objadania się i depresji niż pacjentki otrzymujące placebo wraz z psychologicznym oddziaływaniem. W dodatku okazało się, że poznawczo - behawioralna terapia wraz z lekami jest lepsza niż same leki, czego nie można było powiedzieć o psychoterapii wspierającej. Zdaniem autorów, terapia behawioralno – poznawcza jest psychologicznym leczeniem z wyboru w przypadkach bulimii. Korzyści z psychoterapii może zwiększać stosowanie dwuetapowej interwencji farmakologicznej z użyciem fluoksetyny (Walsh i in. 1997, ss. 523-31).

Podobnie inni badacze porównywali skuteczność analitycznej terapii stacjonarnej (N=32) i systemowej terapii ambulatoryjnej (N=39) stosowanej wobec pacjentek z bulimią. Efekty terapii były szacowane 14, 26 i 38 miesięcy po rozpoczęciu leczenia. Założenia autorów o generalnej efektywności obu podejść terapeutycznych zostały potwierdzone: oba rodzaje terapii w sposób satysfakcjonujący redukowały w długim okresie czasu zachowania objawowe, jak również inne czynniki powiązane z bulimią. Badaczom nie udało się zidentyfikować zróżnicowanych efektów obu metod leczenia, jakich oczekiwali od bardzo różnych podejść terapeutycznych. Przeważały podobieństwa wyników obu rodzajów terapii, z odrobiną lepszych rezultatów w przypadku stacjonarnej terapii analitycznej (Jäger i in. 1996, ss. 268-78).

Z kolei inni autorzy sprawdzili bieżący stan badań nad psychoterapią bulimii, przeglądając badania używające losowych metod doboru do próby eksperymentalnej i kontrolnej. Stwierdzili, że aktualne dane badawcze przekonywująco przemawiają za skutecznością terapii behawioralno – poznawczej. Niemniej pewne ważne pytania badawcze dotyczące tej dziedziny wiedzy pozostają niewyjaśnione (Mitchell i in. 1996, ss. 219-29).

Monti i in. referując badania innych autorów oraz swoje własne nad skutecznością leczenia uzależnienia od alkoholu stwierdzają, że potwierdzona została skuteczność podejść zawierających elementy behawioralnego treningu konkretnych zachowań, pozwalających na lepsze funkcjonowanie w różnych sytuacjach, takich jak trening społecznych zachowań konstruktywnych, trening radzenia sobie ze stresem, czy program środowiskowy (polegający na restrukturyzacji rodzinnego, społecznego i zawodowego obszaru życia osoby uzależnionej, tak, by każdy z nich zachęcał do utrzymania trzeźwości) (Monti 1994, ss. 223-233).

Jakubik na podstawie przeglądu piśmiennictwa dotyczącego leczenia osobowości nieprawidłowej (dysocjalnej) i analizy doniesień z badań nad efektywnością programów resocjalizacyjnych stwierdził, że psychoterapia stosowana w tych zaburzeniach jako jedyny środek leczniczy jest nieefektywna, bez względu na reprezentowany kierunek teoretyczny. Znacznie bardziej skuteczna okazała się terapia behawioralna oparta na prostych technikach warunkowania awersyjnego, a zwłaszcza warunkowania instrumentalnego. Za najwłaściwszą drogę leczenia w zakładach karnych uważa się wieloletnie programy reedukacyjno – resocjalizacyjne, zawierające różne formy terapii grupowej, techniki warunkowania instrumentalnego (manipulacja przywilejami) oraz rygorystyczne przestrzeganie zasad społeczności leczniczej, których efektywności Jakubik nie ocenia zbyt wysoko. Zauważa

natomiast, że obecnie istnieje prawie całkowita zgodność poglądów, iż psychoterapia jest podstawową oraz jedyną przyczynową metodą leczenia pozostałych zaburzeń osobowości, takich jak osobowość impulsywna, histrioniczna, zależna, lękowa, anankastyczna, paranoiczna i schizoidalna. Na podstawie badań innych autorów szacuje jej skuteczność na 40-64% (Jakubik 1997, ss. 100-103).

Czechosłowackie badania nad skutecznością psychoterapii zdają się wskazywać, że terapeuci bywają bardziej sceptyczni w ocenie efektów swojej pracy niż ich pacjenci. W badaniach Matouska stwierdzono u 128 pacjentów leczonych w Lobči w 1974 roku poprawę bezpośrednią po leczeniu według oceny pacjentów u 84%, zaś według oceny terapeutów u 64%. Wśród 141 pacjentów z Horni Palata procent poprawy był nieco niższy: 64% według oceny pacjentów i 43% według oceny terapeutów. Kratochvil cytuje także polskie badania: Kuliszkiwiczka w Klinice Nerwic IPN, Łapińskich i Osuchowskiej w Ośrodku Leczenia Nerwic w Rasztowie oraz własne w Oddziale Psychoterapeutycznym dla Nerwic w Komorowie, które przemawiają za efektywnością psychoterapii prowadzonej w tych ośrodkach. Odsetki poprawy oscylowały w nich wokół 90% (Kratochvil 1986, ss. 325-6).

Tillett przeszukał literaturę dotyczącą badań nad efektywnością psychoterapii obejmującą ponad 1000 pozycji. Rezultaty swoich poszukiwań uznał za solidny dowód generalnej skuteczności psychoterapii. Stwierdził przy tym, że przyczyny zróżnicowania korzyści osiągniętych przez pacjentów nie są jeszcze dostatecznie rozpoznane. Zauważył ponadto, że terapia krótkoterminowa jest stosowana w szerokiej gamie sytuacji i może być zaskakująco efektywna. Uważa on jednakże, iż chroniczna i złożona psychopatologia wymaga prawdopodobnie terapii długoterminowej (Tillett 1996, ss. 10-15).

Do podobnych wniosków doszli Coreyowie stwierdzając, iż przegląd badań empirycznych dostarcza licznych dowodów na to, że udział w grupie terapeutycznej przyczynia się do dającej się zaobserwować poprawy w bardzo wielu różnych okolicznościach, sytuacjach i instytucjach. Ciągłe jednak nie zostało rozstrzygnięte w jaki sposób procesy i zjawiska zachodzące w grupie prowadzą do zmiany u uczestników, w jaki sposób członkowie grupy wpływają na zjawiska w grupie oraz jakie aspekty psychologicznego funkcjonowania człowieka w największym stopniu podlegają w nich zmianom (Corey i Corey 1995, s. 375).

Badania prowadzone przez Classena i współpracowników wskazują, że szkolenie psychoterapeutów istotnie może podnosić ich kwalifikacje zawodowe. Oceniał on efektywność programu treningowego dla prowadzących grupową psychoterapię wspierającą – ekspresyjną chorych z rakiem piersi. Dwudziestu czterech profesjonalistów pracujących w dziedzinie zdrowia psychicznego lub onkologicznej opieki zdrowotnej ukończyło dwuetapowy trening i zostało sprawdzonych pod względem ich rozumienia modelu leczenia. Okazało się, że w efekcie szkolenia rozumienie uczestników wzrosło. Zdaniem badaczy, uzyskane wyniki świadczą, iż krótki program treningowy może poprawić rozumienie modelu leczenia przez terapeutów (Classen i in. 1997, ss. 211-8).

Mynors-Wallis i in. próbowali sprawdzić, czy można wyszkolić pielęgniarki środowiskowe w terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu problemu oraz, czy tak wyszkolone pielęgniarki mogą być skuteczne w leczeniu zaburzeń emocjonalnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Siedemdziesięciu pacjentów z zaburzeniami emocjonalnymi w opiece podstawowej zostało losowo skierowanych do terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu problemu, prowadzonej przez pielęgniarki środowiskowe, albo do zwykłego leczenia prowadzonego przez ich lekarzy internistów. Pacjenci byli trzykrotnie badani: przed leczeniem, 8 tygodni po i 26 tygodni po leczeniu. Okazało się, że nie ma różnic jeśli chodzi o wyniki kliniczne między pacjentami leczonymi terapią skoncentrowaną na rozwiązaniu problemu a pacjentami, którzy byli leczeni przez swych lekarzy internistów. Niemniej

pacjenci z tej pierwszej grupy byli mniej dni na zwolnieniu. Wprawdzie koszt opieki zdrowotnej w przypadku terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu problemu był wyższy niż koszt leczenia u internistów, jednakże równoważyły to oszczędności związane z mniejszą absencją w pracy. Zdaniem autorów, uzyskane rezultaty przemawiają za tym, iż terapia skoncentrowana na rozwiązaniu problemu może być prowadzona przez wyszkolone pielęgniarki środowiskowe. Kliniczna efektywność leczenia i korzyści ekonomiczne takiego rozwiązania będą zależeć od doboru odpowiednich pacjentów (Mynors-Wallis i in. 1997, ss. 113-9).

We Włoszech badano zmiany w zakresie powiązanej ze zdrowiem jakości życia (*health-related quality of life - HQL*), porównując siłę trzech oddziaływań różnego typu, a mianowicie leczenia psychofarmakologicznego, tego samego leczenia wraz z udzielanym przez wolontariuszy wsparciem społecznym oraz trzeciego leczenia, w którym włączono strukturalizowaną psychoterapię (trening autogenny). Osobami badanymi byli cierpiący na raka (z dużymi guzami w różnych miejscach) pacjenci w podeszłym wieku w trakcie leczenia, z objawami lęku i (lub) depresji związanej ze swoją chorobą. Do oceny powiązanej ze zdrowiem jakości życia zastosowano 9 samoopisowych kwestionariuszy wielowymiarowych lub jednowymiarowych. W badaniu brało udział 72 chorych w wieku od 66 do 85 lat (średnia wieku 70,7) 42 mężczyzn i 30 kobiet. Badanie wykazało użyteczność psychofarmakoterapii (w której stosowano alprazolam i sulpiryd) oraz innego specyficznego pomocnego leczenia w redukcji incydentów mających wpływ na jakość życia, a związanych z ubocznymi skutkami leczenia raka oraz wyższość zintegrowanej strategii, bazującej zarówno na farmakoterapii, jak i na interwencjach psychosocjalnych, takich jak udzielane przez wolontariuszy wsparcie społeczne. Jednakże udział w treningu autogennym okazał się być czynnikiem bez znaczenia. Wykonana przez badaczy analiza wariancji nie pozwoliła ustalić, która spośród dwóch użytecznych metod zintegrowanego leczenia (farmakoterapia i wsparcie społeczne) winna być uznana za leczenie z wyboru, gdyż okazały się one prawie jednakowo efektywne (Mantovani i in. 1996, ss. 129-40).

Podobne rezultaty uzyskał Kogon, który donosi o statystycznie istotnym wpływie interwencji psychospołecznych na czas przeżycia kobiet chorych na raka piersi z przerzutami (Kogon i in. 1997, ss. 225-30).

Seligman, powołując się na badania konsumenckie (Consumer Reports z 1995 roku) stwierdza, że pacjenci odnoszą znaczne korzyści z udziału w psychoterapii, że terapia długoterminowa działa znacznie lepiej niż krótkoterminowa oraz że psychoterapia stosowana samodzielnie działa podobnie jak stosowana w połączeniu z farmakoterapią. Ponadto niespecyficzna psychoterapia działa lepiej niż jakakolwiek inna dla każdego rodzaju zaburzenia oraz psycholodzy, psychiatrzy i pracownicy socjalni osiągają podobne rezultaty jako terapeuci. Wszyscy oni mają lepsze wyniki niż doradcy małżeńscy i długoterminowa terapia rodzinna. Gorzej leczą się pacjenci, którzy mieli ograniczony wybór terapeuty lub czasu terapii (Seligman 1995, ss. 965-74). Niestety, ze względów etycznych nie jest możliwa ocena skuteczności terapii długoterminowej metodami eksperymentalnymi – tj. z grupą kontrolną otrzymującą jedynie placebo przez okres np. dwóch lat badań (Seligman 1996, ss. 1072-9).

Czabała komentując wyniki badań nad skutecznością psychoterapii stwierdza, że niejednoznaczność niektórych z nich wynika raczej z jakości badań niż z małej skuteczności terapii. Kliniczne doświadczenie bowiem, potwierdzone ciągłym intensywnym rozwojem różnych oddziaływań grupowych dostarcza wielu danych, że różne formy psychoterapii grupowej przynoszą ulgę objawową różnego typu pacjentom, dając im możliwość zrozumienia swojego zachowania i przeżywanych uczuć oraz ucząc nowych zachowań ułatwiających funkcjonowanie (Czabała i in. 1980, s. 470).

Analiza efektów psychoterapii nastęrcza wiele trudności. W badaniach z konieczności przyjmuje się założenia o homogeniczności terapeutów (zwłaszcza, jeśli reprezentują tę samą szkołę psychoterapeutyczną) i homogeniczności pacjentów (jeśli mają tę samą diagnozę). Tymczasem terapeuci różnią się między sobą płcią, wiekiem, właściwościami osobowościowymi, systemem wartości, doświadczeniem klinicznym i kwalifikacjami, pacjenci zaś głębokością zaburzeń, aktywnością w toku psychoterapii, motywacją, inteligencją, wykształceniem, ogólną sytuacją życiową i innymi cechami, co ma niekontrolowany wpływ na efekty terapii. Nie bez znaczenia są też warunki, w jakich przebiegają sesje terapeutyczne, czas ich trwania i częstotliwość spotkań.

Porównywanie wyników różnych badań nad różnymi metodami psychoterapii pociąga za sobą dalsze poważne ograniczenia. Do pomiaru efektów terapii stosowane bywają różne narzędzia, o różnym stopniu wrażliwości, co utrudnia porównywanie wyników. Ponadto odmienne szkoły terapeutyczne inaczej formułują cele terapii i związane z nimi kryteria poprawy. W terapii behawioralnej kładzie się nacisk na ustąpienie objawów zgłaszanych przez pacjenta, w psychoanalizie - na uzyskanie wglądu, w terapii poznawczej - na restrukturyzację obrazu własnej osoby i otoczenia, w terapii Gestalt - na uznanie możliwości wyboru i wzięcie zań odpowiedzialności, w terapii skoncentrowanej na kliencie - na spontaniczność w ekspresji emocji. Utrudnia to ustalenie, która ze szkół terapeutycznych jest skuteczniejsza w udzielaniu pomocy (Jakubowska 1994, ss. 87-88).

Wśród proponowanych ogólnych kryteriów poprawy wymienia się: ustąpienie aktualnych symptomów oraz postęp w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym, oceniane przez obiektywnych obserwatorów, samopoczucie, o którym informuje sam pacjent, funkcjonowanie społeczne oceniane na podstawie relacji najbliższego otoczenia pacjenta, strukturę osobowości pacjenta, ocenianą przez klinicystów. Istnieje jednak pogląd, że pacjenci zgłaszają się na psychoterapię z różnego rodzaju problemami, wobec których cele psychoterapii winny być formułowane odmiennie. Nie można zatem przyjąć jednolitych, wspólnych dla wszystkich pacjentów kryteriów poprawy (Jakubowska 1994, ss. 106-107).

## **Polskie badania nad efektywnością psychoterapii**

Badania nad efektywnością psychoterapii przeprowadzone w Polsce wykazują jej skuteczność. Gajewska badała skuteczność psychoterapii pacjentów leczonych w Ośrodku Terapii i Rozwoju Osobowości (OTiRO) stwierdzając bardzo istotną statystycznie poprawę stanu kondycji psychicznej, mierzonej Kwestionariuszem Kondycji Psychiczej (KKP) A. Gajewskiej i J. Mellibrudy oraz zmniejszenie nasilenia objawów psychopatologicznych mierzonych kwestionariuszem SCL-90 w adaptacji A. Brodziaka. Nie stwierdziła natomiast żadnych istotnych zmian w tym czasie w grupie kontrolnej złożonej z osób oczekujących na psychoterapię, poza dwiema podskalami KKP (skalą autonomii osobistej i skalą samoakceptacji), w których wyniki pogorszyły się (Gajewska 1984, s.171).

Siwiak - Kobayashi wykazała, że wskutek dwunastotygodniowego oddziaływania terapeutycznego w Klinice Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii zachodzi u pacjentów poprawa odczuwana subiektywnie i oceniana tak przez terapeutów. Poprawa objawowa oceniana za pomocą 72 itemowej Klinicznej Listy Objawów (HSCL) w adaptacji autorki (wcześniejszej wersji kwestionariusza SCL-90 zastosowanego w niniejszych badaniach) korelowała ze zmianą postaw i zachowań pacjentów (Siwiak - Kobayashi 1974, ss. 150-153).

Podobnie Golczyńska wykazała skuteczność 10 tygodniowej psychoterapii grupowej prowadzonej w Klinice Nerwic IPN. Badała ona 137 pacjentów kliniki (82 kobiety i 55 mężczyzn) z rozpoznaniem (wg ICD-9) nerwicy lub zespołu lękowego, z licznymi objawami wegetatywnymi, nerwicy hipochondrycznej, neurastenicznej, depresyjnej, histerycznej lub

anoreksji. Pacjenci byli podzieleni na 13 grup terapeutycznych, z czego w jednej, oprócz psychoterapii dodatkowo zastosowano medytację, zaś w drugiej hipnoterapię. Wszystkie grupy wykazały istotną statystycznie redukcję objawów, mierzoną Klinikzną Listą Objawów w adaptacji Siwiak – Kobayashi, przy czym dwie grupy, w których zastosowano dodatkowo medytację lub psychoterapię, wykazywały znamienne większą redukcję objawów. Grupy stosujące dodatkowo medytację lub hipnoterapię wykazywały także istotną poprawę w zakresie lęku jako cechy, mierzonej kwestionariuszem STAI Spielbergera, czego nie wykazywały pozostałe grupy. Ponadto w obu grupach z dodatkowymi zajęciami nie wykazano istotnych zmian w zakresie neurotyczności, mierzonej kwestionariuszem MPI Eysencka, natomiast w pozostałych grupach nastąpił nieoczekiwany wzrost poziomu neurotyczności. Żadna z grup nie wykazała istotnych statystycznie zmian w zakresie poczucia kontroli, mierzonego testem I-E Rottera. Natomiast jeśli chodzi o ocenę skuteczności leczenia dokonywaną przez terapeutów (mierzoną testem Ocena Klinicznej Poprawy), to okazało się iż terapeuci przypisywali grupom, które nie miały dodatkowych zajęć, największą poprawę objawową i wglądową. Grupy te nie różniły się zaś, jeśli chodzi o poprawę w zakresie reorientacji czy o poprawę szacowaną testem Ocena Wyników Leczenia Höcka (Golczyńska 1991, ss.1-5).

Sarol – Kotelnicka badała skuteczność 10 – tygodniowej psychoterapii pacjentów z zaburzeniami osobowości, leczonych w Klinice Nerwic IPN. Efekty terapii były szacowane przy pomocy Klinikznej Listy Objawów, skali ocen wyników terapii Höcka – Hess oraz Ankiety Katamnesticznej.

Poprawę objawową mierzoną Klinikzną Listą Objawów oceniano porównując wyniki uzyskane przez badaną grupę w pierwszym tygodniu leczenia, w ostatnim tygodniu leczenia oraz rok po wypisie z Kliniki. W ostatnim tygodniu leczenia badana grupa wykazywała istotną statystycznie poprawę w dziewięciu kategoriach objawowych, w porównaniu do wyników w chwili rozpoczynania terapii. Natomiast rok po terapii poprawa utrzymała się już tylko w pięciu kategoriach objawowych, takich jak: lęk, napięcie, neurastenia, zaburzenia snu oraz w wyniku ogólnym. Ponadto rok po terapii nastąpiła dalsza poprawa w zakresie kategorii „inne” (tiki, jąkanie). Badana grupa wykazała więc istotnie lepszy stan zdrowia w porównaniu ze stanem początkowym, jednakże, w miarę upływu czasu po zakończeniu terapii stan ten się pogarszał.

Grupa badana wysoko oceniała korzyści z leczenia (szacowane przy pomocy skali Höcka – Hess) uzyskane dla zmiany sytuacji rodzinnej i zawodowej, jak i wartość leczenia.

Analiza listów przysyłanych przez pacjentów oraz uwag przekazywanych w kontakcie osobistym rok po terapii wykazała, że pacjentów tych można podzielić na trzy grupy:

1. tych, którym leczenie pomogło w rozwiązywaniu problemów osobowościowych;
2. tych, którym leczenie nie w pełni pomogło, ale oceniają pobyt w Klinice pozytywnie;
3. tych, którym leczenie nie pomogło lub wręcz zaszkodziło.

Pierwsza grupa pacjentów zwracała uwagę na takie zmiany w swoim życiu po terapii jak: radzenie sobie w trudnych sytuacjach bez leków, zaprzestanie sięgania po alkohol w trudnych sytuacjach, zmianę stosunku do siebie i otoczenia, większą samodzielność, nauczenie się organizowania sobie wolnego czasu, łatwiejsze, mniej konfliktowe kontakty społeczne, poprawę relacji z najbliższymi, łatwiejsze znoszenie niepowodzeń, nie korzystanie z leczenia i zwolnień lekarskich, dostrzeganie swoich głównych problemów i próba zdystansowania się od nich, gdy nie można ich rozwiązać oraz nauczenie się wyciągania wniosków z wcześniejszych doświadczeń.

Druga grupa pacjentów jako korzyść z leczenia podawała zdobycie większej wiedzy o sobie, lecz pomimo tej wiedzy nie zawsze potrafili oni uporać się ze swoimi głównymi

problemami. Stwierdzali, że nadal sięgają po leki czy alkohol w trudnych sytuacjach, bądź odczuwają niemożność podjęcia decyzji w ważnych sprawach życiowych.

Trzecia grupa pacjentów, którym leczenie nie pomogło lub nawet zaszkodziło, zwracała uwagę na: brak motywacji do aktywnego leczenia, podejmowania pracy nad sobą i zmian swoich postaw, powstanie nowych trudnych sytuacji po leczeniu przy nie rozwiązaniu wcześniejszych problemów oraz oczekiwanie od Kliniki określonej diagnozy po leczeniu, dającej ulgę w dalszym życiu. Część pacjentów, kierowanych do Kliniki z diagnozą nerwicy została wypisana z diagnozą zaburzenia osobowości, np. osobowość niedojrzała, co sprawiło, że utracili ulgi i przywileje, jakie mieli wcześniej. Lekarze nie chcieli już dawać im zwolnień, otoczenie stawało się mniej tolerancyjne, stawiając większe wymagania.

Sarol – Kotelnicka krytycznie komentując uzyskane rezultaty zwraca uwagę, iż badani pacjenci z zaburzeniami osobowości osiągnęli na ogół gorsze wyniki niż grupa kontrolna złożona z pacjentów nerwicowych (Sarol – Kotelnicka 1993, ss. 99-109). Trzeba jednak zauważyć, że dużym sukcesem jest uzyskanie poprawy w przypadkach tak trudnych w leczeniu zaburzeń, jak zaburzenia osobowości, w trakcie terapii trwającej zaledwie 10 tygodni. Nieliczne ośrodki w ogóle podejmują się pracy psychoterapeutycznej z tego typu pacjentami. Zakłada się zazwyczaj konieczność prowadzenia długoterminowej psychoterapii (trwającej do kilku lat) w trybie ambulatoryjnym, co umożliwi konfrontowanie nabytych umiejętności w realnym życiu, w relacjach z najbliższymi. Intensywne oddziaływania psychoterapeutyczne skomasowane w stosunkowo krótkim czasie są najlepszym rozwiązaniem tylko dla tych pacjentów, którzy nie mogą korzystać z długoterminowej psychoterapii w miejscu swojego zamieszkania. Wobec powyższego wyniki uzyskane przez Sarol – Kotelnicką trzeba uznać za duży sukces Kliniki Nerwic IPN.

Dakowska badała styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych i jego związek z nasileniem objawów psychopatologicznych pacjentów nerwicowych leczonych w Klinice Nerwic IPN. Badania objęły 144 osoby. Oceniała także zmiany pod wpływem leczenia, mierząc m.in. za pomocą siedmiu skal kwestionariusza HSCL nasilenie objawów psychopatologicznych (somatyzacji, depresji z niepokojem, depresji z zahamowaniem, natręctw, agresji – wrogości, leku fobicznego i nadwrażliwości interpersonalnej) na początku i na końcu 10-tygodniowej psychoterapii indywidualnej i grupowej.

Na początku leczenia pacjenci wykazywali wysokie nasilenie objawów psychopatologicznych. Ich nasilenie wysoko korelowało z unikalnymi strategiami radzenia sobie. Po zakończeniu leczenia uzyskano istotną poprawę we wszystkich wymienionych wyżej skalach HSCL (na poziomie istotności  $p < 0,000-0,006$ ). Analiza korelacji między poprawą objawową (mierzoną różnicą przed i po leczeniu w poszczególnych skalach HSCL) i stosowanymi przez pacjentów strategiami radzenia sobie, wykazała tendencję do stosowania przez nich innych niż poprzednio strategii radzenia sobie w miarę ustępowania objawów. Istotne znaczenie zdawała się mieć strategia „rozwiązywanie problemów”, która korelowała wysoko ze zmniejszeniem się nasilenia somatyzacji, depresji z niepokojem i agresji – wrogości. Na poprawę w zakresie depresji z niepokojem mogła też mieć wpływ strategia „wyładowania emocjonalnego” (Dakowska 1997, ss. 451-456).

Bryła – Zielińska dokonała metaanalizy 75 doniesień z badań nad skutecznością psychoterapii w leczeniu pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i z zaburzeniami osobowości, przeprowadzonych w Polsce w latach 1960-1995. W badaniach tych przyjmowano różne kryteria poprawy, oceniając poprawę objawową, poprawę w funkcjonowaniu społecznym lub jedno i drugie. W ponad połowie badań (52%) autorzy ograniczyli się do stwierdzenia poprawy w badanej grupie. Stwierdzono tak we wszystkich badaniach uwzględniających tylko zmiany w funkcjonowaniu. W pozostałej części badań

(48%), w których oceniano tylko poprawę objawową, bądź zarówno poprawę objawową i poprawę w funkcjonowaniu podawano następujące odsetki uzyskanych popraw:

- w 16 badaniach uzyskanie poprawy objawowej oceniono jako dobre u 75-90% pacjentów;
- w 9 badaniach uzyskanie poprawy objawowej oceniono jako dobre u 60-70% pacjentów;
- w 6 badaniach uzyskanie poprawy objawowej oceniono jako dobre u 20-50% pacjentów.
- w 7 badaniach uzyskanie poprawy w funkcjonowaniu oceniono jako dobre u 70-85% pacjentów;
- w 4 badaniach uzyskanie poprawy w funkcjonowaniu oceniono jako dobre u 60-70% pacjentów;
- w 2 badaniach uzyskanie poprawy w funkcjonowaniu oceniono jako dobre u 20-50% pacjentów;
- w 3 badaniach uzyskanie poprawy objawowej i poprawy w funkcjonowaniu oceniono jako dobre u 78-91% pacjentów;
- w 2 badaniach uzyskanie poprawy objawowej i poprawy w funkcjonowaniu oceniono jako dobre u 34-47% pacjentów (Bryła – Zielińska 1997, s. 446).

## **Badania ewaluacyjne prowadzone przez Instytut Psychologii Zdrowia**

Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego prowadzi obecnie szeroko zakrojone badania nad przebiegiem i efektywnością terapii odwykowej i terapii współzależnienia w placówkach odwykowych w Polsce, jak również kilkakrotnie prowadził badania ewaluacyjne organizowanych w Instytucie szkoleń i terapii. Ponadto uczestnicy wszystkich szkoleń organizowanych przez IPZ wypełniają na zakończenie standardową ankietę *Opinia o zajęciach*. Część spośród badań kwestionariuszowych została przeprowadzona przy użyciu tych samych narzędzi, jakie zastosowano w niniejszych badaniach.

### **Ocena efektywności terapii odwykowej i terapii współzależnienia**

Od roku 1994 IPZ monitoruje przebieg i efekty terapii odwykowej prowadzonej w kilkudziesięciu wiodących placówkach odwykowych w całej Polsce w ramach programu badawczego Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików (APETA). Do chwili obecnej badaniami objęto ponad 20 tys. pacjentów. Dotychczasowe rezultaty badań wskazują na wysoką skuteczność strategiczno – strukturalnej terapii uzależnienia opartej o psycho-bio-społeczny model uzależnienia J. Mellibrudy. Po ukończeniu podstawowego programu terapii uzależnień w placówkach ambulatoryjnych abstynencję utrzymuje co najmniej 90% badanych w chwili wypisu, 62% pół roku później, 57% rok po wypisie i 52% w dwa lata po wypisie. Tylko o 10% pacjentów w dwa lata po wypisie wiadomo, że piją w sposób podobny lub gorszy niż przed terapią. Pozostałe osoby uzyskują większą lub mniejszą poprawę bądź brak o nich danych. Gorsze efekty uzyskują pacjenci leczeni w placówkach stacjonarnych, być może dlatego, że częściej trafiają tam trudni pacjenci, niezdolni do utrzymywania abstynencji w warunkach leczenia ambulatoryjnego. W chwili wypisu abstynencję utrzymuje 90% badanych, ale w późniejszym okresie liczba ta zdecydowanie maleje do 38% pół roku po wypisie, 27% w rok po wypisie i 20% w dwa lata po wypisie. O 3% pacjentów w dwa lata po wypisie wiadomo, że piją w sposób podobny lub gorszy niż przed terapią. Pozostałe osoby uzyskują większą lub mniejszą poprawę bądź brak o nich danych. (Kucińska, Mellibruda 1997 a, ss. 375-6). Ponadto u pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii

stwierdzono zmniejszenie nasilenia objawów psychopatologicznych mierzonych kwestionariuszem SCL-90 (Kucińska, Mellibruda 1997 b, s. 418) oraz poprawę funkcjonowania społecznego (Mellibruda, Włodawiec 1997, s. 402).

Podobnie wstępne wyniki uzyskane w trakcie badań pilotażowych programu badawczego Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Osób Współzależnionych (APETOW) wskazują na skuteczność terapii współzależnienia oferowanej w wiodących placówkach odwykowych w Polsce (Kucińska i in. 1997 c, s. 449).

## **Ocena efektywności Studium Pomocy Psychologicznej**

W latach 1993-94 Golińska przeprowadziła badania nad efektywnością szkoleń i terapii prowadzonej w ramach Studium Pomocy Psychologicznej. Poza szkoleniem profesjonalistów (psychologów, lekarzy, pielęgniarki) pracujących w lecznictwie odwykowym, Studium prowadziło w tym czasie również zajęcia terapeutyczne dla dorosłych dzieci alkoholików (grupy DDA) oraz zajęcia terapeutyczno – rozwojowe dla alkoholików i osób współzależnionych (grupy nieprofesjonalne SPP).

Warunkiem udziału w zajęciach dla alkoholików i osób współzależnionych (w grupach nieprofesjonalnych SPP) było ukończenie terapii odwykowej i utrzymywanie abstynencji przez co najmniej dwa lata (dla osób współzależnionych – doświadczenie rocznej pracy nad swoim problemem). Program zajęć dla tych osób obejmował treningi interpersonalny i intrapsychiczne oraz warsztaty doskonalenia umiejętności nieprofesjonalnego pomagania. Aktualnie zajęcia dla tych grup osób zostały wyłączone z SPP i funkcjonują pod nazwą Programu Rozwoju Osobistego.

W omawianych badaniach wzięły udział 152 osoby z grup dla alkoholików i osób współzależnionych. Większość badanych przez Golińską zmiennych nie przekraczała wartości normalnych i typowych, choć ich natężenie było zróżnicowane. Mimo to nasilenie niektórych objawów psychopatologicznych mierzone kwestionariuszem SCL-90 zmniejszyło się po ukończeniu zajęć. Istotnie statystycznie zmiany zarejestrowano w części skal SCL-90, a mianowicie: w skalach natężeń, nadwrażliwości interpersonalnej, lęku oraz depresji.

Oczekiwane zmiany wystąpiły także w zakresie kondycji psychicznej mierzonej Kwestionariuszem Kondycji Psychiczej (KKP) A. Gajewskiej i J. Mellibrudy. Kwestionariusz ten zawiera 10 skal, badających stan motywacji rozwojowej (gotowość mobilizacji sił do rozwoju i osiągnięć), stan motywacji obronnej (gotowość radzenia sobie z przykrymi emocjami i mobilizacji wobec problemów), poczucie kompetencji – aspekt rozwojowy (przekonanie o swoich możliwościach), poczucie kompetencji – aspekt obronny (umiejętność radzenia sobie z obciążeniem i stresem), poczucie orientacji (rozumienie swojego życia), poczucie pewności siebie i zaufania do siebie, poczucie autonomii osobistej (niezależności od pomocy i wsparcia ze strony otoczenia), poczucie samoakceptacji i poczucie kontroli (decydowania o swoim życiu). Istotność statystyczna różnic pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wyniosła dla każdej ze skal KKP  $p < 0,000$ .

Badania długoterminowe (kontakty cztery miesiące po i rok po zakończeniu zajęć) objęły 27 osób. Wykazały one, że w tej grupie korzystne zmiany zarejestrowane w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych oraz kondycji psychicznej po ukończeniu zajęć utrzymują się cztery miesiące później i rok później. Uczestnicy oceniali też zmiany, jakie zaszły w ich życiu w tym czasie jako znaczne i korzystne. Cytowane przykłady zmian świadczyły o ich rozwoju osobistym, korzystnych zmianach w relacjach rodzinnych i zawodowych oraz rozwoju w dziedzinie nieprofesjonalnej pomocy psychologicznej w środowiskach trzeźwościowych (Golińska b.r.w., IPZiT).



Przedstawiony powyżej przegląd badań pozwala uznać kwestię ogólnej efektywności psychoterapii za rozstrzygniętą. Problemem pozostaje jedynie ocena stopnia efektywności takich a nie innych programów terapeutycznych, oferowanych w określonych placówkach przez taki a nie inny zespół terapeutów dla pacjentów z określoną diagnozą, czy ze specyficznymi problemami. W dostępnej literaturze przedmiotu nie znaleziono (poza cytowanymi powyżej badaniami Golińskiej) wyników badań nad psychoterapią zaawansowanych w zdrowieniu osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych, co stanowi dostateczne uzasadnienie podjęcia tej problematyki.

# Ocena efektywności Programu Rozwoju Osobistego

## Cele PRO

Program Rozwoju Osobistego (wcześniej funkcjonujący pod nazwą - Studium Pomocy Psychologicznej dla nieprofesjonalistów), organizowany przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, jest zaawansowanym programem zajęć terapeutyczno - psychoedukacyjnych przeznaczonym dla osób z problemami alkoholowymi. Celem PRO jest wewnętrzna integracja osób zaawansowanych w trzeźwieniu, uporządkowanie ich relacji z ludźmi oraz przygotowanie do tworzenia środowisk trzeźwościowych i aktywnego działania w nich. Do udziału w Programie przyjmowane są osoby uzależnione, które mają już za sobą podstawową terapię odwykową i zachowują abstynencję od co najmniej dwóch lat lub osoby współuzależnione po terapii współuzależnienia. Po pierwszej sesji wyłącza się z dalszego udziału osoby, dla których ta forma pracy byłaby nieskuteczna lub szkodliwa, pacjentów psychiatrycznych bądź nie zmotywowanych do pracy psychologicznej nad sobą. Niekiedy także pojedyncze osoby rezygnują z dalszego udziału z przyczyn losowych.

Uczestnikami PRO są więc z reguły zaawansowani w zdrowieniu byli pacjenci placówek odwykowych, działacze środowisk trzeźwościowych, realizatorzy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, instruktorzy terapii odwykowej (trzeźwiejący alkoholicy zatrudnieni w placówkach odwykowych) oraz osoby zainteresowane rozwojem osobistym i zawodowym.

## Zawartość programu zajęć

Program Rozwoju Osobistego obejmuje 220 godzin pracy psychologicznej (zgrupowanych w czterech comiesięcznych sesjach po 5-7 dni). Zajęcia prowadzone są w małych grupach po 10-15 osób. W trakcie jednego turnusu pracuje jednocześnie 5-6 grup. Na pierwszym spotkaniu prowadzony jest trening interpersonalny, na następnych zaś intrapsychoiczny. Tematyka zajęć dyktowana jest przez proces grupowy. Praca psychologiczna dotyczy zazwyczaj postrzegania i rozumienia innych ludzi i samego siebie, dobrego komunikowania się; rozpoznawania i konstruktywnego radzenia sobie z emocjami, takimi jak poczucie krzywdy, lęk, złość, wstyd, umiejętności nawiązywania bliskich związków z ludźmi i wyrażania pozytywnych uczuć takich jak miłość, sympatia; rozwiązywania problemów w relacjach z rodzicami, autorytetami, partnerem i dziećmi; tożsamości płciowej (męskość - kobiecość), stosunku do siebie, do cierpienia, do życia i do śmierci, odbudowywania, określania i realizacji wartości osobistych. Na ostatnim spotkaniu poruszane są też zagadnienia związane z pomaganiem innym ludziom. Poza zajęciami w małych grupach uczestnicy PRO wysłuchują ponadto trzech wykładów: Jerzego Mellibrudy „Pułapka nie przebaczonej krzywdy”, Wiesława Sokoluka „Alkohol i seks” oraz Leszka Kaplera „Po co są mi potrzebni inni ludzie”. Tematyka wykładów nawiązuje do problemów uczestników, przepracowywanych w ramach ich psychoterapii bądź stanowi dla nich inspirację do poruszenia osobistych problemów, związanych z wysłuchanym wykładem.

Tak skonstruowany program zajęć łączy w sobie cechy zaawansowanego programu rehabilitacyjnego i elementy nowoczesnego programu szkolenia w zakresie pomocy

psychologicznej. Standardową częścią większości szkoleń w zakresie psychoterapii jest bowiem praca nad własnymi problemami uczestników, co pozwala na doświadczenie efektów stosowanych metod na sobie oraz stymuluje rozwój osobisty. Umożliwia także doskonalenie najważniejszego narzędzia w pracy z ludźmi, jakim jest zdrowa osobowość instruktora terapii odwykowej czy działacza środowiska trzeźwościowego.

## Problem badawczy

Problemem badawczym jest zagadnienie, na ile psychoterapia i psychoedukacja prowadzona w ramach Programu Rozwoju Osobistego w Instytucie Psychologii Zdrowia jest pomocna w dalszym trzeźwieniu osób uzależnionych, przydatna w rozwoju osobistym uczestników oraz w kształceniu nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.

## Hipotezy

Postawiono hipotezy, iż udział w PRO prowadzi do korzystnych z punktu widzenia celów Programu zmian w osobowości i emocjach uczestników, a mianowicie: zmian umiejscowienia poczucia kontroli (w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego poczucia kontroli), podwyższenia poziomu empatii, obniżenia poziomu lęku oraz zmniejszenia nasilenia objawów psychopatologicznych. Uzasadnieniem tak sformułowanych hipotez jest fakt, iż zarówno w uzależnieniu jak i współuzależnieniu niejednokrotnie mają miejsce zaburzenia poczucia kontroli (nadmierna kontrola bądź poczucie bezradności). Sesje poświęcone tym zagadnieniom winny doprowadzić do ukształtowania poczucia kontroli adekwatnego do realnych możliwości. Z kolei przepracowanie osobistych problemów uczestników w trakcie ich psychoterapii winno owocować zmniejszeniem nasilenia objawów psychopatologicznych. Praca na emocjach: systematyczne nazywanie i ujawnianie uczuć, odreagowywanie tłumionych emocji związanych z dziecięcymi urazami, towarzyszenie innym uczestnikom w trakcie ich pracy oraz nawiązywanie bliskich relacji z innymi uczestnikami w ramach treningu interpersonalnego winno także doprowadzić do podwyższenia poziomu empatii, zarówno w jej emocjonalnym, jak i poznawczym aspekcie oraz do obniżenia poziomu lęku w sytuacjach interpersonalnych.

Zakładano, że osoby badane będą rzetelnie odpowiadać na pytania kwestionariuszowe. Przyjęto arbitralnie, że zebrane dane zostaną uznane za niemiarodajne, jeśli średni wynik badanej grupy w skali kłamstwa kwestionariusza Delta będzie taki sam lub wyższy jak średni wynik grupy wychowanków zakładu poprawczego, badanych przez Drwała.

## Poczucie kontroli

H<sub>0</sub>: Poczucie kontroli uczestników nie zmieni się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Poczucie kontroli uczestników zmniejszy się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali poczucia kontroli (LOC) kwestionariusza Delta Drwała.

### **Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle**

H<sub>0</sub>: Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle uczestników PRO jest taka sama lub wyższa w porównaniu do tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle wychowanków zakładu poprawczego.

H<sub>1</sub>: Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle uczestników PRO jest niższa w porównaniu do tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle wychowanków zakładu poprawczego.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali kłamstwa (KŁ) kwestionariusza Delta Drwala.

### **Empatia**

H<sub>0</sub>: Empatia uczestników nie zmienia się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Empatia uczestników zmniejszy się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w Kwestionariuszu Rozumienia Empatycznego Węglińskiego.

### **Lęk jako cecha**

H<sub>0</sub>: Lęk jako cecha uczestników nie zmienia się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Lęk jako cecha uczestników zmniejszy się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali X-2 kwestionariusza STAI Spielbergera, badającej lek jako cechę.

### **Somatyzacje**

H<sub>0</sub>: Somatyzacje uczestników nie zmieniają się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Somatyzacje uczestników zmniejszą się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali somatyzacji kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego.

### **Natręctwa**

H<sub>0</sub>: Natręctwa uczestników nie zmieniają się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Natręctwa uczestników zmniejszą się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali natręctw kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego.

### **Nadwrażliwość interpersonalna**

H<sub>0</sub>: Nadwrażliwość interpersonalna uczestników nie zmienia się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Nadwrażliwość interpersonalna uczestników zmniejszy się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali nadwrażliwości interpersonalnej kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego.

### **Depresja**

H<sub>0</sub>: Depresja uczestników nie zmieni się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Depresja uczestników zmniejszy się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali depresji kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego.

### **Lęk**

H<sub>0</sub>: Lęk uczestników nie zmieni się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Lęk uczestników zmniejszy się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali lęku kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego.

### **Wrogość**

H<sub>0</sub>: Wrogość uczestników nie zmieni się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Wrogość uczestników zmniejszy się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali wrogości kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego.

### **Fobie**

H<sub>0</sub>: Fobie uczestników nie zmienią się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Fobie uczestników zmniejszą się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali fobii kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego.

### **Myślenie paranoidalne**

H<sub>0</sub>: Myślenie paranoidalne uczestników nie zmieni się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Myślenie paranoidalne uczestników zmniejszy się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali myślenia paranoidalnego kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego.

### **Psychotyczność**

H<sub>0</sub>: Psychotyczność uczestników nie zmienia się istotnie po ukończeniu PRO ani pół roku później, w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO.

H<sub>1</sub>: Psychotyczność uczestników zmniejszy się istotnie po ukończeniu PRO w stosunku do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO i zmiana ta utrzyma się pół roku później.

Wskaźnikiem zmiennej zależnej jest średni wynik badanej grupy w skali somatyzacji kwestionariusza SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego.

Przyjęto, iż hipotezy zerowe będą odrzucane, gdy prawdopodobieństwo popełnienia błędu pierwszego rodzaju (odrzuć hipotezy prawdziwej) będzie niższe niż 0,05.

### **Schemat badań**

Uczestnicy PRO wypełniali kwestionariusze mierzące badane zmienne na początku Programu, na zakończenie Programu oraz pół roku po zakończeniu Programu. Ponadto, kończąc Program oceniali odniesione korzyści osobiste i wypełniali anonimową ankietę „Opinia o zajęciach”, zaś sześć miesięcy później odpowiadali na pytanie otwarte *Czy udział w PRO spowodował jakieś zmiany w Twoim życiu?* Pierwsze badanie przeprowadzono 17.09.1996, w dniu rozpoczęcia PRO (zbadano 82 osoby); drugie badanie - 13.12.1996, na dzień przed zakończeniem PRO (zbadano 74 osoby). Trzecie badanie odbyło się w miesiącach V-IX 97 (około pół roku po PRO).

### **Narzędzia**

Narzędzia zastosowane do badań to: Kwestionariusz Delta Drwala, do badania umiejscowienia poczucia kontroli, zawierający również skalę kłamstwa, Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego (KRE) Węglińskiego, skala X-2 kwestionariusza STAI Spielbergera, badająca lęk jako cechę, kwestionariusz SCL-90 Derogatisa, Lipmana i Covi'ego, badający nasilenie objawów psychopatologicznych (somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalną, depresję, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne i psychotyczność) oraz ankietę „Opinia o zajęciach”.

## **Opis narzędzi badawczych**

### **Kwestionariusz Delta Drwala**

Kwestionariusz R.Ł. Drwala, badający umiejscowienie poczucia kontroli, zawiera 14 zdań, które okazały się najbardziej trafne w badaniach pilotażowych, dobranych tak, by były względnie łatwe i zrozumiałe oraz by wskazywały na przekonanie o wewnętrznej albo zewnętrznej kontroli wzmocnień (tj. przekonanie o posiadaniu wpływu na swoje życie, bądź

przekonanie, zależy ono od zewnętrznych okoliczności). Pytania te dotyczą przede wszystkim ogólnych przekonań o możliwości kontrolowania własnego losu w codziennych sytuacjach, a nie przekonań o możliwości wpływu na losy świata czy decyzje rządów. Ponadto, w celu kontrolowania tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, dodano 10 zdań wzorowanych na pytaniach skal kontrolnych z inwentarzy osobowości, głównie skali kłamstwa "K" z MPI Eysencka.

Kolejność pytań ustalono losowo. Za odpowiedź zgodną z kluczem badany otrzymuje 1 punkt. Maksymalny wynik w skali poczucia kontroli to 14 punktów, a w skali kłamstwa - 10 punktów. Wysoki wynik w skali poczucia kontroli (LOC) wskazuje na poczucie kontroli zewnętrznej, a wysoki wynik w skali kłamstwa (KŁ) - na tendencję do przedstawiania się w nazbyt korzystnym świetle (Drwal 1979, ss. 69-70).

### **Trafność i moc dyskryminacyjna pozycji**

Przeprowadzono analizę mocy dyskryminacyjnej pozycji skal na wynikach 477 uczniów i uczennic starszych klas szkół średnich (techników), zbadanych anonimowo. Ze względu na wyniki skali LOC wyodrębniono 100 osób (ok. 21%) z najwyższymi i 100 osób z najniższymi wynikami. Podobnie, odpowiednie dwie skrajne grupy wyodrębniono ze względu na wyniki w skali KŁ. Korzystając z tablic Jurgensena dla każdej z 24 pozycji kwestionariusza uzyskano wartości dwóch współczynników korelacji ( $\phi$ ) - jeden wskazywał korelację danej pozycji z ogólnym wynikiem skali LOC, drugi - korelację z ogólnym wynikiem skali KŁ. Uzyskane rezultaty potwierdziły pierwotne przyporządkowanie pozycji do skal i wykazały zadowalającą moc dyskryminacyjną pozycji. Pozycje skali LOC korelowały z ogólnym wynikiem tej skali od +0,382 (nr 21) do +0,813 (nr 15), mediana wyniosła +0,61. Natomiast pozycje skali KŁ korelowały z ogólnym wynikiem skali KŁ od +0,274 (nr 8) do +0,690 (nr 3), mediana wyniosła +0,44. Ponadto wystąpiły pewne korelacje poszczególnych pozycji z wynikiem drugiej skali. Pozycje skali LOC korelowały z ogólnym wynikiem skali KŁ od -0,020 (nr 1), do -0,363, mediana wyniosła 0,11. Pozycje skali KŁ natomiast korelowały z ogólnym wynikiem skali LOC od -0,245 (nr 5) do +0,117 (nr 8), mediana wyniosła -0,12. W każdym przypadku większa była wartość współczynnika korelacji z tą skalą, do której pozycja miała należeć (Drwal 1979, s.70).

### **Wyniki grup standaryzacyjnych**

W poniższej tabeli podano średnie ( $\bar{X}$ ), odchylenia standardowe ( $s$ ), uzyskane w różnych grupach badanych oraz liczebność tych grup ( $N$ ).

Wyniki grup standaryzacyjnych							
Grupy	Płeć	Wiek	N	Skala LOC		Skala KŁ	
				X	s	X	s
Uczniowie szkół podst. (kl. VII - VIII)	M	13-16	146	5,01	2,48	3,97	1,97
	K		171	5,26	2,64	4,18	1,59
Uczniowie LO (kl. I)	M	14-17	86	3,98	2,36	2,05	1,35
	K		137	4,96	2,71	1,96	1,57
Uczniowie technikum (kl. I)	M	14-16	83	3,76	2,23	1,96	1,69
Uczniowie technikum (kl. starsze)	M	16-20	200	4,68	3,02	2,39	1,74
	K		170	6,50	2,96	2,21	1,47
Studenci (studia dzienne)	M	19-25	47	4,02	2,94	1,32	1,45
	K	18-23	236	5,29	3,03	1,81	1,33
Studenci (studia zaoczne)	M	20-38	18	3,83	2,38	1,44	0,98
	K	20-43	46	4,76	2,76	1,74	1,44
Wychowankowie zakładu poprawczego	M	15-19	50	4,98	2,80	4,56	2,05

Drwał zaznacza, że w większości wypadków rozkłady wyników, zwłaszcza w skali kłamstwa, były prawostronnie skośne, a w skali LOC niekiedy z tendencją do bimodalności (Drwał 1979, ss. 71-72). Zwraca uwagę fakt, że kobiety na ogół uzyskują wyższe wyniki w skali LOC i skali KŁ, co sugerowałoby, że mają nieco bardziej zewnętrzne poczucie kontroli oraz nieco większą tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle.

### Rzetelność skal

Rzetelność skal oceniono w różnych grupach trzema metodami, obliczając następujące współczynniki: 1. stabilności bezwzględnej (test - retest) przy różnej długości przerw między badaniami; 2. równoważności międzypołówkowej według wzoru Spearmana-Browna na podstawie korelacji między parzystą i nieparzystą połową skali; 3. zgodności wewnętrznej według wzoru Kudera-Richardsona. Uzyskane współczynniki przedstawia poniższa tabela:

Rzetelność skal kwestionariusza Delta (Drwał 1979, s. 72)			
Metoda oceny		Współczynniki	
		skala LOC	skala KŁ
Test - retest po 1 tygodniu	N=65	0,78	0,80
- " - po 3 miesiącach	N=28	0,38	0,52
- " - po 7 miesiącach	N=37	0,51	0,59
Spearman-Brown	N=28	0,68	0,79
Spearman-Brown	N=50	0,64	0,66
Kudera-Richardson	N=50	0,69	0,54
Kudera-Richardson	N=314	0,83	0,60

Wyniki pokazują, zdaniem Drwala, że obie skale kwestionariusza Delta posiadają rzetelność zupełnie zadowalającą dla celów badań zbiorowych i porównań międzygrupowych. Uzyskane współczynniki są podobne jak dla skali I-E Rottera i innych



testów poczucia kontroli. Drwał zwraca ponadto uwagę, że również w badaniu specyficznej grupy wychowanków zakładu poprawczego (N=50), gdzie większość badanych odbiegała od normy intelektualnej (mediana I.I.=81), rzetelność skal jest dość wysoka. Wskazuje to, zdaniem Drwala, na szerokie możliwości stosowania kwestionariusza. Zważywszy, że kwestionariusz jest krótki, zdania zróżnicowane treściowo, a mierzone właściwości podatne na wpływy sytuacyjne, uznaje on oceny rzetelności za bardzo korzystne.

### **Trafność skali poczucia kontroli (LOC)**

Trafność skali poczucia kontroli (LOC) sprawdzana była kilkoma metodami. Najpierw ustalono korelacje między skalą LOC a skalą I-E Rottera, badając kilka grup studentów jednocześnie tymi kwestionariuszami. Następnie sprawdzono, czy skala LOC różnicuje pewne grupy badanych tam, gdzie zgodnie z wiedzą o poczuciu kontroli należało się spodziewać wystąpienia istotnych różnic. Ponadto obliczono korelacje między skalą LOC a testami osobowości, sprawdzając, czy korelacje te są zgodne z oczekiwaniami.

Współczynniki korelacji między skalą LOC i skalą I-E dla kilku grup studenckich wyniosły od 0,58 do 0,83, mediana 0,76. Wszystkie korelacje były statystycznie istotne na poziomie istotności poniżej 0,001. Skala LOC koreluje ze skalą I-E Rottera porównywalnie do współczynników rzetelności samej skali I-E, czyli podobnie, jak skala I-E koreluje sama z sobą. Zdaniem Drwala, świadczy to o trafności diagnostycznej skali LOC.

Trafność skali LOC sprawdzono następnie na kilku grupach badanych, porównując wynik uzyskany w kwestionariuszu Delta z innymi danymi badanych osób, które mogły mieć związek z wynikami uzyskanymi w kwestionariuszu. Drwał oczekiwał, na podstawie badań nad poczuciem kontroli, że niższe wyniki (świadczące o wewnętrznym poczuciu kontroli) uzyskają:

1. studenci aktywni, popularni, cieszący się autorytetem wśród kolegów;
2. uczniowie o dobrych wynikach w nauce;
3. uczniowie popularni, o dużej liczbie wyborów socjometrycznych;
4. uczniowie o wyższych niż przeciętnie wynikach testu inteligencji;
5. wychowankowie zakładu poprawczego będący aktywnymi i dominującymi uczestnikami podkultury zakładowej.

Hipotezy te zostały potwierdzone w badaniach Drwala (Drwał 1979, ss. 73-76).

Ponadto sprawdzono trafność skali LOC, obliczając korelacje z innymi testami, które mierzyły cechy wiążące się w jakiś sposób z poczuciem kontroli. Uzyskano m.in. istotne korelacje ze skalą neurotyzmu MPI Eysencka, które wyniosły w różnych grupach badanych od 0,16 do 0,41. Oznacza to, że im wyższy jest poziom neurotyzmu mierzony skalą MPI, tym poczucie kontroli okazuje się raczej zewnętrzne niż wewnętrzne. Obliczono także korelacje między skalą LOC a skalą niepokoju kwestionariusza "Jaki jesteś" E. Skrzypek i M. Choynowskiego, uzyskując współczynniki korelacji 0,18 (dla chłopców) i 0,38 (dla dziewcząt). Oznaczałoby to, że zewnętrzne poczucie kontroli wiąże się z wyższym poziomem niepokoju, i że związek ten jest silniejszy w przypadku dziewcząt niż chłopców (Drwał 1979, s. 76).

### **Trafność skali kłamstwa (KŁ)**

Trafność skali kłamstwa została sprawdzona na podstawie korelacji z analogicznymi skalami z innych kwestionariuszy oraz porównania wyników uzyskanych przy instrukcji standardowej i przy instrukcji zalecającej kłamanie.

Wyniki w skali kłamstwa (KŁ) wysoko korelują z wynikami skali kłamstwa (K) z inwentarza MPI Eysencka. Uzyskano korelacje od 0,57 do 0,77. Korelacja między skalą KŁ a skalą kłamstwa kwestionariusza "Jaki jesteś" wyniosła 0,43.

Porównanie wyników badań testami MPI Eysencka, I-E Rottera, kwestionariuszem Smitha oraz kwestionariuszem Delta po instrukcji standardowej i po instrukcji zalecającej kłamanie wykazało, że największe różnice wystąpiły w skali KŁ i w skali kłamstwa K (MPI). Natomiast skala LOC okazała się najmniej podatna na celowe fałszowanie odpowiedzi. Zdaniem Drwala skalę kłamstwa KŁ cechuje duża trafność (Drwal 1979, ss. 78-79).

Na podstawie przeprowadzonych badań nad swoim testem Drwal uznaje, że kwestionariusz Delta jest rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru zgeneralizowanego poczucia kontroli, traktowanego jako wymiar osobowości. Uważa on, że kwestionariusz Delta może mieć szerokie zastosowanie, przede wszystkim do badań eksperymentalnych, gdzie poczucie kontroli jest jedną ze zmiennych. Rzetelna i trafna skala kłamstwa zwiększa możliwości stosowania Deltę. Uważa on, że skala LOC pozwala na badanie wielu problemów i jej wyniki korelują z zachowaniem w różnorodnych sytuacjach, co potwierdza znaczenie regulacyjnych funkcji poczucia kontroli. Zaleca jednak ostrożność w stosowaniu kwestionariusza Delta do celów indywidualnej diagnozy czy prognozy, wskazując przy tym, że pomiar tak szerokiego konstruktów, jak zgeneralizowane poczucie kontroli, może dawać jedynie względnie niski poziom trafności diagnostycznej czy prognostycznej w konkretnych sytuacjach (Drwal 1979, ss. 79-80).

## **Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego**

### **Konstrukcja KRE**

Konstruując swój test, Węgliński oparł się na koncepcji empatii rozumianej jako syndrom emocjonalno – poznawczy. W ramach tego sposobu rozumienia empatii dostrzega się zarówno jej aspekt uczuciowy, jak i poznawczy. Do uczuciowych składników empatii zalicza się wrażliwość na uczucia innych osób, zdolność do uczestniczenia w cudzych emocjach, czasową identyfikację ze statusem innych. Za poznawcze składniki empatii uważa się uznanie punktu widzenia innych osób i przyjmowanie ich społecznej roli (Rembowski 1989, s. 57). Zdaniem Węglińskiego empatia to zdolność psychiczna motywująca jednostkę do szukania bliskości z innymi ludźmi poprzez (1) syntonie emocjonalną (sympatyzowanie z innymi w zakresie przeżyć przyjemnych i przykrych); (2) wczuwanie się w stany psychiczne i przeżycia innych ludzi, rozumienie drugiego człowieka, tak jak gdyby się było nim (Węgliński 1987, s. 65). Węgliński wyodrębnił ostatecznie 5 następujących tendencji empatycznych:

1. współdziewczenie emocjonalne z innymi ludźmi
2. sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych
3. wrażliwość na przeżycia innych ludzi
4. wczuwanie się w przeżycia innych
5. gotowość poświęcenia się dla innych (Węgliński 1987, ss.64-65).

Zdaniem Węglińskiego, przebieg kontaktów empatycznych opartych na wczuwaniu się w przeżycia partnerów interakcji zwiększa znacznie prawdopodobieństwo wystąpienia odpowiedzialności za innych, życzliwości, serdeczności i tolerancji (Węgliński 1984, ss. 113-114).

Pozycje do kwestionariusza zostały zaczerpnięte z dzienników młodzieży, a następnie poddane ocenie sędziów kompetentnych, którzy ograniczyli liczbę stwierdzeń z 200 do 50.

Następnie te 50 stwierdzeń zostało ocenionych pod względem mocy dyskryminacyjnej, tak, że do ostatecznej wersji kwestionariusza przyjęto tylko 33 stwierdzenia, dla których wartość współczynnika korelacji dwuseryjnej była statystycznie istotna (Węgliński 1987, s.66).

### **Rzetelność KRE**

Rzetelność kwestionariusza obliczona techniką zgodności wewnętrznej według wzoru Spearmana-Browna wyniosła  $r=0,91$ . Do oceny rzetelności Węgliński testował ponadto trzykrotnie grupę 52 uczniów (dziewcząt i chłopców) ZSZ w wieku 15-17 lat. Stabilność wyników kwestionariusza wyniosła po 3 tygodniach  $r=0,77$ , a po 10 miesiącach  $r=0,66$  (Węgliński 1987, s.66).

### **Trafność KRE**

Trafność teoretyczną KRE Węgliński sprawdzał dwiema metodami: metodą sprawdzania różnic międzygrupowych oraz obliczając korelację z wynikami badań innym testem mierzącym empatię. W pierwszym wypadku zgodnie z oczekiwaniami dziewczęta badane testem KRE uzyskiwały wyniki wyższe od chłopców, istotnie statystycznie na poziomie  $p=0,001$ . Podobnie okazało się, że poziom empatii nieletnich przestępców jest niższy niż nieprzestępców ( $p=0,01$ ), jak również, że starsi wiekiem nieletni przestępcy ujawniają istotnie niższy poziom empatii od młodszych nieletnich przestępców ( $p=0,05$ ).

W drugim wypadku Węgliński badając 52 uczniów szkół średnich wykazał korelację KRE z Kwestionariuszem Empatii Emocjonalnej Mehrabiana i Epsteina, wynoszącą  $r=0,60$  (Węgliński 1987, s. 69).

Sprawdzając trafność diagnostyczną KRE Węgliński założył, że istnieje dodatnia korelacja między poziomem empatii a zachowaniami prospołecznymi oraz ujemna z zachowaniami agresywnymi, wrogimi i nieżyczliwymi. Wykazał, że wychowankowie ocenieni przez wychowawców według specjalnej procedury jako stosujący przemoc fizyczną wobec swoich kolegów, a także wychowankowie ujawniający agresję słowną osiągają niższy wynik w kwestionariuszu KRE ( $p=0,01$ ) od swoich kolegów, u których takich zachowań nie zaobserwowano. Wykazał także, że młodzież oceniana na Skali Altruizmu przez wychowawców jako manifestująca zachowania altruistyczne wobec kolegów uzyskała istotnie wyższy poziom empatii ( $p=0,01$ ) od swoich kolegów, u których nie zaobserwowano tych zachowań (Węgliński 1987, ss. 70-71).

Trafność KRE potwierdziła także zależność między poziomem empatii a postawami młodzieży przebywającej w zakładzie poprawczym wobec czynów zabronionych zawartych w Teście Oceny Zachowań Dewiacyjnych. Węgliński wykazał istotnie wyższy poziom empatii chłopców oceniających przejawy agresji fizycznej jako czyny „bardzo ciężkie”, od chłopców oceniających je jako bez znaczenia ( $p=0,01$ ) (Węgliński 1987, ss.72-74).

Węgliński stwierdza, że tak rozumiana empatia koreluje dodatnio z obserwowalnymi przejawami zachowań prospołecznych, altruizmu, życzliwości, opieki oraz ujemnie z zachowaniami o charakterze agresywnym i egoistycznym. Poza tym KRE różnicuje badanych ze względu na płeć i wykoślenie społeczne. Węgliński uważa zatem, że KRE może znaleźć zastosowanie przy ocenie efektywności pracy wychowawczej, terapeutycznej i resocjalizacyjnej (Węgliński 1987, s. 74).

## Skala X-2 kwestionariusza STAI Spielbergera

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) Ch. Spielbergera bada lęk jako stan – aktualne przeżywanie, doznawanie lęku (skala X-1) oraz lęk jako cechę osobowości - łatwość reagowania lękiem, przeciętne nasilenie stanów lęku u danej osoby, lękliwość (skala X-2). W niniejszych badaniach zastosowano wyłącznie skalę X-2, badającą lęk jako cechę osobowości.

Zdaniem Spielbergera, lęk jako cecha oznacza właściwą danej jednostce podatność na reagowanie stanem lęku w sytuacjach zagrożenia. Cecha ta wiązałaby się ze spostrzeganiem świata jako bardziej zagrażającego niż jest w rzeczywistości. Uważa on, że ukształtowanie się cechy lęku zależy przede wszystkim od dotychczasowych doświadczeń jednostki. Szczególną rolę odgrywałyby tu doświadczenia z okresu wczesnego dzieciństwa, m.in. te, które związane są ze stosunkiem do rodziców oraz z sytuacjami karania (Sosnowski 1977, ss. 349-351).

Powołując się na wyniki badań empirycznych Sosnowski twierdzi, że skala X-2 kwestionariusza Spielbergera nie mierzy ogólnej cechy lęku lecz raczej pewien jej specyficzny rodzaj – prawdopodobnie podatność na reagowanie lękiem w sytuacjach zagrożenia ego (w sytuacjach interpersonalnych). Natomiast zachowanie jednostek w sytuacjach stwarzających niebezpieczeństwo fizyczne oraz w sytuacjach dwuznacznych i niejasnych prawie zupełnie nie koreluje z wynikami w tej skali (Sosnowski 1977, ss. 351-352).

### Rzetelność skali X-2

Sosnowski dokonał oszacowania zgodności wewnętrznej polskiej wersji kwestionariusza STAI w oparciu o wyniki badania 48 osób – słuchaczy szkoły oficerskiej. Obliczono współczynnik alfa Cronbacha dla parzystych i nieparzystych pozycji skali X-2, uzyskując wartość 0,88. Wartość standardowego błędu pomiaru wyniosła 2,56. W ocenie Wrześniewskiego i Sosnowskiego, uzyskany współczynnik zgodności wewnętrznej jest wysoki i zbliżony do uzyskanego przez Spielbergera, Gorsucha i Lushene'a w badaniach nad oryginalną, amerykańską wersją skali (Wrześniewski, Sosnowski 1987, s.7).

Stabilność bezwzględna kwestionariusza sprawdziła Tysarczyk, korelując wyniki pomiarów, przeprowadzonych w odstępie 4 miesięcy na próbie 97 osób. Uzyskała dla skali X-2 współczynnik korelacji równy 0,79 (Tysarczyk, cyt. za: Wrześniewski, Sosnowski 1987, s. 7).

### Trafność skali X-2

Trafność diagnostyczną skali X-2 badano korelując jej wyniki z innymi testami mierzącymi lęk. Sosnowski obliczył korelację między wynikami uzyskanymi w skali X-2 a uzyskanymi w Skali Jawnego Niepokoju Taylor w grupie 48 słuchaczy szkoły oficerskiej, uzyskując współczynnik korelacji 0,81. Z kolei Wrześniewski zbadał grupę 122 chorych skalą X-2 i Skalą do Badania Postaw Wobec Choroby, mierzącą m.in. lęk. Współczynnik korelacji między wynikami obu skal wyniósł 0,52 (Wrześniewski, Sosnowski, 1987, s. 10).

Zdaniem Wrześniewskiego i Sosnowskiego, przedstawione wyżej wyniki badań, jak i korelacje z innymi testami, mierzącymi inne zmienne niż lęk (jak np. Inwentarz Temperamentu Strelaua, Inwentarz Osobowości Eysencka) upoważniają do pozytywnej oceny trafności skali X-2 kwestionariusza STAI.

## Kwestionariusz SCL-90

Kwestionariusz SCL-90 jest kwestionariuszem samoopisu, pozwalającym na wstępną diagnozę symptomów psychopatologicznych, mogących występować u pacjentów psychiatrycznych. Narzędzie składa się z 90 itemów, odnoszących się do dziewięciu podstawowych zespołów objawów, wchodzących w skład ogólniejszych klas zaburzeń zachowania. Zespoły psychopatologiczne mierzone kwestionariuszem SCL-90 tworzą 9 następujących skal:

### a) Somatyzacja

Punkty tej skali odzwierciedlają dyskomfort wynikający z obserwowanych symptomów cielesnych. Pytania obejmują objawy związane z mięśniem sercowym, żołądkiem, układem oddechowym oraz innymi narządami i układami. Uwzględnione zostały także bóle pleców, głowy i mięśni, jak również somatyczne objawy lęku.

### b) Natręctwa

Punkty tworzące podstawę tej skali odzwierciedlają zachowania charakterystyczne dla klinicznego zespołu natręctw. Skala ta koncentruje się na myślach, impulsach i działaniach, których jednostka doświadcza jako nie do powstrzymania i nieodparty, choć niechciany i nie swoich. Zachowania identyfikowane jako ogólniejsze zaburzenia poznawcze (np. pustka w głowie, wspomnienia problemów, kłopotów) także mieszczą się w tej skali.

### c) Nadwrażliwość interpersonalna

Objawy podstawowe dla tej skali koncentrują się na poczuciu nieadekwatności interpersonalnej, niższości, szczególnie w porównaniu z innymi osobami. Autodeprecjacja, niskie poczucie własnej wartości, niepokój i znaczący dyskomfort w relacjach interpersonalnych są charakterystyczne dla osób osiągających wysoki wynik w skali nadwrażliwości interpersonalnej. Poczucie wyczulonej samoświadomości i negatywne oczekiwania odnoszące się do komunikacji interpersonalnej są również typowym źródłem dyskomfortu mierzonego tą skalą.

### d) Depresja

Skala określona jako depresja odzwierciedla szeroką grupę symptomów wchodzących w kliniczny zespół depresyjny. Reprezentowane są objawy dysforii, obniżonego nastroju, jak również znaczącego wycofania zainteresowania jakąkolwiek aktywnością, brak motywacji, brak energii życiowej. Skala ta odzwierciedla także uczucie beznadziejności i bezradności, poznawcze oraz somatyczne korelaty depresji. Dwie pozycje odnoszą się do myśli samobójczych.

### e) Lęk

Skala ta zawiera objawy i zachowania wiążące się z wysokim poziomem lęku. Zostały w niej uwzględnione ogólne wskaźniki, takie jak niepokój, nerwowość i napięcie podobnie jak objawy somatycznego uzależnienia, np. "drzączka". Poszczególne punkty odnoszą się do uogólnionego lęku, ataków paniki oraz jeden dotyczy uczucia dysocjacji.

### f) Wrogość

Skala mierząca poziom wrogości jest skonstruowana w oparciu o trzy kategorie: myśli, uczucia i zachowania. Punkty tej skali odnoszą się do uczuć rozdrażnienia, irytacji, impulsywnego niszczenia przedmiotów oraz częstych i niekontrolowanych wybuchów złości.

g) Fobie

Skala ta obejmuje epizody ostrych stanów lękowych lub agorafobii. W punktach tej skali są reprezentowane lęki związane z podróżowaniem, otwartymi przestrzeniami, tłumem czy miejscami publicznymi i pojazdami. Dodatkowo dołączono kilka punktów przedstawiających zachowania związane z fobiami społecznymi.

h) Myślenie paranoidalne

Skala myślenia paranoidalnego powstała w oparciu o założenie, że zachowania paranoidalne najlepiej opisywać biorąc pod uwagę objawy. Zgodnie z tym punkty tej skali charakteryzują myślenie paranoidalne i odnoszą się do myślenia projekcyjnego, wrogości, podejrzliwości, egocentryzmu, iluzji, braku autonomii i urojeń wielkościowych.

i) Psychotyczność

Skala obejmuje zarówno zachowania typowo psychotyczne, jak i charakterystyczne dla rzekomego procesu psychotycznego. Cztery itemy zawierają osiowe objawy schizofrenii wymieniane przez Schneidera: omamy słuchowe, transmitowanie myśli, kontrolowanie myśli z zewnątrz i nasyłanie myśli, jak również mniej znaczące psychotyczne zachowania, będące wskaźnikami schizoidalnego stylu życia (Derogatis, Lipman, Covi 1973, ss. 13-28).

Poniżej zestawiono wyniki badań prowadzonych dotychczas przez Instytut Psychologii Zdrowia przy użyciu kwestionariusza SCL-90, uszeregowane w kolejności od najniższego do najwyższego poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych w badanej grupie:

1. - terapeuci z placówek odwykowych (kobiety i mężczyźni) (Golińska b.r.w., s.12);
2. - alkoholicy (mężczyźni) przed terapią (Monitorowanie... 1996, s.15);
3. - współzależnione kobiety w różnych fazach terapii (Charakterystyka... 1997, s.22);
4. - alkoholiczki (kobiety) przed terapią (Monitorowanie... 1996, s.15);
5. - dorosłe dzieci alkoholików (kobiety i mężczyźni) przed terapią (Golińska b.r.w. s.12);

Zestawienie dotychczasowych badań IPZ z zastosowaniem SCL-90 średnie arytmetyczne w badanych grupach					
Skale	Grupy				
	terapeuci	alkoholicy	kobiety współzależ- nione	alkoholiczki	DDA
somatyzacja	0,6	0,9	1,2	1,1	1,4
natręctwa	0,9	1,4	1,5	1,5	2,2
nadwrażliwość interpersonalna	1,0	1,3	1,3	1,5	1,8
depresja	0,9	1,3	1,5	1,6	1,9
lęk	0,9	1,3	1,4	1,5	1,9
wrogość	0,9	1,1	1,3	1,2	1,7
fobie	0,4	0,9	0,5	1,1	0,8
myślenie paranoidalne	0,7	1,4	1,3	1,5	1,8
psychotyczność	0,4	1,0	0,9	1,1	1,4

W dostępnej literaturze przedmiotu nie znaleziono badań nad trafnością i rzetelnością polskiej wersji kwestionariusza SCL-90. W Polsce stosowane są co najmniej 3 adaptacje tego kwestionariusza: adaptacja K. Jankowskiego, stosowana we wszystkich badaniach IPZ (także

w niniejszych badaniach) adaptacja B. Mroziak (stosowana w badaniach Instytutu Psychiatrii i Neurologii) oraz adaptacja A. Brodziaka (Brodziak 1981, ss. 44-59). Ponadto we wcześniejszych badaniach ewaluacyjnych w IPN stosowano podobny kwestionariusz, 72-itemowy Hopkins Symptom Checklist (HSCL) tych samych autorów, wymieniany przez Bergina i Lamberta wśród narzędzi mających stanowić trzon ujednoczonych metod oceny wyników psychoterapii w badaniach na ten temat (Bergin i Lambert 1990, s. 287). Kwestionariusz ten, będący wcześniejszą wersją SCL-90, zaadaptowany został przez M. Siwiak – Kobayashi i stosowany był pod nazwą „Kliniczna Lista Objawów” (Siwiak – Kobayashi 1974).

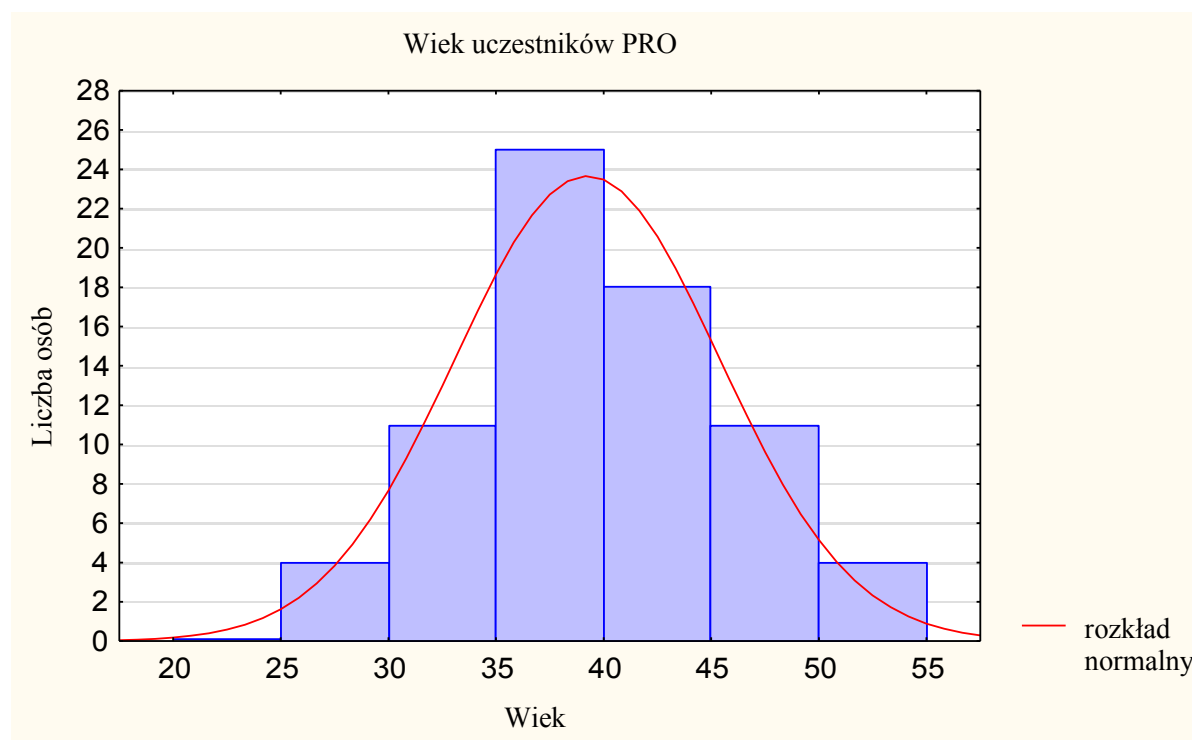
## Charakterystyka badanej grupy

W pierwszym etapie badań (w chwili rozpoczynania PRO) wzięły udział 82 osoby. W drugim etapie badań (w chwili kończenia PRO) wzięły udział 74 osoby, wobec czego 8 osób wyłączono z większości analiz. Sprawdzone jedynie, czy osoby wyłączone z dalszego udziału w PRO różnią się od pozostałej grupy 74 osób w zakresie badanych zmiennych, lecz nie uzyskano różnic statystycznie istotnych w żadnej ze zmiennych.

Poniższa charakterystyka dotyczy wyłącznie grupy 74 osób, które wzięły udział w obu etapach badań.

### Wiek

Badana grupa składa się z osób w wieku od 25 do 53 lat. Średnia wieku wynosi 39 lat.



### Płeć

W badanej grupie znalazło się 37 kobiet i 37 mężczyzn. Niemniej jedna z kobiet w chwili rozpoczynania PRO nie wypełniła kwestionariusza SCL-90, zaś w chwili kończenia PRO kwestionariusza KRE. Wobec tego przy porównywaniu wyników badań tymi kwestionariuszami pominięto tę jedną osobę.



## Stan cywilny

Stan cywilny uczestników PRO (N=74)		
Stan cywilny	Liczba osób	%
kawaler (panna)	12	16
żonaty (mężatka)	39	53
rozwiedziony(a) / w separacji	16	22
wdowiec (wdowa)	4	5
brak danych	3	4

Zwraca uwagę wysoki odsetek osób rozwiedzionych wśród uczestników PRO. W populacji Polaków w wieku 15 lat i więcej odsetek osób rozwiedzionych wynosi 2,2% wśród mężczyzn i 3,4% wśród kobiet. Najwyższy odsetek osób rozwiedzionych w polskiej populacji notowany jest w podgrupie kobiet w wieku 40-49 lat, zamieszkałych w mieście i wynosi 7,7% (Rocznik statystyczny demografii 1995, s. 106). W porównaniu do tych danych, 22% osób rozwiedzionych wśród uczestników PRO wydaje się być jedną ze znaczących cech demograficznych charakteryzujących badaną grupę.

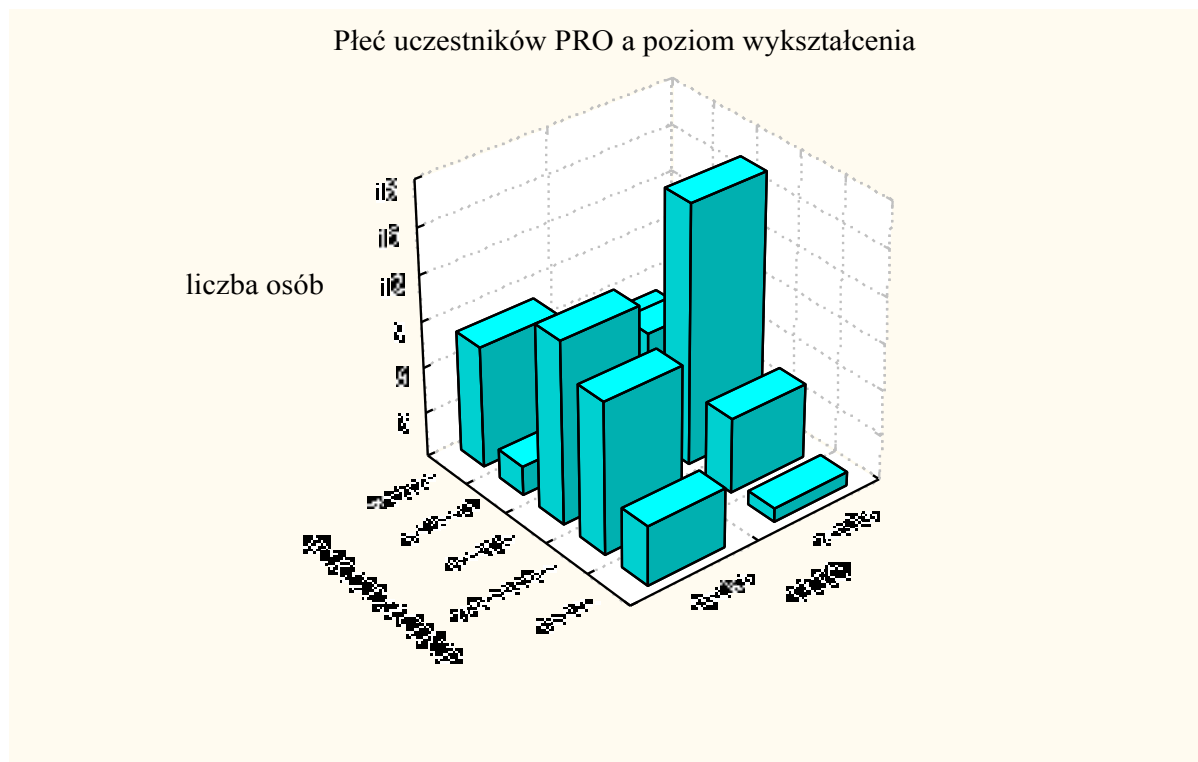
Podobnie wysokie odsetki osób rozwiedzionych znajdujemy wśród rozpoczynających terapię uzależnionych pacjentów i pacjentek placówek odwykowych (odpowiednio 17% i 23%) (Włodawiec 1997, s. 25), wśród współzależnionych kobiet będących w trakcie terapii współzależnienia - 20% (Kucińska i in. 1997, s. 439), czy wśród zgłaszających się na terapię DDA dorosłych dzieci alkoholików – ok. 33% (Kucińska 1997, s. 17).

## Wykształcenie

Poziom wykształcenia uczestników PRO (N=74)		
Poziom wykształcenia	Liczba osób	%
podstawowe	5	7
zasadnicze zawodowe	15	20
średnie (ukończone i nieukończone)	29	39
policealne / pomaturalne	9	12
wyższe (ukończone i nieukończone)	13	18
brak danych	3	4

Ze względu na strukturę wieku uczestników PRO najlepiej porównać ich poziom wykształcenia do poziomu wykształcenia ogółu Polaków w wieku produkcyjnym. Za osoby w wieku produkcyjnym uważa się mężczyzn w wieku 18-64 lata i kobiety w wieku 18-59 lat. W ogólnej populacji Polaków w wieku produkcyjnym jest 8,9% osób z wykształceniem wyższym, 33,7% z wykształceniem średnim (wraz policealnym i niepełnym wyższym), 32,3% z wykształceniem zawodowym, 16,6% z wykształceniem podstawowym (wraz z niepełnym średnim) i 8,4% bez wykształcenia (por. Rocznik statystyczny demografii, 1995 s.105). Na podstawie powyższego można uznać, że uczestnicy PRO są stosunkowo lepiej wykształceni od ogółu populacji.

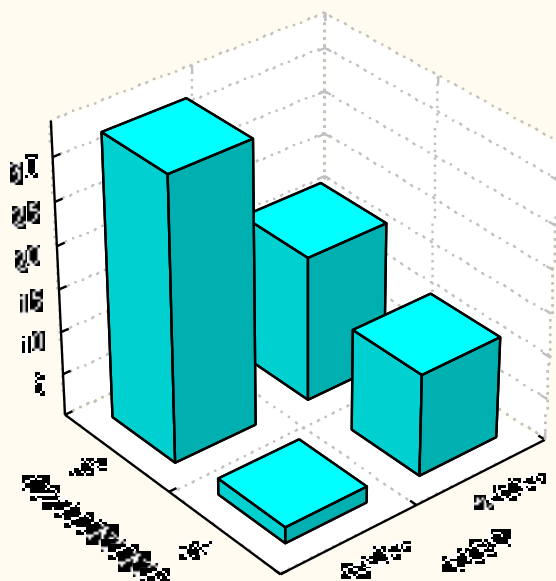
Podobnie jak ogół populacji, uczestnicy PRO różnią się poziomem wykształcenia w zależności od płci. Zależność tę ilustruje poniższy wykres:



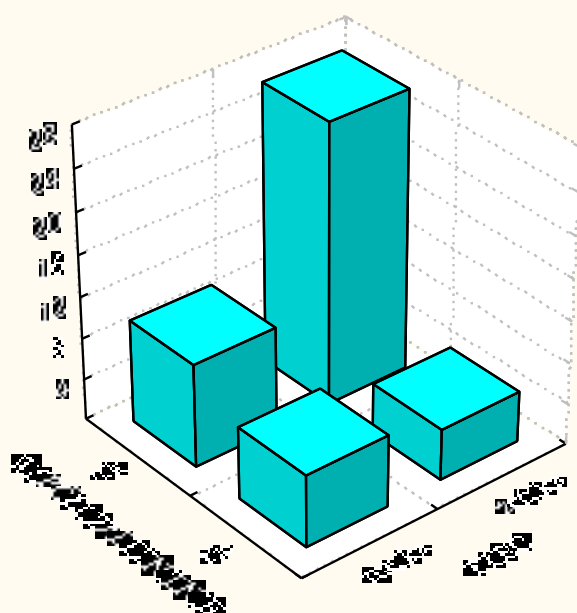
### Uwikłanie w uzależnienie od substancji psychoaktywnych

50 osób (68%) przyznaje, że są uzależnione od substancji psychoaktywnych. 37 osób (50%) przyznaje, że są współuzależnione. 36 osób (49%) twierdzi, że ktoś z ich rodziców był uzależniony. Pozostałe osoby na pytania dotyczące ich uzależnienia, współuzależnienia lub uzależnienia ich rodziców udzieliły odpowiedzi przeczącej lub nie udzieliły jej wcale. Różnice między płciami w zakresie liczby udzielonych odpowiedzi „tak” lub „nie” ilustrują poniższe wykresy:

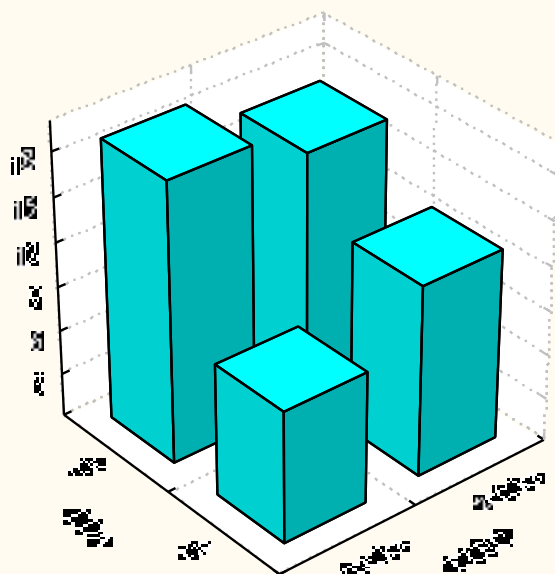
Płeć uczestników PRO a liczba osób uzależnionych



Płeć uczestników PRO a liczba osób współuzależnionych



Płeć uczestników PRO a liczba dorosłych dzieci alkoholików (DDA)



Wśród mężczyzn przeważają osoby uzależnione, zaś wśród kobiet – współuzależnione. Odsetek dorosłych dzieci alkoholików wydaje się podobny w obu grupach.

## Wyniki badań w chwili rozpoczynania PRO i po jego zakończeniu

### Zastosowane metody statystyczne

Obliczono średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe wyników uzyskanych w kwestionariuszach przez uczestników PRO w chwili rozpoczynania i w chwili kończenia Programu oraz oszacowano poziom istotności statystycznej różnic zaobserwowanych między pierwszym a drugim pomiarem. Ponadto zbadano rozkład wyników w badanej grupie, szacując przy pomocy testów Chi-kwadrat i Kołmogorowa-Smirnowa, czy rozkład wyników w badanej grupie odbiega w sposób statystycznie istotny od rozkładu normalnego. Jeśli rozkład wyników różnił się od normalnego na poziomie istotności  $p < 0.05$  przynajmniej w jednym z testów, uznawano, że nie jest normalny. Miało to znaczenie przy wyborze testu do oszacowania istotności różnic między obu pomiarami. Do oszacowania poziomu istotności różnic między średnimi stosowano test t-Studenta, gdy rozkład wyników był normalny, lub test Wilcoxon, gdy rozkład wyników nie był normalny. Test Wilcoxon stosowano wtedy, gdy rozkład nie był normalny choćby w jednym z pomiarów (w chwili rozpoczynania lub w chwili kończenia PRO). Za statystycznie istotne uznawano różnice na poziomie istotności  $p < 0,05$ . (Brzeziński 1996, ss. 267-278). Następnie porównano uzyskane wyniki do wyników innych grup badanych przy użyciu tych samych narzędzi.

Komentując uzyskane rezultaty niejednokrotnie użyto sformułowań „wysokie wyniki” lub „niskie wyniki”. Należy jednak pamiętać, że żaden z zastosowanych kwestionariuszy nie ma obliczonych norm centylowych czy tenowych dla polskiej populacji, nie możemy więc w sposób miarodajny stwierdzić, jaki wynik jest „wysoki” czy „niski” w odniesieniu do niej. Sformułowań tych użyto w odniesieniu do badanej grupy porównując wyniki wewnątrz niej lub porównując z wynikami innych grup badanych tymi samymi narzędziami.

### Oszacowanie normalności rozkładu

Test Chi-kwadrat wykazał, że w chwili rozpoczynania PRO rozkłady wyników odbiegają od normalnego na poziomie istotności  $p < 0,05$  w skalach wrogości, fobii, myślenia paranoidalnego kwestionariusza SCL-90, zaś w chwili kończenia PRO w skalach somatyzacji, wrogości i fobii. Jeśli chodzi o rozkład wyników w skalach kłamstwa i poczucia kontroli kwestionariusza Delta, to odbiegał on od normalnego w obu pomiarach. Natomiast test Kołmogorowa-Smirnowa wykazał tylko, że odbiega od normalnego rozkład wyników w skali fobii SCL-90 w chwili kończenia PRO.

Wobec powyższego w skalach kłamstwa i poczucia kontroli kwestionariusza Delta oraz w skalach somatyzacji, wrogości, fobii i myślenia paranoidalnego kwestionariusza SCL-90 zastosowano test Wilcoxon do zbadania poziomu istotności różnic między pierwszym a drugim pomiarem badanych zmiennych. W pozostałych skalach SCL-90 i w Kwestionariuszu Rozumienia Empatycznego stosowano test t-Studenta.

Podobnie sprawdzono normalność rozkładu wyników w podgrupach kobiet i mężczyzn. W podgrupie kobiet rozkład wyników istotnie odbiegał od normalnego w skali kłamstwa kwestionariusza Delta w pierwszym pomiarze oraz w skali kłamstwa i w skali poczucia kontroli w drugim pomiarze. W kwestionariuszu SCL-90 rozkład wyników istotnie odbiegał od normalnego w skali natręctw, wrogości i myślenia paranoidalnego w pierwszym pomiarze, zaś w skali natręctw, nadwrażliwości interpersonalnej i lęku w drugim pomiarze. Wobec tego do oszacowania istotności statystycznej różnic wyników podgrupy kobiet w

pierwszym i drugim pomiarze w obu skalach kwestionariusza Delta oraz w skalach natręctw, wrogości, myślenia paranoidalnego, nadwrażliwości i lęku kwestionariusza SCL-90 zastosowano test Wilcoxon.

W podgrupie mężczyzn rozkład wyników istotnie odbiegał od normalnego w skali kłamstwa kwestionariusza Delta w obu pomiarach oraz w skalach wrogości i psychotyczności w pierwszym pomiarze i w skali fobii w drugim pomiarze kwestionariuszem SCL-90. Wobec tego do oszacowania istotności statystycznej różnic wyników w wymienionych skalach między pierwszym a drugim pomiarem zastosowano test Wilcoxon. W pozostałych przypadkach stosowano test t-Studenta.

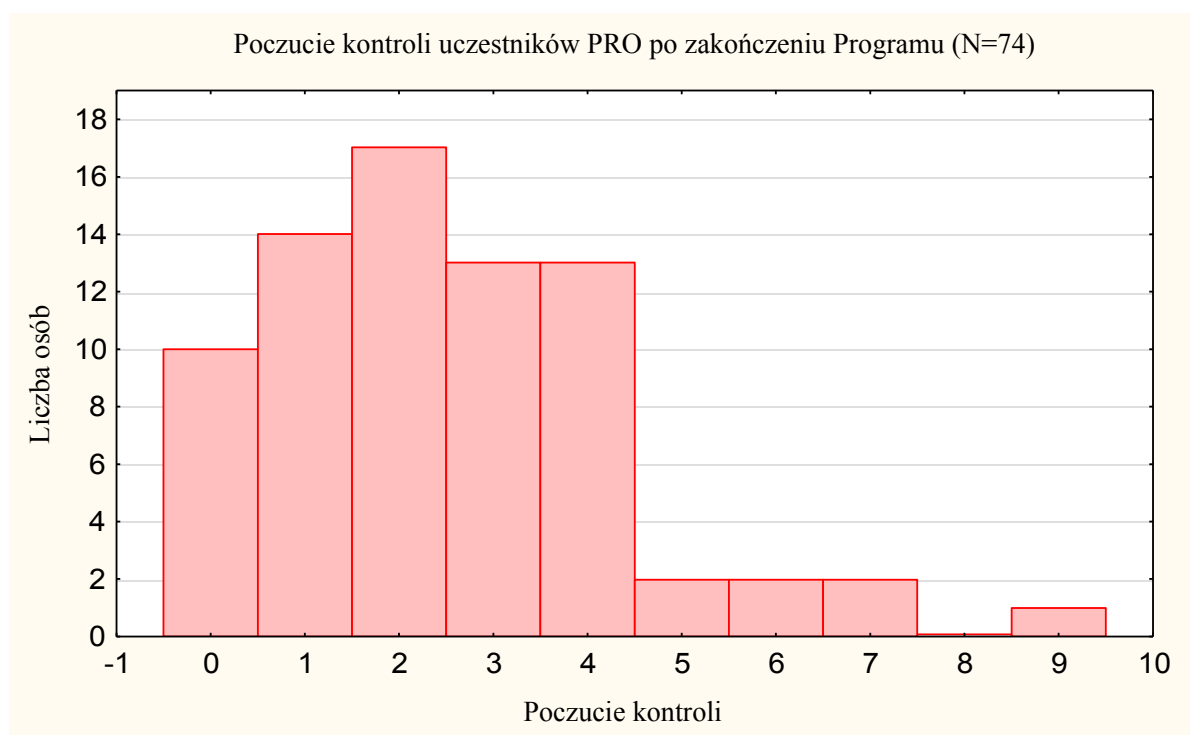
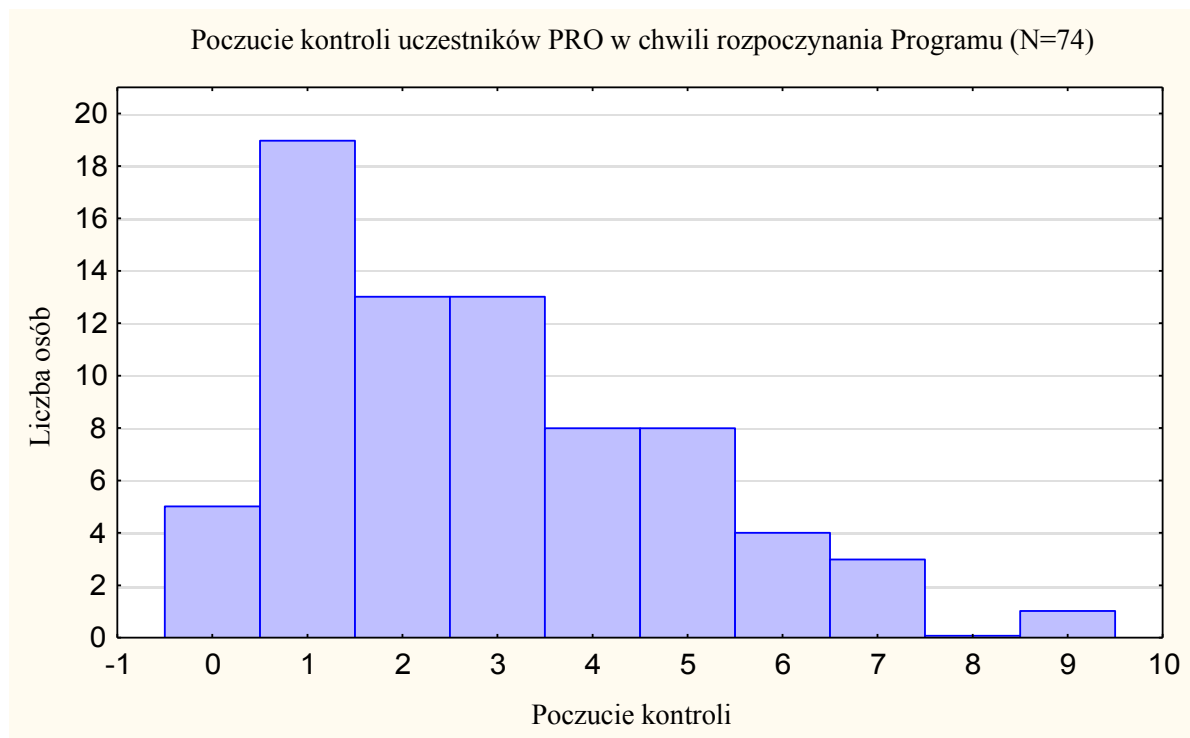
## Poczucie kontroli

Poczucie kontroli uczestników PRO było badane kwestionariuszem Delta R. Drwala. Poniższa tabela prezentuje rezultaty uzyskane przez uczestników PRO w chwili rozpoczęcia i w chwili kończenia Programu.

Poczucie kontroli uczestników PRO (N=74)				
w chwili rozpoczynania PRO		po zakończeniu PRO		poziom istotności różnicy
średnia arytm.	odchylenie stand.	średnia arytm.	odchylenie stand.	
2,84	2,00	2,49	1,85	n.i.

Jak widać z powyższej tabeli, uczestnicy PRO uzyskują po zakończeniu Programu nieznacznie niższe wyniki w kwestionariuszu Delta, co oznaczałoby nieco bardziej wewnętrzne poczucie kontroli niż w chwili rozpoczynania PRO. Jednakże różnice między pierwszym a drugim pomiarem poczucia kontroli, szacowane za pomocą testu Wilcoxon nie osiągają wymaganego poziomu istotności statystycznej. Nie ma zatem podstaw do stwierdzenia, że wskutek udziału w PRO zwiększa się wewnętrzne poczucie kontroli. Powyższe rezultaty zmuszają do przyjęcia hipotezy zerowej o braku różnic między wynikami badanej grupy w kolejnych pomiarach.

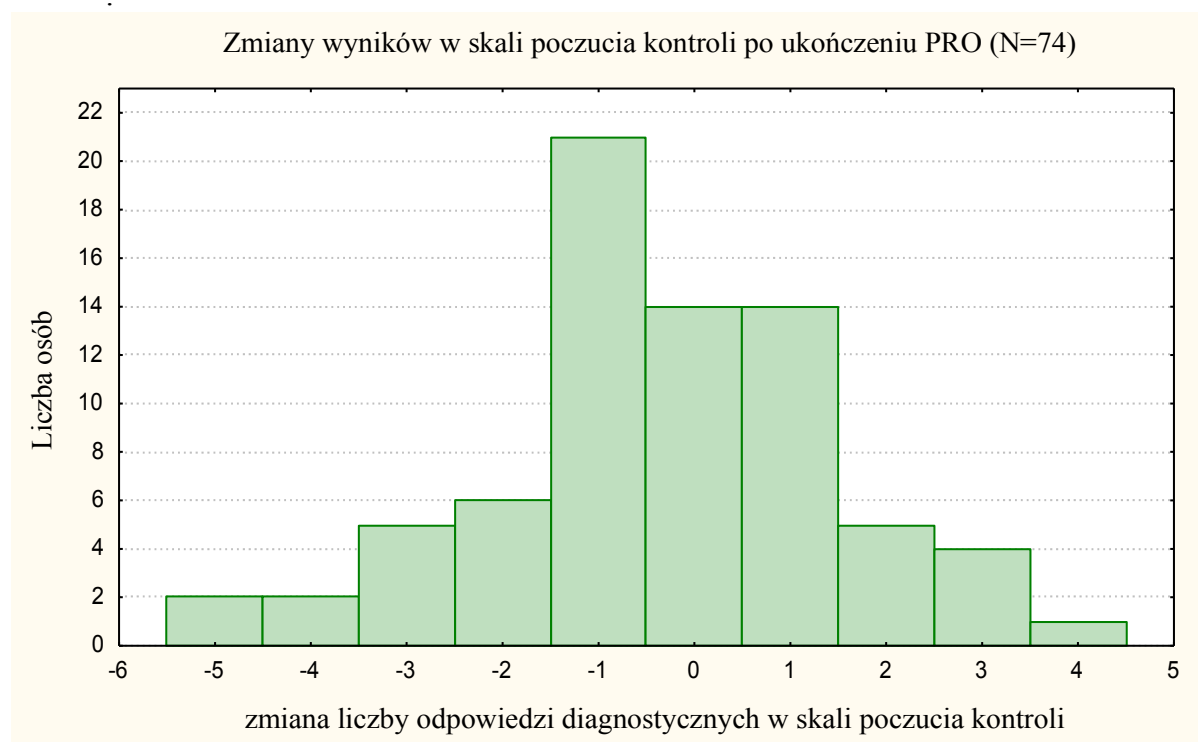
Nie stwierdzono także istotnych statystycznie różnic między wynikami uzyskiwanymi w skali LOC przed rozpoczęciem PRO i po zakończeniu PRO dla oddzielnie rozpatrywanych grup kobiet i mężczyzn.



Porównując rozkłady wyników w kwestionariuszu Delta przed rozpoczęciem Programu i po jego zakończeniu, zwraca uwagę zmniejszenie się liczby osób uzyskujących wysokie wyniki (wskazujące na zewnętrzne poczucie kontroli). Po zakończeniu PRO zdecydowana większość osób uzyskuje wyniki w granicach 0-4 punktów, co oznaczałoby, że zdecydowana większość uczestników ma wówczas wewnętrzne poczucie kontroli. Różnica między rozkładami zmiennej w obu pomiarach, szacowana testem Chi-kwadrat Pearsona, jest statystycznie istotna na poziomie  $p=0,00000$ .

Zmiany wyników w skali poczucia kontroli - tabela liczebności N=74				
Zmiana wyniku (pomiar 2 minus pomiar 1)	Liczebność	Liczebność skumulowana	Procent ważnych	Skumul. % ważnych
-5	2	2	2,70	2,70
-4	2	4	2,70	5,40
-3	5	9	6,75	12,16
-2	6	15	8,10	20,27
-1	21	36	28,37	48,64
0	14	50	18,91	67,56
1	14	64	18,91	86,48
2	5	69	6,75	93,24
3	4	73	5,40	98,64
4	1	74	1,35	100,00

Jak wynika z powyższej tabeli, prawie 50% badanych uzyskało w drugim etapie badań niższy wynik niż w pierwszym (zmiana od -1 do -5). Prawie 20% uczestników uzyskało taki sam wynik w obu pomiarach (zmiana równa 0). Jednakże, jak w zasadzie należało oczekiwać, w przypadku ok. 30% osób wynik zmienił się w kierunku sprzecznym z przeważającą tendencją. Omawiane zmiany wyników obrazuje poniższy histogram:



Wyjaśnienia tego faktu można szukać w konstrukcji psychologicznych kwestionariuszy. W przypadku każdego testu psychologicznego kolejne badanie daje z reguły tylko zbliżone wyniki, nawet, jeśli na osobę badaną nie działały żadne czynniki zakłócające w czasie między jednym a drugim pomiarem. Pewna część wyników jest zawsze nieco wyższa lub nieco niższa. Test jest uznawany za rzetelny, gdy różnice pomiędzy dwoma pomiarami nie są zbyt duże. Dalszych wyjaśnień dostarcza konstrukcja kwestionariusza Delta. Jak



zaznaczył autor kwestionariusza, nadaje się on dobrze do badań eksperymentalnych i porównań międzygrupowych, lecz zaleca stosować go ze szczególną ostrożnością do celów indywidualnej diagnozy. O ile możemy w sposób miarodajny porównywać wyniki dużych grup badanych osób, to jednak porównywanie osobno dla każdej osoby wyników przed rozpoczęciem PRO i po jego ukończeniu ma istotne ograniczenia. Ponieważ nie znamy standardowego błędu pomiaru skali poczucia kontroli kwestionariusza Delta, nie wiemy, jak duża powinna być różnica między drugim a pierwszym pomiarem, by móc w sposób miarodajny (tj. z prawdopodobieństwem 0,95) stwierdzić, że dana osoba osiąga niższe lub wyższe wyniki po ukończeniu PRO. Stąd powyższy wykres należy interpretować z dużą ostrożnością.

Porównanie wyników badań kwestionariuszem Delta							
Grupy	Płeć	Wiek	N	Skala LOC		Skala KŁ	
				średnia	odch. st.	średnia	odch. st.
Uczniowie szkół podst. (kl. VII - VIII)	M	13-16	146	5,01	2,48	3,97	1,97
	K		171	5,26	2,64	4,18	1,59
Uczniowie LO (kl. I)	M	14-17	86	3,98	2,36	2,05	1,35
	K		137	4,96	2,71	1,96	1,57
Uczniowie technikum (kl. I)	M	14-16	83	3,76	2,23	1,96	1,69
Uczniowie technikum (kl. starsze)	M	16-20	200	4,68	3,02	2,39	1,74
	K		170	6,50	2,96	2,21	1,47
Studenci (studia dzienne)	M	19-25	47	4,02	2,94	1,32	1,45
	K	18-23	236	5,29	3,03	1,81	1,33
Studenci (studia zaoczne)	M	20-38	18	3,83	2,38	1,44	0,98
	K	20-43	46	4,76	2,76	1,74	1,44
Wychowankowie zakładu poprawczego	M	15-19	50	4,98	2,80	4,56	2,05
Uczestnicy PRO przed jego rozpoczęciem	M	26-53	37	2,46	1,82	1,05	1,27
	K	25-50	37	3,22	2,12	1,81	1,41
Uczestnicy PRO po jego zakończeniu	M	26-53	37	2,16	1,68	0,70	0,81
	K	25-50	37	2,81	1,98	1,35	1,42

Jak wynika z powyższego zestawienia, uczestnicy PRO uzyskują najniższe wyniki w skali LOC, mierzącej poczucie kontroli, w porównaniu do innych badanych grup. Oznaczałoby to, że mają bardzo dobrze rozwinięte wewnętrzne poczucie kontroli już przed rozpoczęciem Programu. Po Programie uzyskują wprawdzie jeszcze niższy wynik, ale zmiana ta nie osiąga poziomu istotności wymaganego do wykazania, że jest efektem udziału w PRO. Niskie wyniki badanej grupy można interpretować jako efekt wcześniejszego udziału badanych osób w terapii odwykowej lub terapii współuzależnienia, w trakcie której pracowano, jak należy sądzić, nad zaburzeniami poczucia kontroli (uznaniem bezsilności wobec alkoholu bądź alkoholizmu męża oraz odróżnianiem problemów, na które można mieć wpływ od spraw, na które nie ma się wpływu) (Mellibruda 1997, s. 319; Sobolewska 1997, s. 371; Mellibruda i Sobolewska 1997, s. 428).

Zwraca uwagę fakt, że kobiety - uczestniczki PRO uzyskują wyższe wyniki w skali LOC niż mężczyźni - uczestnicy PRO. Podobne różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie poczucia kontroli wystąpiły również w grupach badanych przez Drwała. Sugerowałoby to, że kobiety mają nieco bardziej zewnętrzne poczucie kontroli niż

mężczyźni. Jednakże w niniejszych badaniach różnice między kobietami a mężczyznami pod tym względem okazały się statystycznie nieistotne.

Ponadto trzeba zauważyć, że uczestnicy PRO (mężczyźni), już w chwili rozpoczęcia Programu uzyskują najniższe wyniki w skali kłamstwa w porównaniu do innych grup badanych przez Drwala. Natomiast uczestniczki PRO (kobiety) uzyskują stosunkowo niskie wyniki, lecz nieco wyższe od mężczyzn, co wskazywałoby na nieco większą u kobiet tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle, stwierdzoną również w badaniach Drwala.

Tak niskie wyniki uczestników PRO w skali kłamstwa można wytłumaczyć faktem, że większość z nich ma za sobą uwieńczoną powodzeniem terapię odwykową, w trakcie której efektywnie pracowali, jak należałoby sądzić, nad mechanizmem iluzji i zaprzeczania, charakterystycznym dla uzależnień (Mellibruda 1997, s. 299).

### Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle

Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle była kontrolowana za pomocą skali kłamstwa (KŁ) kwestionariusza Delta. Ponieważ rozkład wyników skali kłamstwa nie był normalny, do oszacowania istotności statystycznej różnicy między pierwszym a drugim pomiarem zastosowano test Wilcoxon.

Wyniki w skali kłamstwa uczestników PRO (N=74)				
w chwili rozpoczęcia PRO		po zakończeniu PRO		poziom istotności różnicy
średnia arytm.	odchylenie stand.	średnia arytm.	odchylenie stand.	
1,43	1,39	1,03	1,19	0,0050

Zgodnie z oczekiwaniami, po zakończeniu PRO uczestnicy uzyskują istotnie niższe rezultaty w skali kłamstwa niż w chwili rozpoczęcia Programu. Różnica między pierwszym a drugim pomiarem jest statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,005$ . Oznaczałoby to, że udział w PRO istotnie zmniejszył tendencję uczestników do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle. Można przypuszczać, że dzięki intensywnym procesom grupowym uczestnicy poczuli się bezpieczniej w grupie, nabrali zaufania do siebie i do prowadzących, co pozwoliło im na większą otwartość. Być może doświadczyli wówczas akceptacji swojej osoby razem z jej słabymi stronami, przez co łatwiej było im samym zaakceptować własne słabości. W rezultacie łatwiej przyjmują do wiadomości niekorzystne informacje na swój temat i łatwiej przychodzi im przyznać się do swych myśli, emocji i zachowań, które mogłyby postawić ich w niekorzystnym świetle. Rezultaty tego procesu, jak się wydaje, znajdują odzwierciedlenie w wynikach uczestników w skali kłamstwa kwestionariusza Delta, uzyskanych po zakończeniu PRO. Uzyskane wyniki należy uznać za zadowalające tym bardziej, że mężczyźni z badanej grupy już przed rozpoczęciem PRO uzyskiwali najniższe rezultaty spośród wszystkich dotychczas badanych grup. Dalsze obniżenie wyników wskutek udziału w Programie wskazywałoby na wysoką skuteczność PRO w zakresie zmniejszania tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle.

Rozpatrując oddzielnie dla uczestniczek PRO (kobiet) i uczestników PRO (mężczyzn) różnice między wynikami w skali Kł przed rozpoczęciem PRO i po zakończeniu, stwierdzono istotne statystycznie różnice tylko w grupie kobiet ( $p=0,0229$ ).

Oznaczałoby to, że zmniejszenie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle dotyczy przede wszystkim kobiet z badanej grupy. Wprawdzie w grupie

mężczyzn średnia wyników po Programie jest również niższa niż przed Programem, lecz różnica ta nie osiąga w tej grupie wymaganego poziomu istotności statystycznej ( $p=0,0973$ ).

Zapewne dzieje się tak, gdyż mężczyźni - uczestnicy PRO osiągają najniższe wyniki w skali K1 ze wszystkich dotychczas badanych grup już przed rozpoczęciem PRO. Być może dalsze obniżenie wyników w grupie mężczyzn osiągnęłoby wymagany poziom istotności statystycznej przy większej liczbie próby.

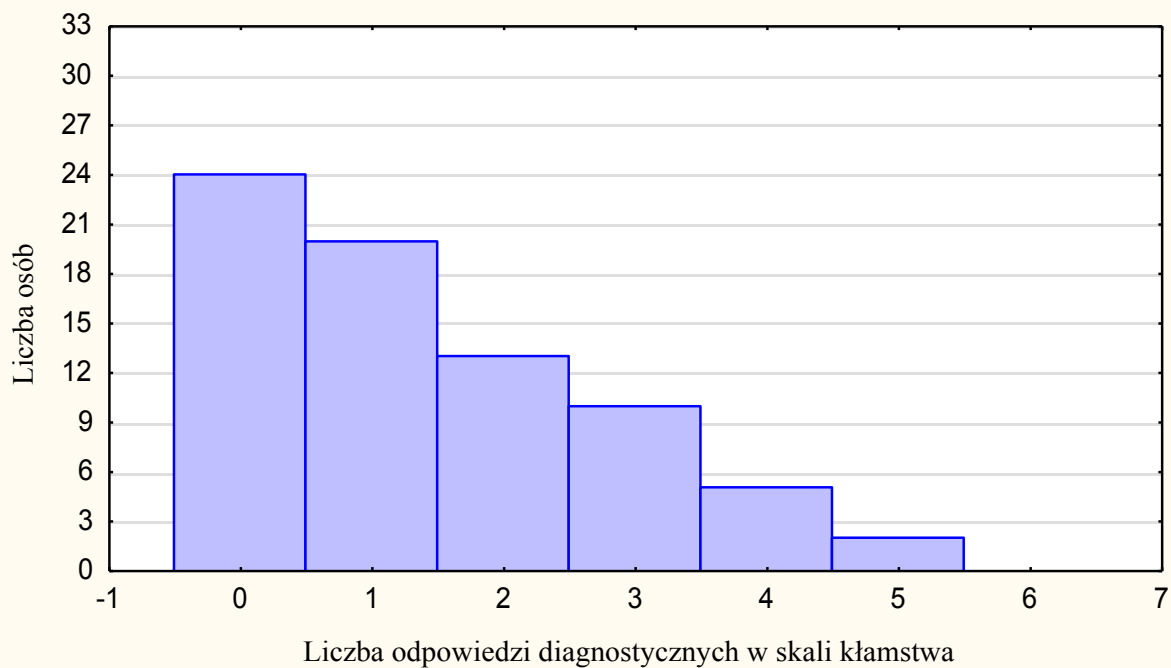
Zbadano również istotność statystyczną różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie wyników w skali kłamstwa przy pomocy testu U-Manna-Whitneya:

Porównanie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle kobiet i mężczyzn			
Wyniki w skali kłamstwa	średnia mężczyzn (N=37)	średnia kobiet (N=37)	poziom istotności różnicy
przed PRO	1,05	1,81	0,0132
po PRO	0,70	1,35	0,0444

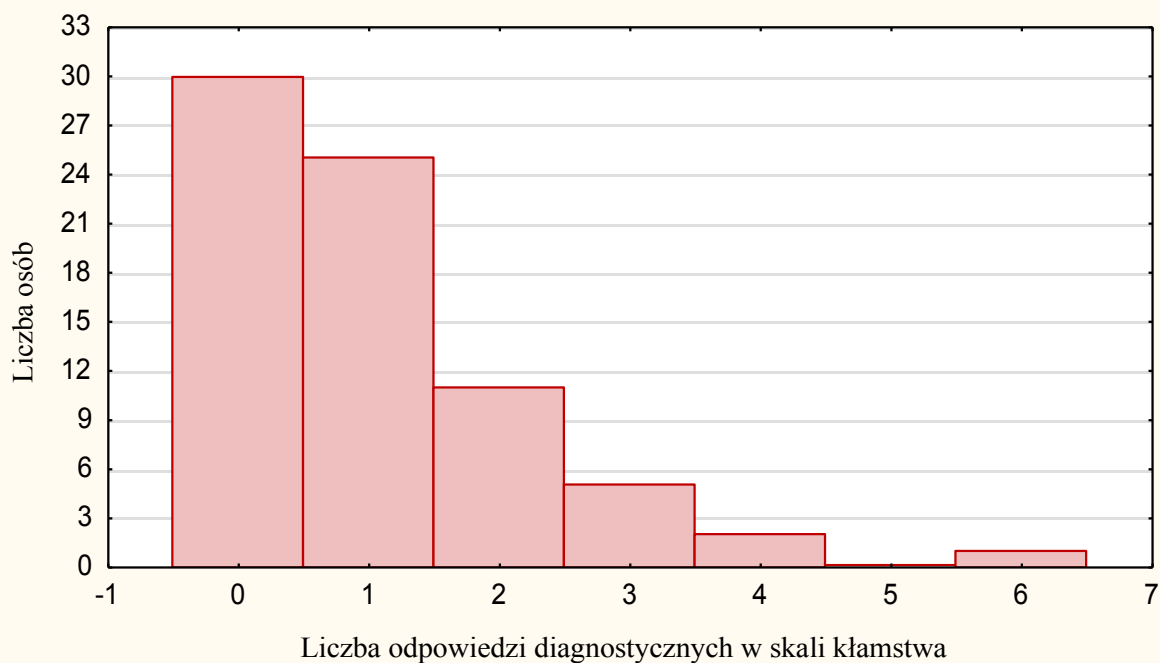
Jak widać w powyższej tabeli, różnica między tymi podgrupami kobiet i mężczyzn była statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,0132$  przed rozpoczęciem PRO oraz na poziomie istotności  $p=0,0444$  po zakończeniu PRO. Oznacza to, że kobiety - uczestniczki PRO wykazują w porównaniu z mężczyznami - uczestnikami PRO istotnie wyższą tendencję do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, zwłaszcza w chwili rozpoczynania PRO. Wynik ten jest zgodny z rezultatami badań Drwala w innych grupach, badanych przy użyciu kwestionariusza Delta.

Porównano również rozkłady wyników w całej badanej grupie przed rozpoczęciem PRO i po jego zakończeniu. Poniższe histogramy prezentują rozkłady wyników w skali kłamstwa:

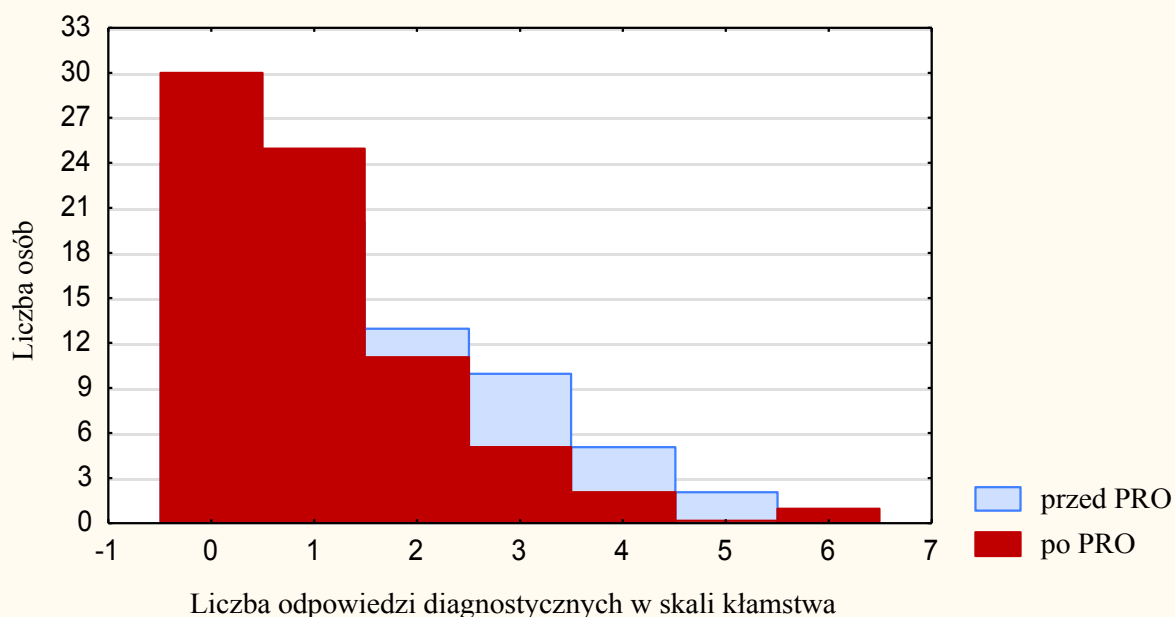
Wyniki w skali kłamstwa uczestników PRO w chwili rozpoczynania Programu (N=74)



Wyniki w skali kłamstwa uczestników PRO po zakończeniu Programu (N=74)



Porównanie wyników w skali kłamstwa uczestników PRO w chwili rozpoczęcia Programu i w chwili jego zakończenia (N=74)

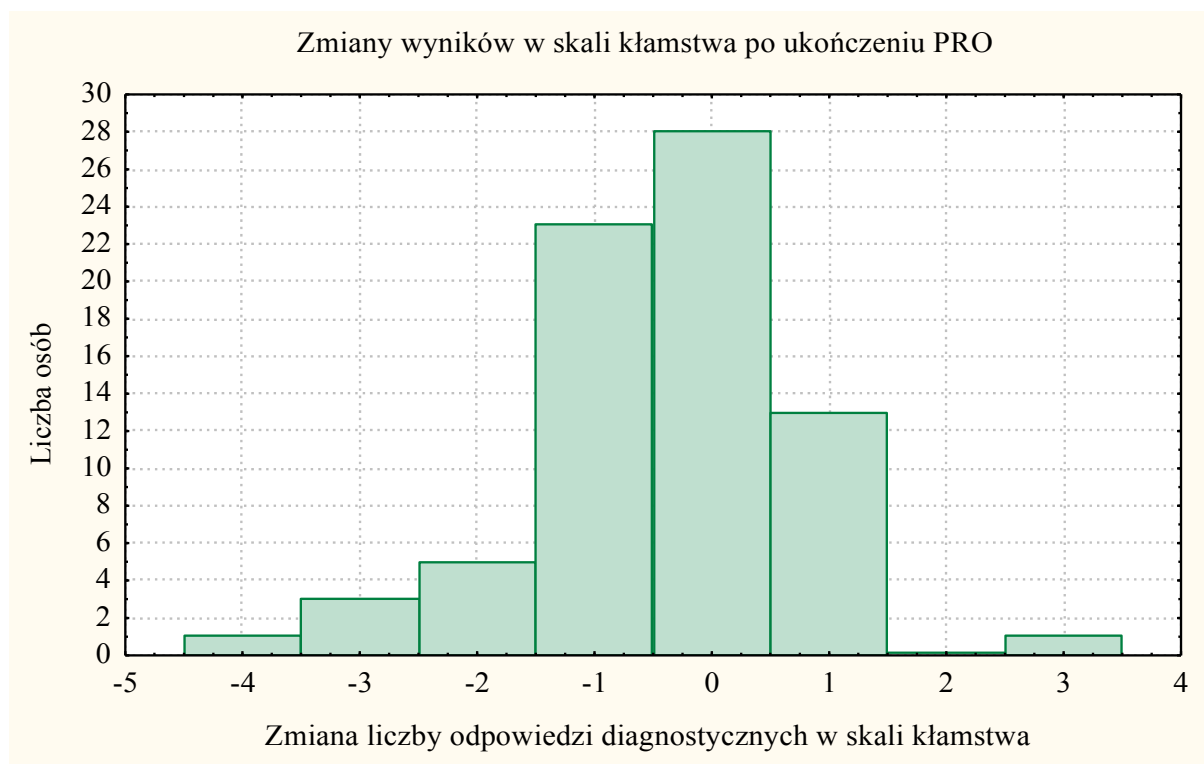


Porównanie rozkładów wyników przed i po PRO wskazuje, że zwiększyła się liczba osób uzyskujących 0 punktów w skali kłamstwa (nie wskazujących na żadną spośród 10 odpowiedzi diagnostycznych skali Kł), zmniejszyła się natomiast liczba osób uzyskujących 3, 4 i 5 punktów w tej skali. Jednakże, wbrew ogólnej tendencji, po zakończeniu PRO jedna osoba uzyskała aż 6 punktów. Różnica między rozkładami zmiennej w obu pomiarach, szacowana testem Chi-kwadrat Pearsona, jest statystycznie istotna na poziomie  $p=0,00040$ .

Drwal zaznacza, że w większości wypadków, w badanych przez niego grupach, rozkłady wyników, zwłaszcza w skali kłamstwa, były prawostronnie skośne, a w skali LOC niekiedy z tendencją do bimodalności (Drwal 1979, ss. 71-72). Podobne rozkłady uzyskano w niniejszych badaniach. Wskazywałyoby to na miarodajność zebranych danych i uzyskanych rezultatów.

Jak już wspomniano powyżej, ukończenie Programu Rozwoju Osobistego zdaje się mieć wpływ, zwłaszcza w podgrupie kobiet, na zmniejszenie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle. Zmiana ta jest zgodna z oczekiwaniami. Jednakże nie u wszystkich badanych osób obserwujemy to zjawisko - niewielka część osób wykazuje zmiany o przeciwnym do oczekiwanego kierunku.

Dla każdej z badanych osób obliczono różnicę pomiędzy drugim a pierwszym pomiarem tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle. 42% osób uzyskało po zakończeniu PRO wynik od 1 do 4 punktów niższy, 38% uzyskało taki sam wynik w obu pomiarach, zaś 18% wynik wyższy. Różnicę pomiędzy drugim a pierwszym pomiarem obliczoną dla każdej z badanych osób prezentuje poniższy histogram:



Jak widać na powyższym histogramie, 28 osób uzyskało taki sam wynik (0 zmian). 23 osoby uzyskały w drugim pomiarze wynik o jeden punkt mniejszy (-1), co oznacza, że udzieliły o jedną odpowiedź diagnostyczną w skali kłamstwa mniej. Dalsze 5 osób uzyskało w drugim pomiarze wynik o 2 punkty mniejszy (-2), 3 osoby o 3 punkty mniejszy (-3), zaś jedna - o 4 punkty mniejszy (-4).

Ponadto, jak można było się spodziewać, u pewnej części osób obserwujemy zmiany w przeciwnym kierunku. 13 osób udzieliło jednej odpowiedzi diagnostycznej w skali kłamstwa więcej (1), a jedna osoba uzyskała wynik nawet o 3 punkty wyższy.

Trzeba jednak pamiętać, że o ile możemy w sposób miarodajny porównywać wyniki dużych grup badanych osób, to jednak porównywanie osobno dla każdej osoby wyników przed rozpoczęciem PRO i po jego ukończeniu ma istotne ograniczenia. Ponieważ Drwal nie podaje standardowego błędu pomiaru skali kłamstwa kwestionariusza Delta, nie wiemy, jak duża powinna być różnica między drugim a pierwszym pomiarem, by móc w sposób miarodajny (tj. z prawdopodobieństwem 0,95) stwierdzić, że dana osoba osiąga niższe lub wyższe wyniki po ukończeniu PRO. Mogło się bowiem tak zdarzyć, że większość zaobserwowanych zmian, lub nawet wszystkie zmiany wyników każdej z osób, mieszczą się w granicach standardowego błędu pomiaru tej skali. Stąd powyższy wykres należy interpretować z dużą ostrożnością.

Obliczono współczynniki korelacji pomiędzy zmianami (tj. różnicą: drugi pomiar minus pierwszy pomiar) a wynikami w chwili rozpoczynania PRO (pierwszy pomiar) oraz w chwili kończenia PRO (drugi pomiar). Oczekiwane zmiany wysoko ujemnie korelują z wysokimi wynikami w pierwszym pomiarze (-0,57) oraz słabiej z niskimi wynikami w drugim pomiarze (0,30). Oznaczałoby to, że tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle zmniejsza się przede wszystkim u tych osób, u których początkowo była stosunkowo wysoka. W tych zaś przypadkach, gdy nieznacznie się zwiększyła, to dotyczyło to przeważnie tych osób, u których początkowo tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle była stosunkowo niska.

## Empatia

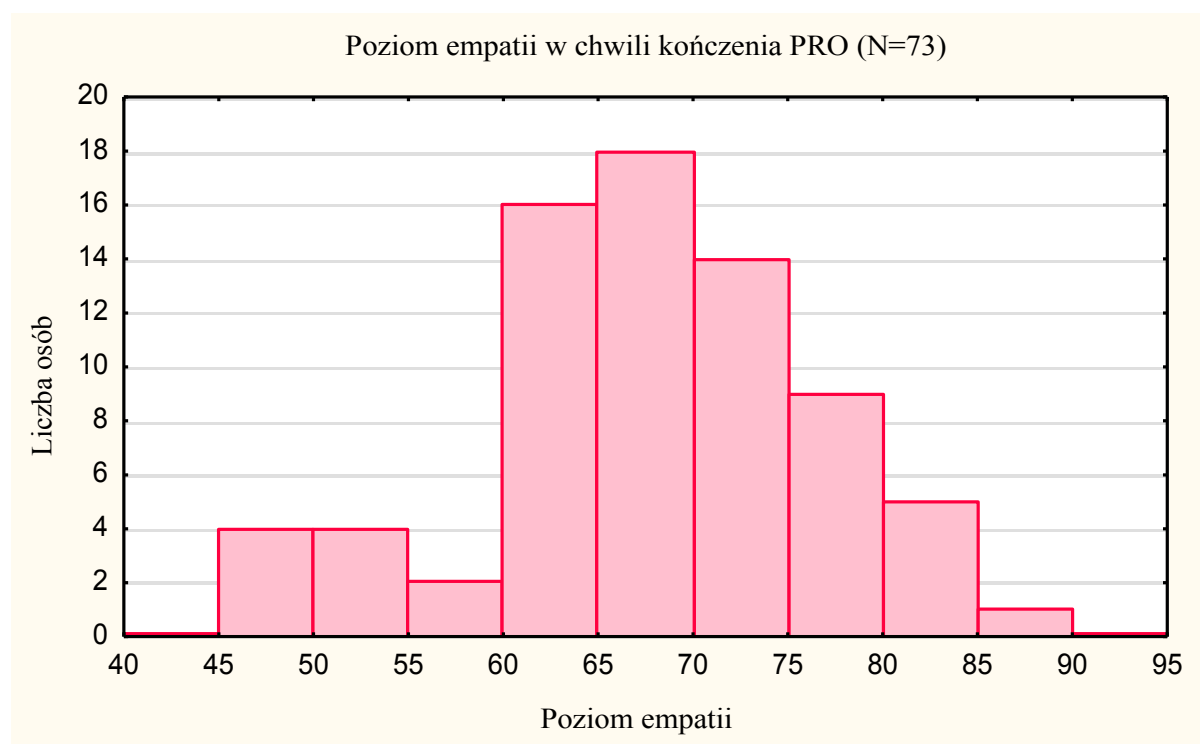
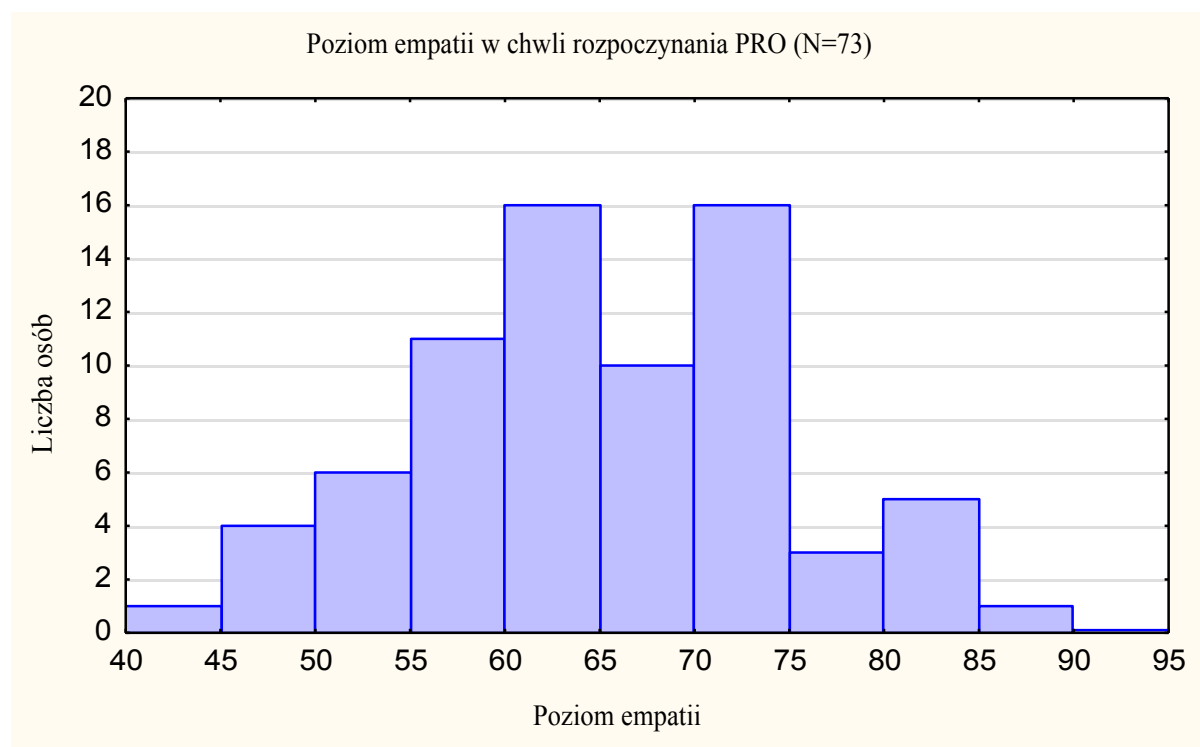
Dotychczasowe badania nad empatią jednoznacznie wskazują, że kobiety są bardziej empatyczne od mężczyzn (Rembowski 1989). Zgodnie z oczekiwaniami, w niniejszych badaniach kobiety uzyskują nieco wyższe wyniki od mężczyzn na obu etapach badań, lecz różnice te (tzn. między kobietami a mężczyznami) nie osiągają wymaganego poziomu istotności statystycznej.

Porównano także wyniki uzyskiwane przez uczestników PRO w chwili rozpoczęcia Programu i po jego zakończeniu. Wyniki te prezentuje poniższa tabela:

Poziom empatii uczestników PRO					
Grupa	W chwili rozpoczęcia PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	66,44	8,65	70,06	7,95	0,0411
Mężczyźni (N=37)	64,51	10,57	67,05	9,59	n.i.
Razem (N=73)	65,47	9,65	68,53	8,88	0,0046

Jak wynika z powyższej tabeli, po zakończeniu PRO uczestnicy wykazują istotnie wyższy poziom empatii w porównaniu do poziomu empatii w chwili rozpoczęcia PRO. Różnica jest statystycznie istotna na poziomie istotności 0,0046. Oczekiwane zmiany występują przede wszystkim w grupie kobiet. W tej grupie różnica między pierwszym a drugim pomiarem jest statystycznie istotna na poziomie istotności 0,0411. Wprawdzie w grupie mężczyzn również obserwujemy oczekiwane zmiany, lecz w tej grupie różnica między średnim poziomem empatii w chwili rozpoczęcia PRO i po jego zakończeniu nie osiąga wymaganego poziomu istotności statystycznej ( $p=0,0506$ ).

Poniższe histogramy prezentują rozkład wyników w Kwestionariuszu Rozumienia Empatycznego w całej badanej grupie w chwili rozpoczynania PRO i po jego zakończeniu:



Porównując rozkłady wyników w Kwestionariuszu Rozumienia Empatycznego w chwili rozpoczynania PRO i po jego zakończeniu należy zauważyć, że po zakończeniu PRO znacznie zmniejsza się liczba osób uzyskujących niskie i bardzo niskie wyniki (40-60

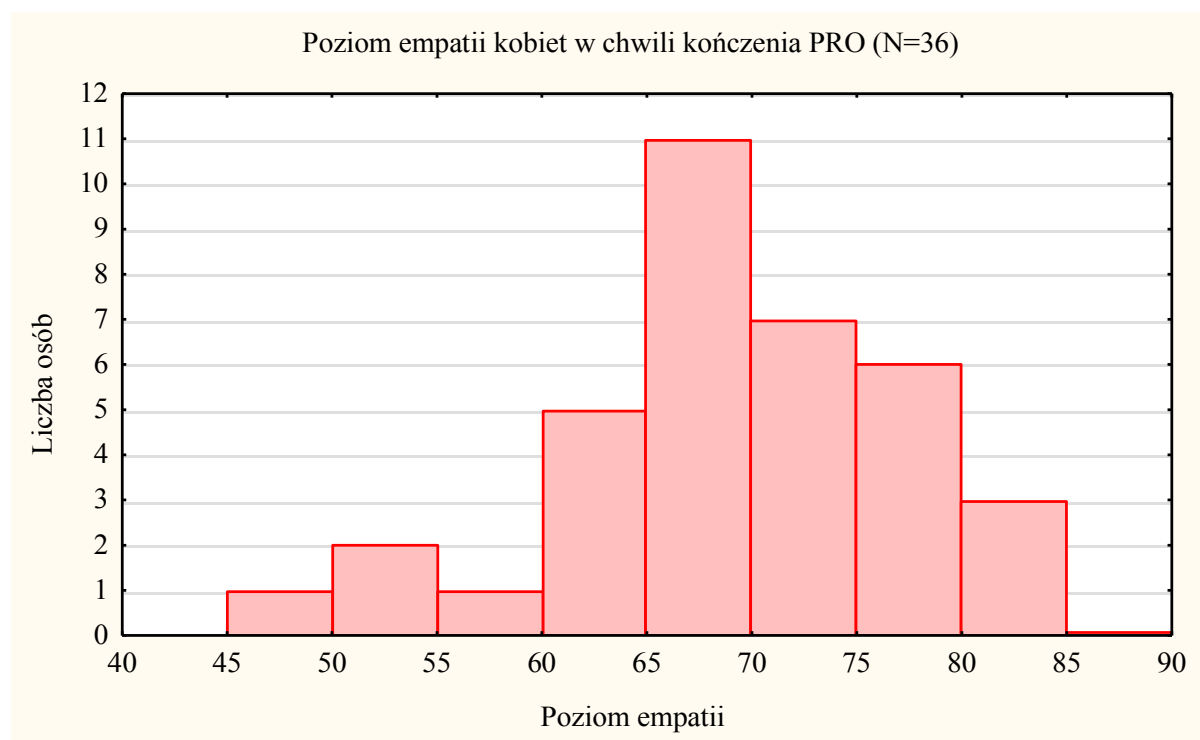
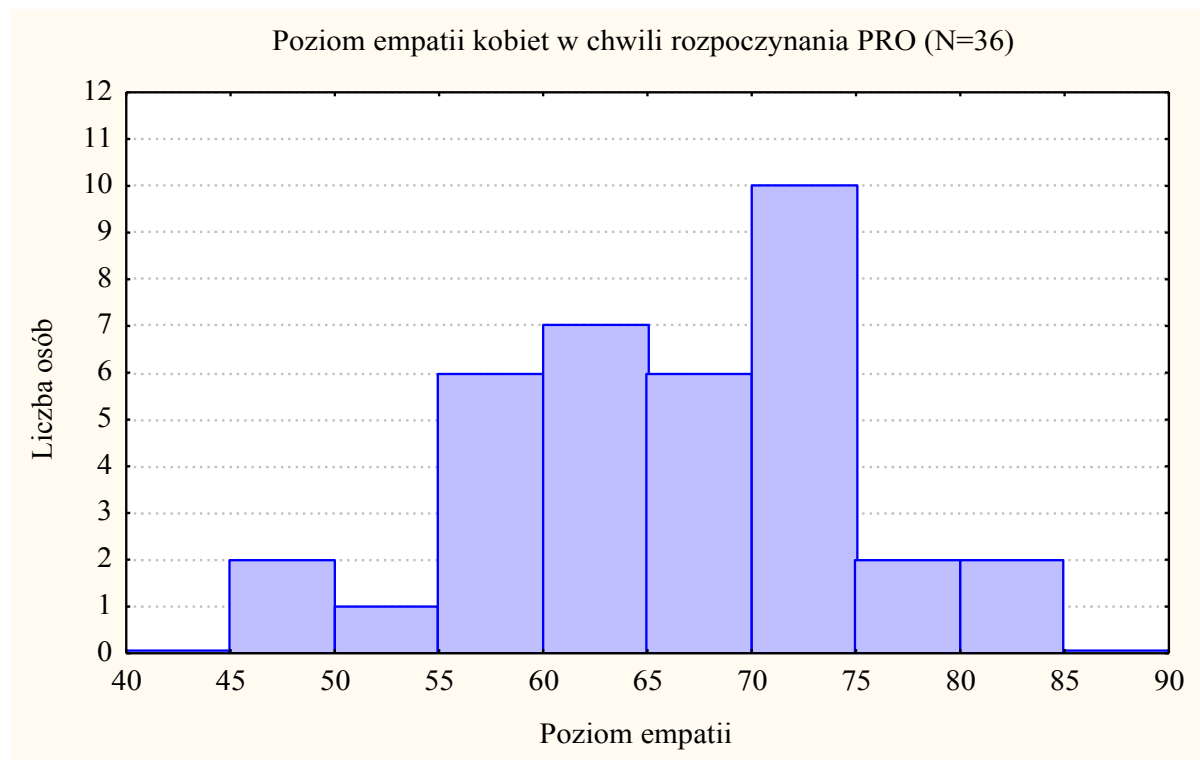


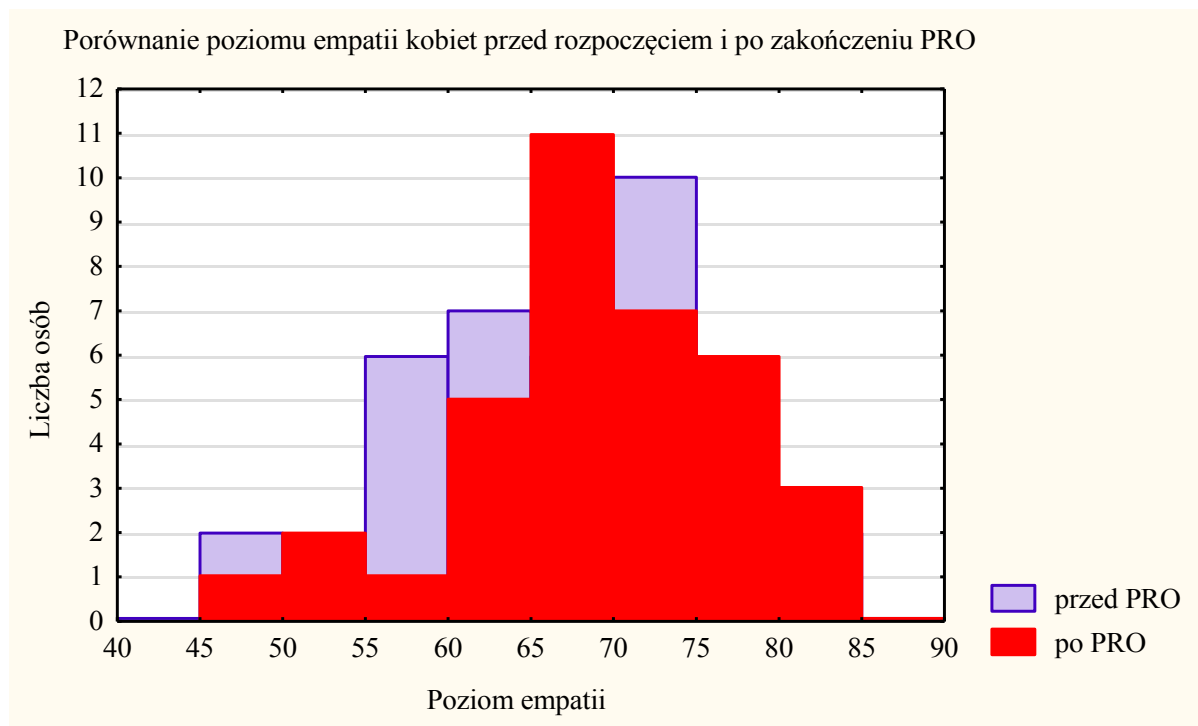
punktów). Jednakże różnica między rozkładami zmiennej w obu pomiarach, szacowana testem Chi-kwadrat Pearsona, jest statystycznie istotna.

Jak widać na pierwszym z dwóch powyższych histogramów, rozkład wyników w badanej grupie w chwili rozpoczynania PRO jest bimodalny, co wskazuje na wymieszanie dwóch populacji. Można przypuszczać, że przyczyną takiego rozkładu są różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie poziomu empatii. Z tego powodu celowe wydaje się rozpatrywanie oddzielnie dla mężczyzn i kobiet różnic w poziomie empatii przed rozpoczęciem PRO i po jego zakończeniu.

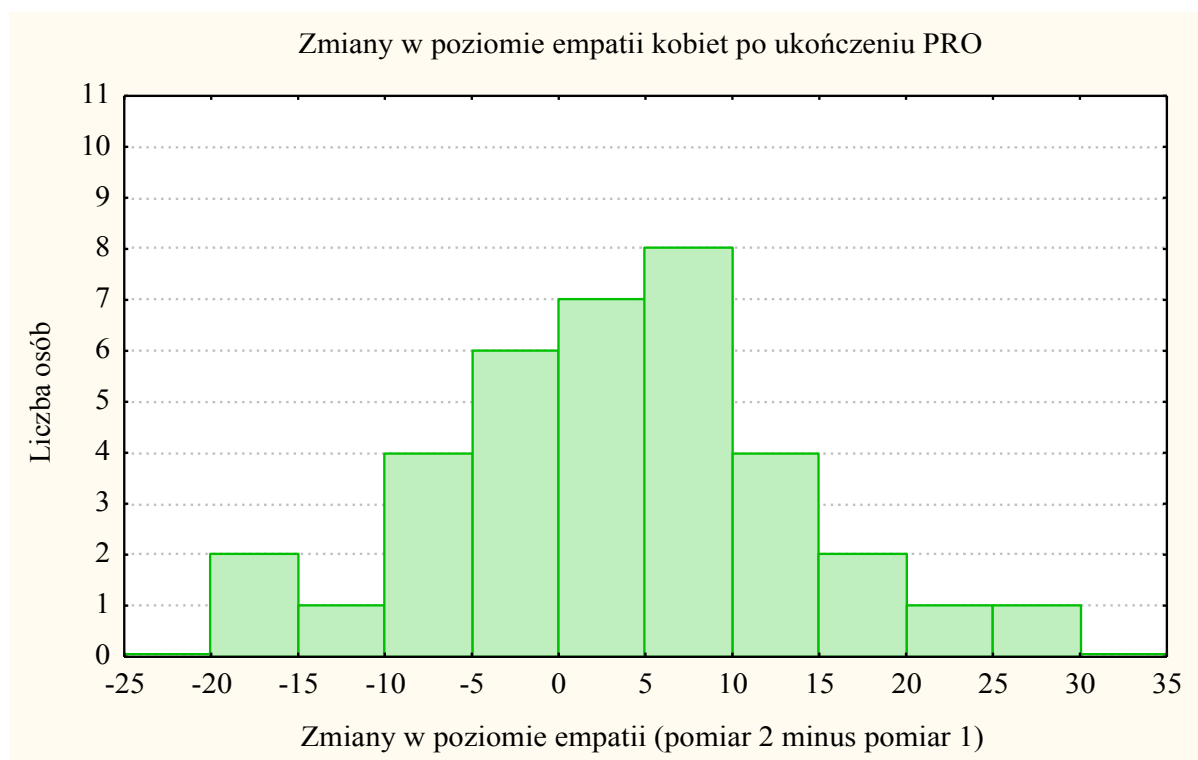
**Porównanie rozkładu wyników kobiet - uczestniczek PRO w zakresie empatii, w chwili rozpoczynania Programu i po jego zakończeniu**

Jedna z kobiet nie wypełniła Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego w drugim etapie badań, wobec czego wyłączono ją z poniższych porównań. Poniższe porównanie dotyczy wyłącznie tej samej grupy 36 kobiet, które wypełniły KRE w obu etapach badań.



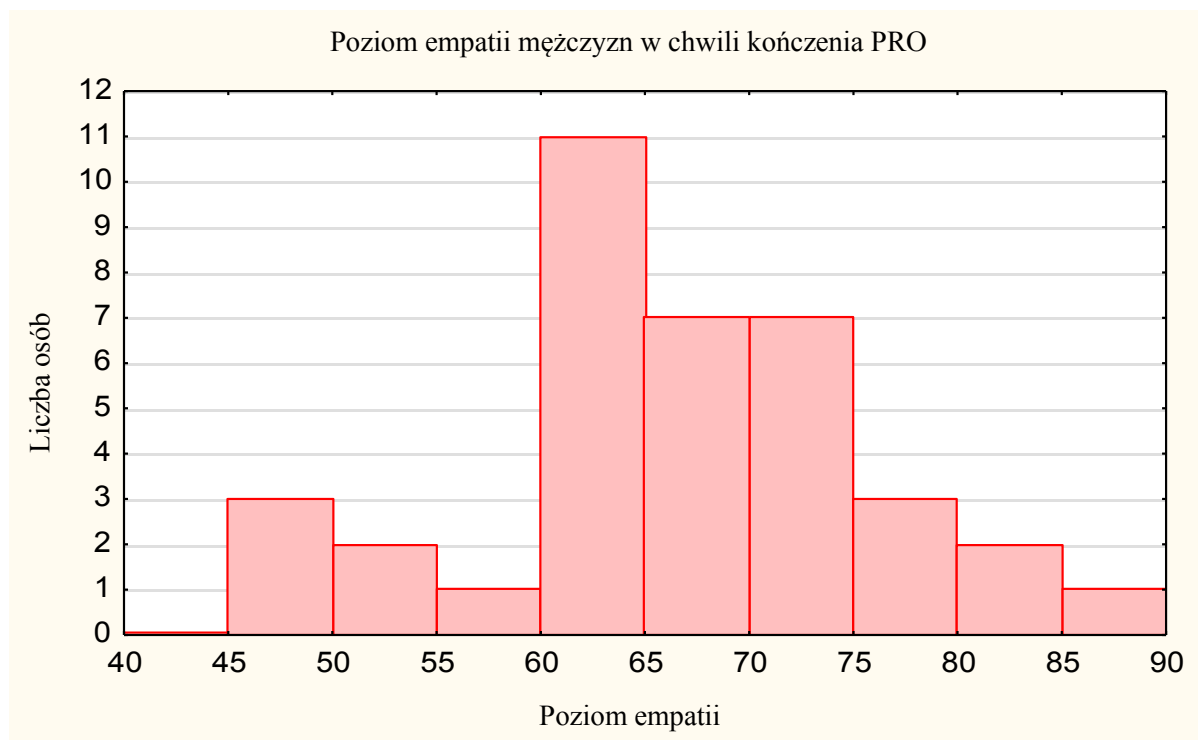
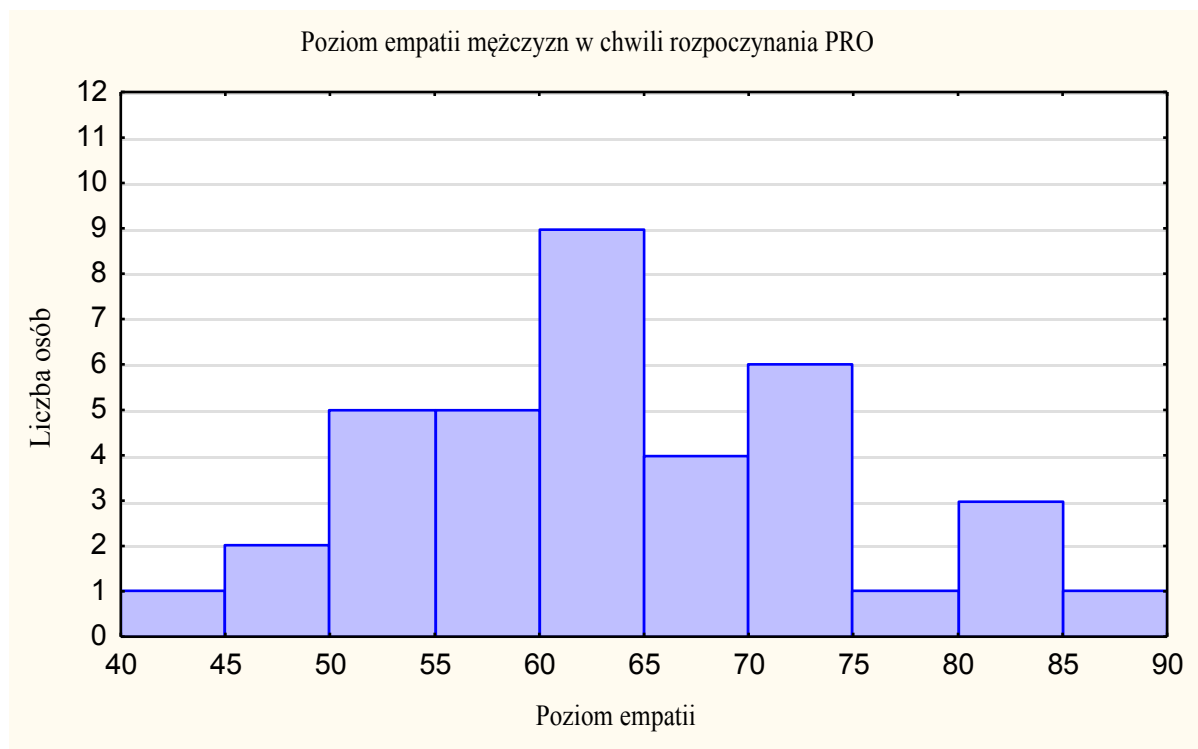


Porównanie rozkładu wyników kobiet w Kwestionariuszu Rozumienia Empatycznego w chwili rozpoczynania PRO i po jego zakończeniu pozwala stwierdzić, że zmniejsza się liczba kobiet uzyskujących niskie i bardzo niskie wyniki (40-60 pkt.), wzrasta natomiast liczba kobiet uzyskujących wysokie i bardzo wysokie wyniki (70-85 pkt.). Rezultat taki jest zgodny z oczekiwaniami co do efektów PRO. Jednakże różnice między rozkładami wyników w obu pomiarach, szacowane testem Chi-kwadrat Pearsona, okazały się statystycznie nieistotne.



Jak to obrazuje powyższy wykres, 12 kobiet uzyskało niższy wynik w kwestionariuszu KRE (33%), po ukończeniu PRO w porównaniu do ich wyników w chwili rozpoczynania PRO, jedna z nich uzyskała dokładnie taki sam wynik, zaś 23 kobiety (64%) uzyskały wyższy wynik.

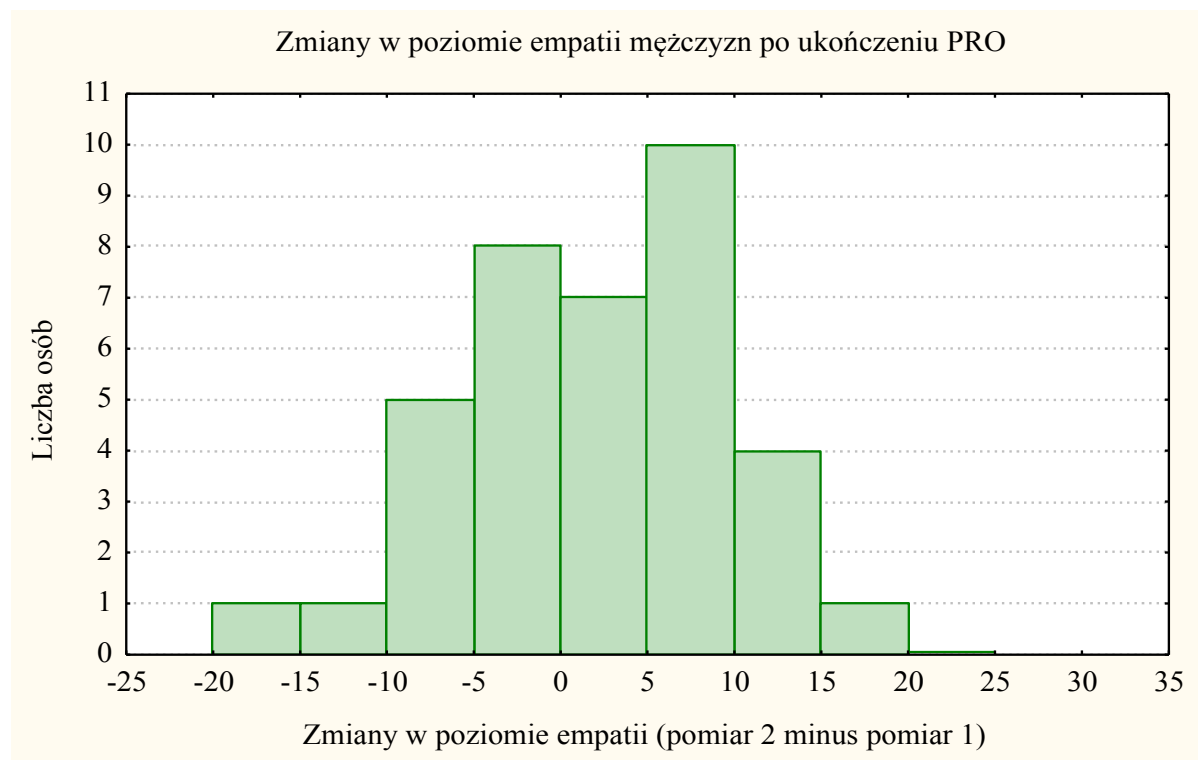
**Porównanie rozkładu wyników mężczyzn - uczestników PRO w zakresie empatii, w chwili rozpoczęcia Programu i po jego zakończeniu**



Zwraca uwagę, że w chwili kończenia PRO jest mniejsza liczba mężczyzn uzyskujących niskie i bardzo niskie wyniki w Kwestionariuszu Rozumienia Empatycznego

(40-60 pkt.), wzrasta natomiast liczba mężczyzn uzyskujących przeciętne wyniki (60-70 pkt.). O ile w chwili rozpoczęcia PRO wyniki mieszczące się w tym przedziale uzyskiwało 13 mężczyzn, to w chwili kończenia PRO wyniki takie uzyskiwało już 18 mężczyzn. Natomiast w przedziale wysokich i bardzo wysokich wyników nie zaszły, jak się wydaje, nazbyt istotne zmiany. Różnice między rozkładami wyników w obu pomiarach, szacowane testem Chi-kwadrat Pearsona, były statystycznie nieistotne.

Interesujące wydaje się, że w całej badanej grupie 73 osób (kobiet i mężczyzn) skrajne wyniki - zarówno najniższe, jak i najwyższe - osiągnęli mężczyźni.



Jak to obrazuje powyższy wykres, 12 mężczyzn (32%) uzyskało niższy wynik w kwestionariuszu KRE po ukończeniu PRO, w porównaniu do ich wyników w chwili rozpoczęcia PRO, trzech z nich (8%) uzyskało dokładnie taki sam wynik w obu pomiarach zaś 22 mężczyzn (60%) uzyskało wyższy wynik.

### Zestawienie dotychczasowych badań Kwestionariuszem Rozumienia Empatycznego

Poniżej zestawiono wyniki dotychczasowych badań empatii kwestionariuszem KRE, uszeregowane od najwyższego poziomu empatii do najniższego:

1. studenci pedagogiki specjalnej WSPS (kobiety i mężczyźni);
2. dzieci nie ujawniające zachowań niezychliwych wobec kolegów (chłopcy i dziewczynki);
3. uczestniczki PRO (kobiety) po ukończeniu PRO;
4. członkinie buddyjskich związków wyznaniowych (kobiety);
5. członkowie buddyjskich związków wyznaniowych (mężczyźni);
6. uczestnicy PRO (mężczyźni) po ukończeniu PRO;
7. uczestniczki PRO (kobiety) przy rozpoczęciu PRO;
8. uczestnicy PRO (mężczyźni) przy rozpoczęciu PRO;
9. studenci resocjalizacji WSPS (kobiety i mężczyźni);

10. studenci SGH i SGGW (kobiety i mężczyźni);
11. dzieci ujawniające zachowania nieżyczliwe wobec kolegów (chłopcy i dziewczynki).

Zestawienie dotychczasowych badań empatii kwestionariuszem KRE Węglińskiego		
Grupa:	N	średnia aryt.
1. studenci pedagogiki specjalnej WSPS	48	72
2. dzieci nie ujawniające zachowań nieżyczliwych wobec kolegów	14	70
3. uczestniczki PRO (kobiety) po ukończeniu PRO	36	70
4. buddystki (kobiety)	33	69
5. buddyści (mężczyźni)	40	67
6. uczestnicy PRO (mężczyźni) po ukończeniu PRO	37	67
7. uczestniczki PRO (kobiety) przy rozpoczęciu PRO	36	66
8. uczestnicy PRO (mężczyźni) przy rozpoczęciu PRO	37	65
9. studenci resocjalizacji WSPS	32	64
10. studenci SGH i SGGW	80	63
11. dzieci ujawniające zachowania nieżyczliwe wobec kolegów	17	57

Wyniki cytowane w tabeli w pozycji 1,9,10, pochodzą z badań Dobrogowskiej (1992, ss. 64-66); w pozycji 4,5, z badań Włodawca (1992, ss.132-133); w pozycji 2,11, z badań Węglińskiego (1984, ss. 116-120).

Zestawienie dotychczasowych badań Kwestionariuszem Rozumienia Empatycznego potwierdza rezultaty otrzymane przy pomocy statystycznych testów istotności - iż zmiana poziomu empatii po ukończeniu PRO wystąpiła przede wszystkim w grupie kobiet. Ponadto, porównując wyniki uczestników PRO do wyników innych grup wydaje się, że uczestnicy PRO zarówno kobiety, jak i mężczyźni przed udziałem w PRO wykazują przeciętny poziom empatii. Po ukończeniu PRO natomiast kobiety wykazują stosunkowo wysoki poziom empatii w porównaniu do innych grup badanych kwestionariuszem Węglińskiego.

Podsumowując, porównanie wyników badania Kwestionariuszem Rozumienia Empatycznego na obu etapach badań daje podstawy do stwierdzenia, że udział w Programie Rozwoju Osobistego zwiększa poziom empatii. Zmiana ta występuje przede wszystkim w grupie kobiet, w której zmniejsza się liczba osób osiągających niskie wyniki, zwiększa zaś liczba osób osiągających wysokie wyniki. Zmiana ta jest zgodna z oczekiwaniami co do efektów PRO. Natomiast w grupie mężczyzn zmiany nie okazały się statystycznie istotne.

Interpretując uzyskane rezultaty zgodnie z koncepcją Węglińskiego, należy sądzić, że po ukończeniu PRO jego uczestniczki posiadają większą zdolność do szukania bliskości z innymi ludźmi poprzez współdzwężenie emocjonalne, sympatyzowanie z innymi w zakresie przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwość na innych ludzi, wczuwanie się w ich stany i przeżycia, gotowość do poświęcenia się dla innych. Są bardziej skłonne do zachowań prospołecznych, altruizmu, życzliwości, opieki, zaś mniej skłonne do zachowań o charakterze agresywnym i egoistycznym.

## Lęk jako cecha osobowości

Poziom lęku mierzony był w obydwu etapach badań za pomocą skali X-2 Kwestionariusza Spielberga, mierzącej lęk jako cechę. Wbrew oczekiwaniom, po

zakończeniu PRO nie zaszły istotne statystycznie zmiany jeśli chodzi o poziom lęku, ani w grupie kobiet, ani w grupie mężczyzn, ani w całej badanej grupie. Wprawdzie w każdej z tych grup średnie wyniki w skali X-2 po zakończeniu PRO były nieco niższe niż w chwili rozpoczynania PRO, lecz różnice te nie osiągały wymaganego poziomu istotności statystycznej (dla całej grupy  $p=0,0982$ ). Uzyskane wyniki prezentuje poniższa tabela:

Poziom lęku jako cechy uczestników PRO					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	42,86	6,21	41,33	6,85	n.i.
Mężczyźni (N=37)	40,89	8,30	39,78	6,30	n.i.
Razem (N=73)	41,86	7,36	40,55	6,58	n.i.

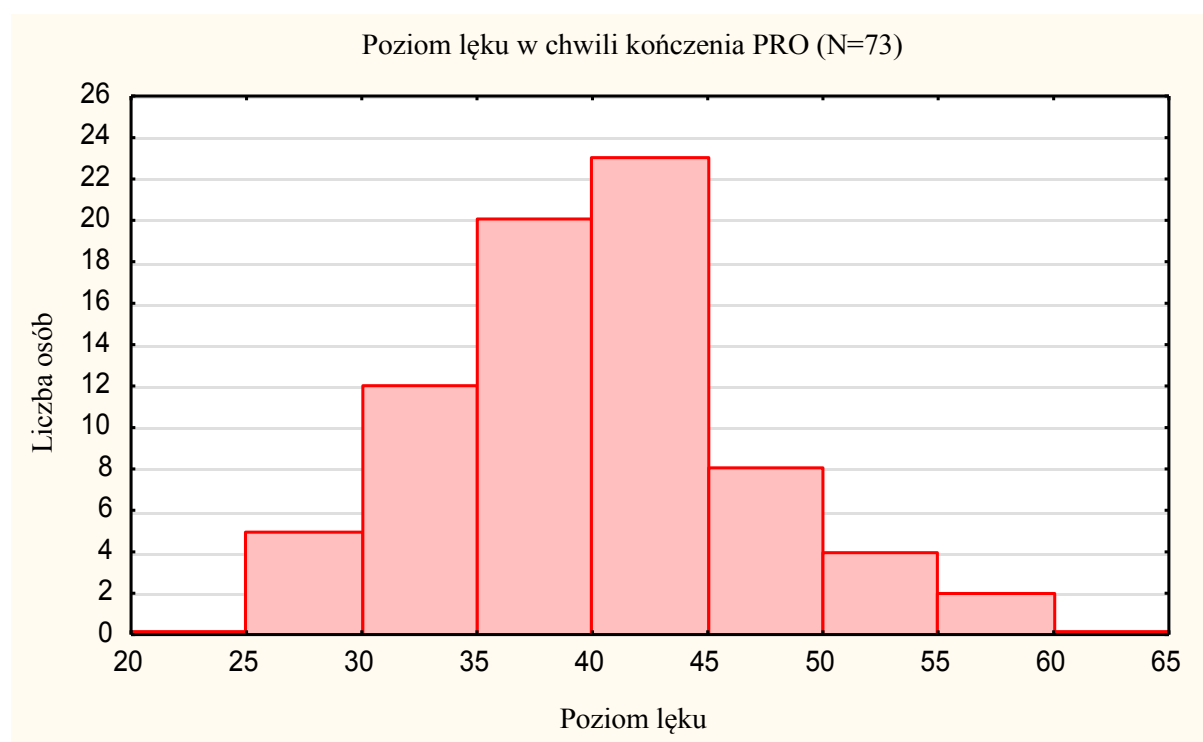
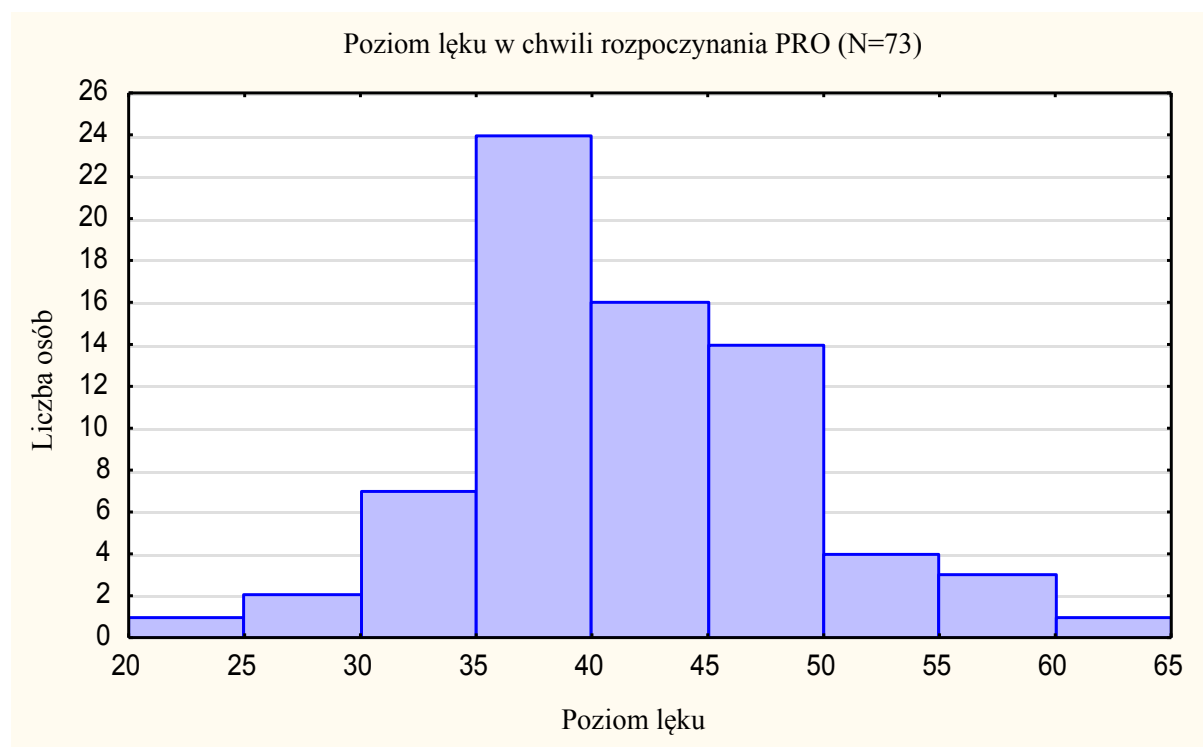
Poniżej zestawiono uszeregowane w kolejności od najniższego poziomu lęku do najwyższego wyniki dotychczasowych badań skalą X-2 kwestionariusza Spielberga. Dane zawarte w tabeli pochodzą z badań Tysarczyk (poz. 3, 5, 12, 14, 15), Rudzik (poz. 2, 13), Wrześniewskiego (poz. 8, 9, 11), Golińskiej (poz. 16, 17) oraz Wasilewskiego (poz. 1) (cyt. za: Wrześniewski, Sosnowski 1987, s. 15).

Zestawienie dotychczasowych badań lęku jako cechy skalą X-2 kwestionariusza Spielberga				
Lp.	Badane grupy	N	średnia arytm.	odchyl. stand.
1.	sportowcy wyczynowi	98	37,96	7,22
2.	studenci medycyny	151	38,85	10,26
3.	uczniowie w wieku 16-17 lat	392	38,96	7,49
4.	uczestnicy PRO po PRO	37	39,78	6,30
5.	uczniowie w wieku 18-19 lat	228	40,79	7,99
6.	uczestnicy PRO przed PRO	37	40,89	8,30
7.	uczestniczki PRO po PRO	36	41,33	6,85
8.	chorzy z zawałem serca (mężczyźni pod koniec rehabilitacji sanatoryjnej)	281	42,42	8,31
9.	chorzy z zawałem serca (mężczyźni przed rehabilitacją sanatoryjną)	281	42,67	7,55
10.	uczestniczki PRO przed PRO	36	42,86	6,21
11.	pacjenci z chorobą reumatyczną (mężczyźni)	68	43,47	8,89
12.	uczennice w wieku 16-17 lat	227	45,18	8,83
13.	studentki medycyny	272	45,63	9,78
14.	uczennice w wieku 18-19 lat	331	47,86	8,13
15.	więźniowie (mężczyźni)	132	52,82	8,58
16.	neurotycy	95	55,28	9,24
17.	neurotyczki	92	60,71	6,92

Zestawienie powyższe wykazuje że uczestnicy PRO przejawiali stosunkowo niski poziom lęku już w chwili rozpoczynania PRO, w porównaniu do innych grup badanych.



**Porównanie rozkładu wyników uczestników PRO w skali X-2, w chwili rozpoczynania Programu i po jego zakończeniu**



Zwraca uwagę, że w chwili kończenia PRO zmniejsza się nieco liczba osób, osiągających wysokie i bardzo wysokie wyniki (45-65 pkt.) w skali X-2, mierzącej lęk jako cechę, zwiększa się natomiast liczba osób osiągających niskie wyniki (25-35 pkt.). O ile w chwili rozpoczynania PRO wyniki poniżej 35 pkt. osiągało 10 osób, to w chwili kończenia

PRO takie wyniki osiąga 17 osób. Jeśli chodzi zaś o wysokie wyniki, to w chwili rozpoczynania PRO wyniki powyżej 45 pkt. osiągały 22 osoby, zaś w chwili kończenia PRO tylko 14 osób. Interesujące jest także, że w chwili kończenia PRO nie ma osób osiągających skrajne wyniki (poniżej 25 pkt. i powyżej 60 pkt.). Jednakże różnice między rozkładami wyników w obu pomiarach, szacowane testem Chi-kwadrat Pearsona, były statystycznie nieistotne.

## Nasilenie objawów psychopatologicznych

Poniższe zestawienie prezentuje nasilenie objawów psychopatologicznych w chwili rozpoczynania i w chwili kończenia PRO, mierzone poszczególnymi skalami kwestionariusza SCL-90. W kolumnie „Poziom istotności różnicy” oznaczono gwiazdką te skale, w których zastosowano test Wilcoxon do oszacowania istotności statystycznej różnic. W pozostałych skalach zastosowano test t- Studenta.

Somatyzacje					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	0,83	0,47	0,77	0,55	n.i.
Mężczyźni (N=37)	0,78	0,65	0,77	0,70	n.i.
Razem (N=73)	0,81	0,56	0,77	0,62	n.i.*

Natręstwa					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	1,10	0,52	0,98	0,57	n.i.*
Mężczyźni (N=37)	1,27	0,75	1,12	0,70	n.i.
Razem (N=73)	<b>1,18</b>	0,65	<b>1,05</b>	0,64	<b>0,0209</b>

Nadwrażliwość interpersonalna					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	<b>1,15</b>	0,68	<b>0,95</b>	0,48	<b>0,0176*</b>
Mężczyźni (N=37)	<b>1,08</b>	0,71	<b>0,88</b>	0,61	<b>0,0415</b>
Razem (N=73)	<b>1,12</b>	0,69	<b>0,91</b>	0,55	<b>0,0026</b>

Depresja					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	1,08	0,55	0,91	0,47	n.i.
Mężczyźni (N=37)	0,84	0,60	0,86	0,54	n.i.
Razem (N=73)	0,96	0,58	0,88	0,50	n.i.

Lęk					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	0,96	0,52	0,84	0,47	n.i.*
Mężczyźni (N=37)	0,97	0,68	0,86	0,58	n.i.
Razem (N=73)	0,97	0,60	0,85	0,53	n.i.

Wrogość					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	0,94	0,52	0,75	0,45	n.i.*
Mężczyźni (N=37)	0,95	0,71	0,75	0,55	n.i.*
Razem (N=73)	<b>0,94</b>	0,62	<b>0,75</b>	0,50	<b>0,0289*</b>

Fobie					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	0,41	0,47	0,30	0,34	n.i.
Mężczyźni (N=37)	0,49	0,51	0,33	0,37	n.i.*
Razem (N=73)	<b>0,45</b>	0,49	<b>0,31</b>	0,35	<b>0,0383*</b>

Myślenie paranoidalne					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	0,98	0,55	0,84	0,57	n.i.*
Mężczyźni (N=37)	0,97	0,67	0,88	0,66	n.i.
Razem (N=73)	0,97	0,61	0,86	0,61	n.i.*

Psychotyczność					
Grupa	W chwili rozpoczynania PRO		Po zakończeniu PRO		Poziom istotności różnicy
	średnia arytm.	SD	średnia arytm.	SD	
Kobiety (N=36)	<b>0,71</b>	0,54	<b>0,56</b>	0,39	<b>0,464</b>
Mężczyźni (N=37)	0,71	0,63	0,61	0,57	n.i.*
Razem (N=73)	<b>0,71</b>	0,58	<b>0,59</b>	0,48	<b>0,0293</b>

Porównanie nasilenia objawów psychopatologicznych w chwili rozpoczynania PRO i w chwili kończenia PRO wykazuje, że osoby badane w kilku skalach SCL-90 uzyskują istotnie niższe wyniki. Różnice te są statystycznie istotne na poziomie  $p < 0,05$ .

Największe zmiany obserwujemy w skali mierzącej nadwrażliwość interpersonalną. Istotnie niższe wyniki tu osiąga zarówno cała badana grupa, jak i podgrupy mężczyzn i kobiet. Ponadto istotne statystycznie różnice w całej badanej grupie (wymienione w

kolejności od najistotniejszej do najmniej istotnej) obserwujemy w skalach: fobii, wrogości, natręctw i psychotyczności.

Wyniki w pozostałych skalach, mierzących lęk, depresję i somatyzację są wprawdzie nieco niższe po zakończeniu PRO niż w chwili rozpoczęcia PRO, lecz w tych wypadkach różnice między pierwszym a drugim pomiarem danej zmiennej nie osiągają wymaganego poziomu istotności statystycznej.

Rozpatrując osobno dla kobiet i osobno dla mężczyzn różnice między wynikami w chwili rozpoczęcia PRO i w chwili jego zakończenia, stwierdzamy, że więcej różnic występuje w podgrupie kobiet. Kończąc PRO, kobiety uzyskują istotnie niższe wyniki w trzech skalach: nadwrażliwości interpersonalnej, wrogości i psychotyczności, w porównaniu do wyników jakie uzyskały w chwili rozpoczęcia PRO. Natomiast mężczyźni kończąc PRO uzyskują istotnie niższe wyniki tylko w skali nadwrażliwości interpersonalnej. Mogłoby to oznaczać, że kobiety więcej niż mężczyźni korzystają z udziału w Programie. Jednakże hipoteza, iż kobiety więcej korzystają z udziału w PRO niż mężczyźni, nie jest dostatecznie udokumentowana. Za pomocą testu t-Studenta sprawdzono istotność statystyczną różnicy między podgrupami mężczyzn i kobiet dla obliczonych uprzednio wszystkich zmian po PRO (różnic pomiędzy drugim a pierwszym pomiarem badanych zmiennych):

Porównanie zmian po ukończeniu PRO (różnic pomiędzy drugim a pierwszym pomiarem) Oszacowanie istotności statystycznej różnicy między zmianami w grupie kobiet i mężczyzn			
Zmiany po PRO (różnice między drugim a pierwszym pomiarem):	Średnia męska	Średnia żeńska	poziom istotności
zmiany w skali kłamstwa kw. Delta	-0,35	-0,46	n.i.
zmiany w skali poczucia kontroli kw. Delta	-0,30	-0,41	n.i.
zmiany w skali empatii KRE	+2,54	+3,61	n.i.
zmiany w skali X-2 (lęku jako cechy)	-1,11	-1,53	n.i.
zmiany w skali somatyzacji SCL-90	-0,02	-0,06	n.i.
zmiany w skali natręctw SCL-90	-0,15	-0,12	n.i.
zmiany w skali nadwrażliwości interpersonalnej	-0,21	-0,21	n.i.
zmiany w skali depresji SCL-90	+0,01	-0,16	n.i.
zmiany w skali lęku SCL-90	-0,11	-0,12	n.i.
zmiany w skali wrogości SCL-90	-0,20	-0,19	n.i.
zmiany w skali fobii SCL-90	-0,15	-0,12	n.i.
zmiany w skali myślenia paranoidalnego SCL-90	-0,09	-0,14	n.i.
zmiany w skali psychotyczności SCL-90	-0,10	-0,15	n.i.

Jak widać w powyższej tabeli, w zdecydowanej większości skal zmiany w grupie kobiet po zakończeniu PRO były nieznacznie większe niż zmiany w grupie mężczyzn. Jednakże różnice między zmianami w grupie kobiet i grupie mężczyzn nie osiągnęły w żadnej skali wymaganego poziomu istotności statystycznej.

Porównano wyniki uzyskane przez uczestników PRO z wynikami innych grup badanych tym samym kwestionariuszem. Poniżej zestawiono wyniki badań prowadzonych dotychczas przez Instytut Psychologii Zdrowia przy użyciu kwestionariusza SCL-90, uszeregowane w kolejności od najniższego do najwyższego poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych w badanej grupie:

1. terapeuci z placówek odwykowych (kobiety i mężczyźni)(Golińska b.r.w., s.12);
2. uczestniczki PRO - kobiety, po zakończeniu PRO;
3. uczestnicy PRO - mężczyźni, po zakończeniu PRO;

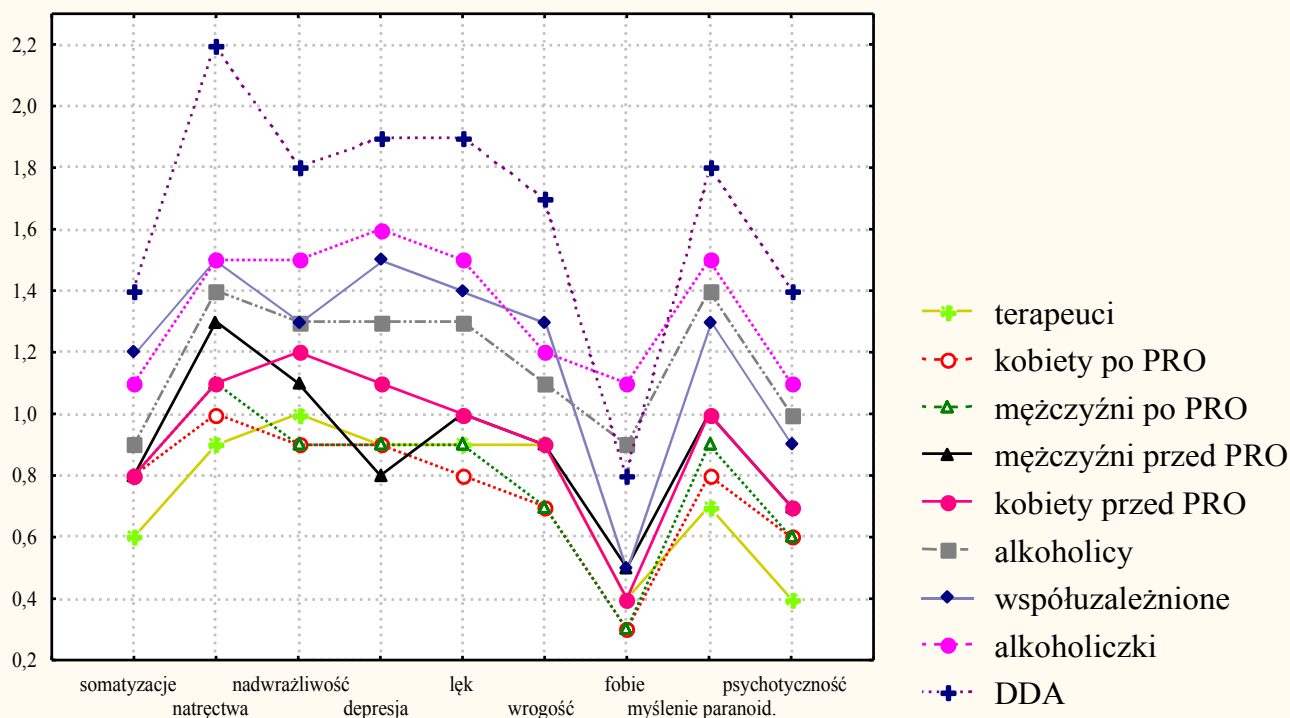
4. uczestnicy PRO - mężczyźni, w chwili rozpoczynania PRO;
5. uczestniczki PRO - kobiety, w chwili rozpoczynania PRO;
6. alkoholicy (mężczyźni) przed terapią (Monitorowanie... 1996, s.15);
7. współzależnione kobiety w różnych fazach terapii (Charakterystyka... 1997, s.22);
8. alkoholiczki (kobiety) przed terapią (Monitorowanie... 1996, s.15);
9. dorosłe dzieci alkoholików (kobiety i mężczyźni) przed terapią (Golińska b.r.w. s.12);

Zestawienie dotychczasowych badań IPZ z zastosowaniem SCL-90 średnie arytmetyczne w badanych grupach									
Skale SCL-90	Grupy								
	terapeuci	kobiety po PRO	mężczyźni po PRO	mężczyźni przed PRO	kobiety przed PRO	alkoholicy - mężczyźni	kobiety współzależ- nione	alkoholicz- ki (kobiety)	DDA
somatyzacja	0,6	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,2	1,1	1,4
natręctwa	0,9	1,0	1,1	1,3	1,1	1,4	1,5	1,5	2,2
nadwrażliwość interpersonalna	1,0	0,9	0,9	1,1	1,2	1,3	1,3	1,5	1,8
depresja	0,9	0,9	0,9	0,8	1,1	1,3	1,5	1,6	1,9
lęk	0,9	0,8	0,9	1,0	1,0	1,3	1,4	1,5	1,9
wrogość	0,9	0,7	0,7	0,9	0,9	1,1	1,3	1,2	1,7
fobie	0,4	0,3	0,3	0,5	0,4	0,9	0,5	1,1	0,8
myślenie paranoidalne	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0	1,4	1,3	1,5	1,8
psychotyczność	0,4	0,6	0,6	0,7	0,7	1,0	0,9	1,1	1,4

Na podstawie powyższego zestawienia można uznać, że uczestnicy PRO wykazują stosunkowo niskie nasilenie objawów psychopatologicznych już przed rozpoczęciem PRO. Mimo to po zakończeniu Programu nasilenie objawów psychopatologicznych istotnie się u nich zmniejsza - do poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych u terapeutów. Wydaje się nawet, że w skali wrogości uzyskują nieco niższe wyniki.

Porównanie profili wyników poszczególnych grup badanych dotychczas kwestionariuszem SCL-90 umożliwia poniższy wykres:

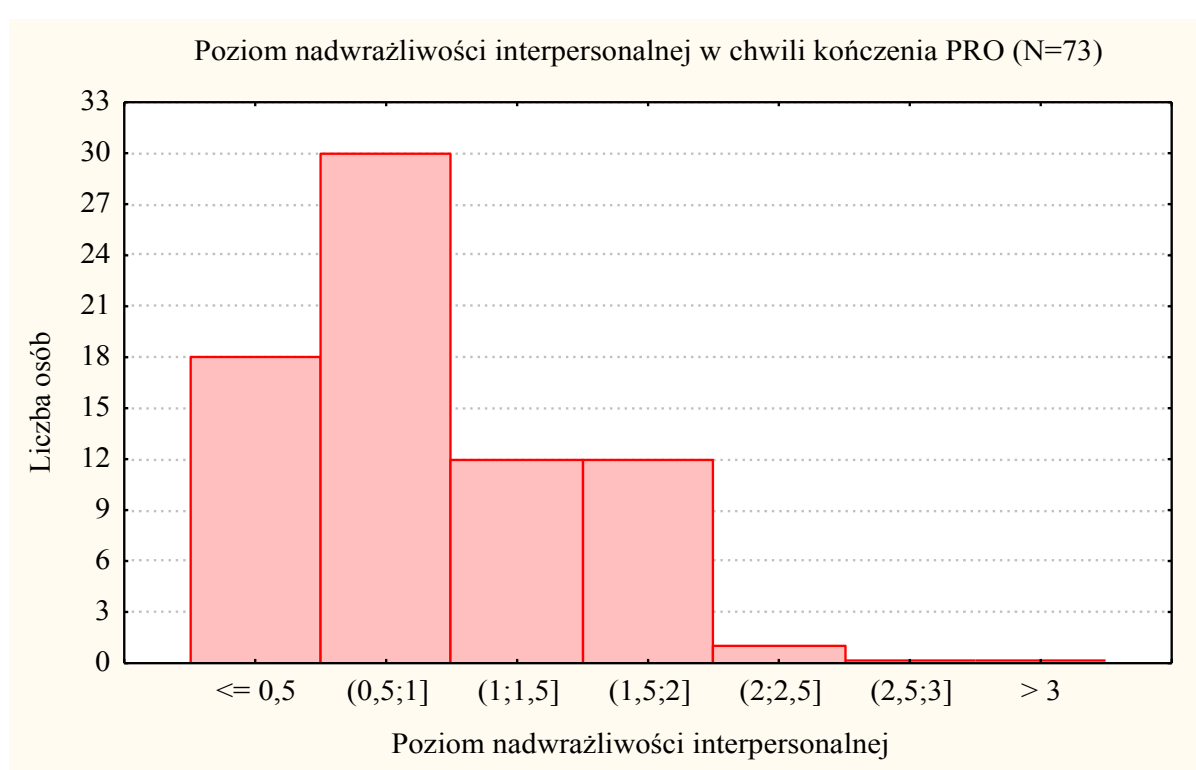
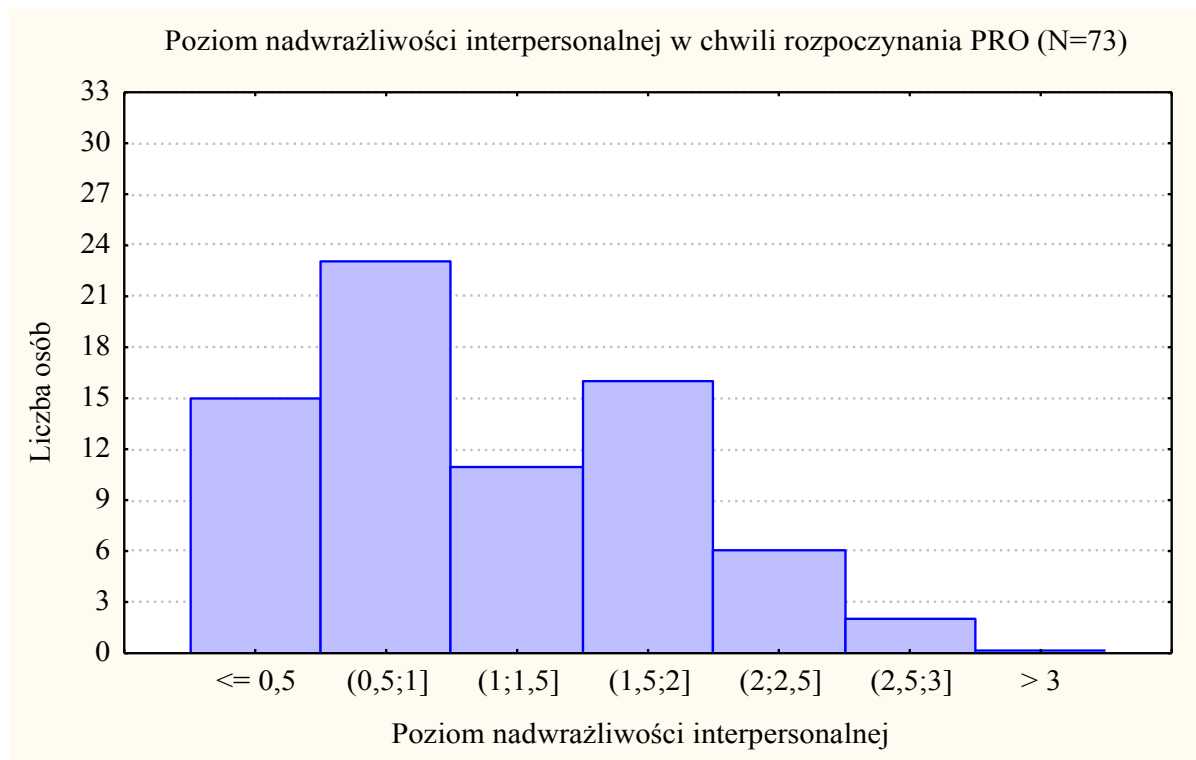
Profile wyników grup badanych dotychczas kwestionariuszem SCL-90



Podsumowując, porównanie wyników badań uczestników PRO przed rozpoczęciem i po zakończeniu Programu kwestionariuszem SCL-90 daje podstawy do wniosku, że uczestnictwo w Programie Rozwoju Osobistego ma wpływ na zmniejszenie nasilenia objawów psychopatologicznych, takich jak: nadwrażliwość interpersonalna, fobie, wrogość, natręctwa, psychotyczność. Oznacza to, że uczestnicy PRO po jego ukończeniu w istotnie mniejszym stopniu mają poczucie nieadekwatności interpersonalnej, niższości, gdy porównują się z innymi osobami. Zwiększa się ich poczucie własnej wartości, zmniejsza zaś tendencja do autodeprecjacji. W mniejszym stopniu przeżywają znaczący dyskomfort i niepokój w relacjach interpersonalnych. Wykazują niższe niż w chwili rozpoczynania PRO poczucie wyczulonej samoświadomości i zmniejszają się ich negatywne oczekiwania wobec kontaktów z ludźmi. W istotnie mniejszym stopniu przeżywają epizody agorafobii, lęków związanych z podróżowaniem, otwartymi przestrzeniami, tłumem, kontaktami z ludźmi, czy miejscami publicznymi i pojazdami. Rzadziej przeżywają uczucia rozdrażnienia, irytacji oraz zmniejsza się w nich tendencja do częstych i niekontrolowanych wybuchów złości czy impulsywnego niszczenia przedmiotów. Rzadziej przejawiają zachowania charakterystyczne dla klinicznego zespołu natręctw: myśli, impulsy i działania, których jednostka doświadcza jako nie do powstrzymania i nieodpartych, choć niechcianych i nie swoich, czy też zachowania identyfikowane jako ogólniejsze zaburzenia poznawcze (np. pustka w głowie, ciągle powracanie do wspomnień problemów, kłopotów). W istotnie mniejszym stopniu przejawiają tendencję do zachowań psychotycznych, jak i charakterystycznych dla rzekomego procesu psychotycznego.

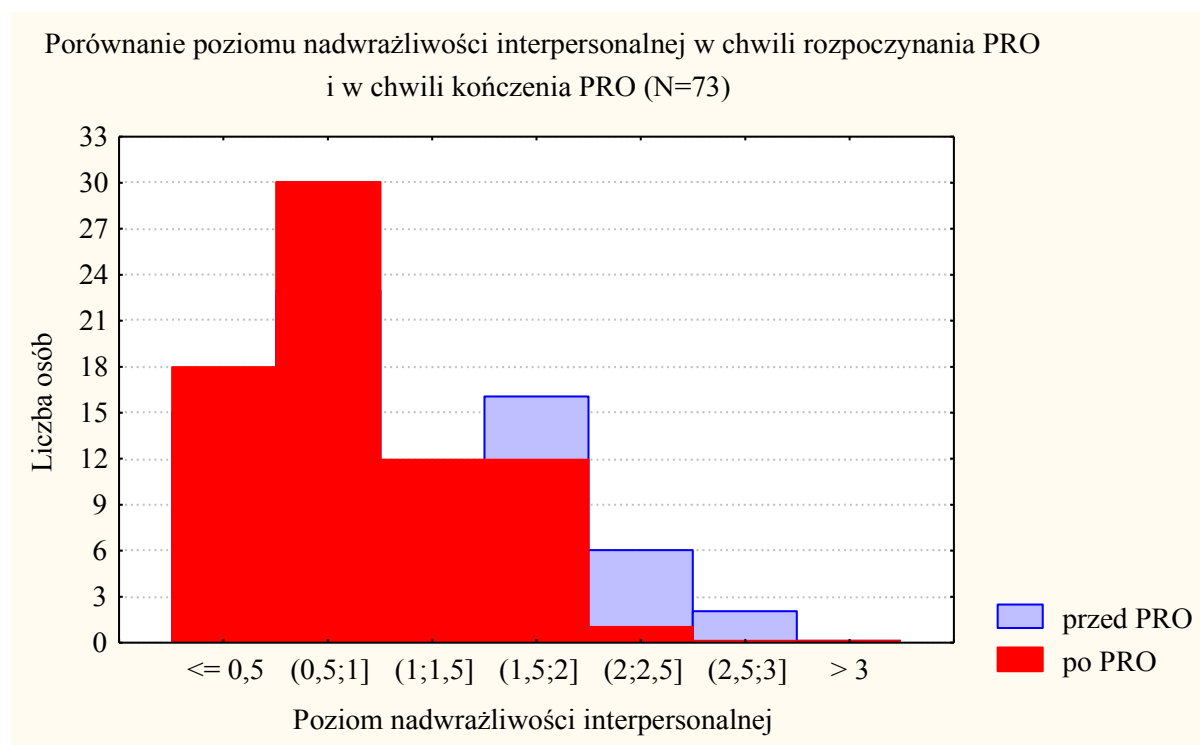
Sprawdzono rozkłady wyników w poszczególnych skalach SCL-90. Ze względu na fakt, że rozkłady te wyglądają bardzo podobnie, poniżej prezentowane są jedynie rozkłady wyników w dwóch skalach SCL-90: w skali nadwrażliwości interpersonalnej, w której zarejestrowano największe zmiany po zakończeniu PRO, oraz w skali somatyzacji, w której nie zarejestrowano istotnych zmian.

## Nadwrażliwość interpersonalna



Porównanie wyników całej badanej grupy 73 uczestników PRO wykazuje, że zmniejszyła się liczba osób osiągających stosunkowo wysokie wyniki, zwiększyła się

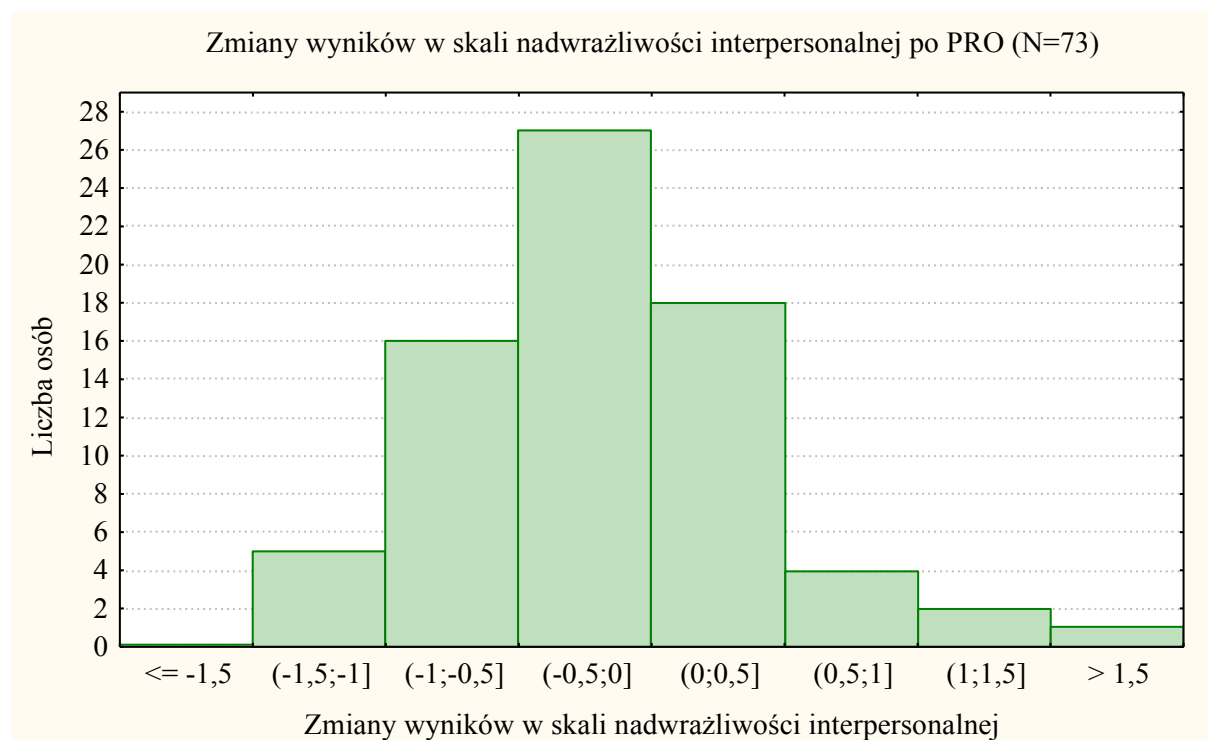
natomiast liczba osób osiągających stosunkowo niskie wyniki w skali nadwrażliwości interpersonalnej.



Przed rozpoczęciem PRO bardzo niskie wyniki (tj. mieszczące się w granicach od 0 do 0,5 pkt.) uzyskiwało 15 osób, a po zakończeniu PRO osób takich było 18. Podobnie przed rozpoczęciem PRO niskie wyniki (mieszczące się w granicach od 0,5 do 1 pkt.) uzyskiwały 23 osoby, zaś po zakończeniu PRO osób takich było aż 30. Z kolei przed rozpoczęciem PRO 8 osób osiągało stosunkowo wysokie wyniki (6 osób w granicach 2-2,5 pkt. i 2 osoby w granicach 2,5 -3 pkt.), zaś po zakończeniu PRO została tylko jedna osoba z takim wynikiem (między 2 a 2,5 pkt.).

Jednakże zmniejszenie się liczby osób osiągających wysokie wyniki oraz zwiększenie się liczby osób osiągających niskie wyniki nie oznacza, że zmiany takie dotyczyły wszystkich uczestników. Części uczestników uzyskuje wyższe wyniki w skali nadwrażliwości interpersonalnej. Nie sposób jednak stwierdzić, na ile różnice między pierwszym a drugim pomiarem, obliczone dla każdego uczestnika PRO osobno, są efektem udziału w PRO, a na ile mieszczą się w granicach standardowego błędu pomiaru. Stąd poniższy wykres należy traktować z dużą ostrożnością.



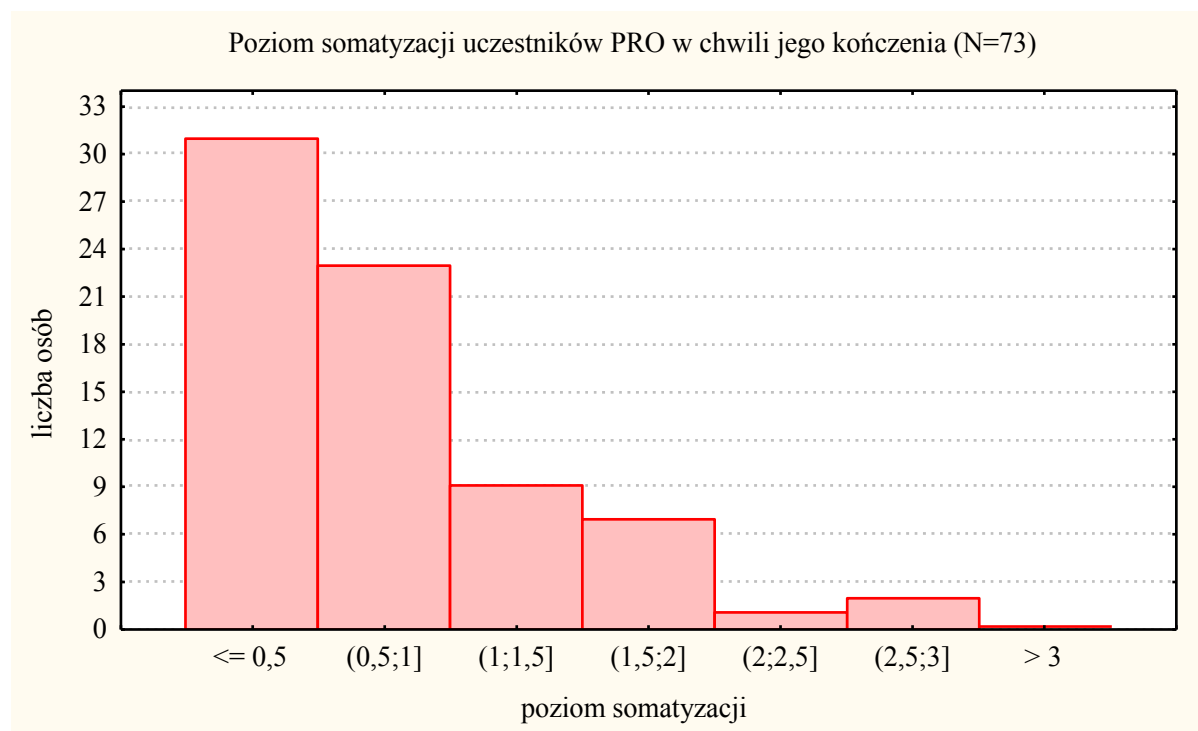
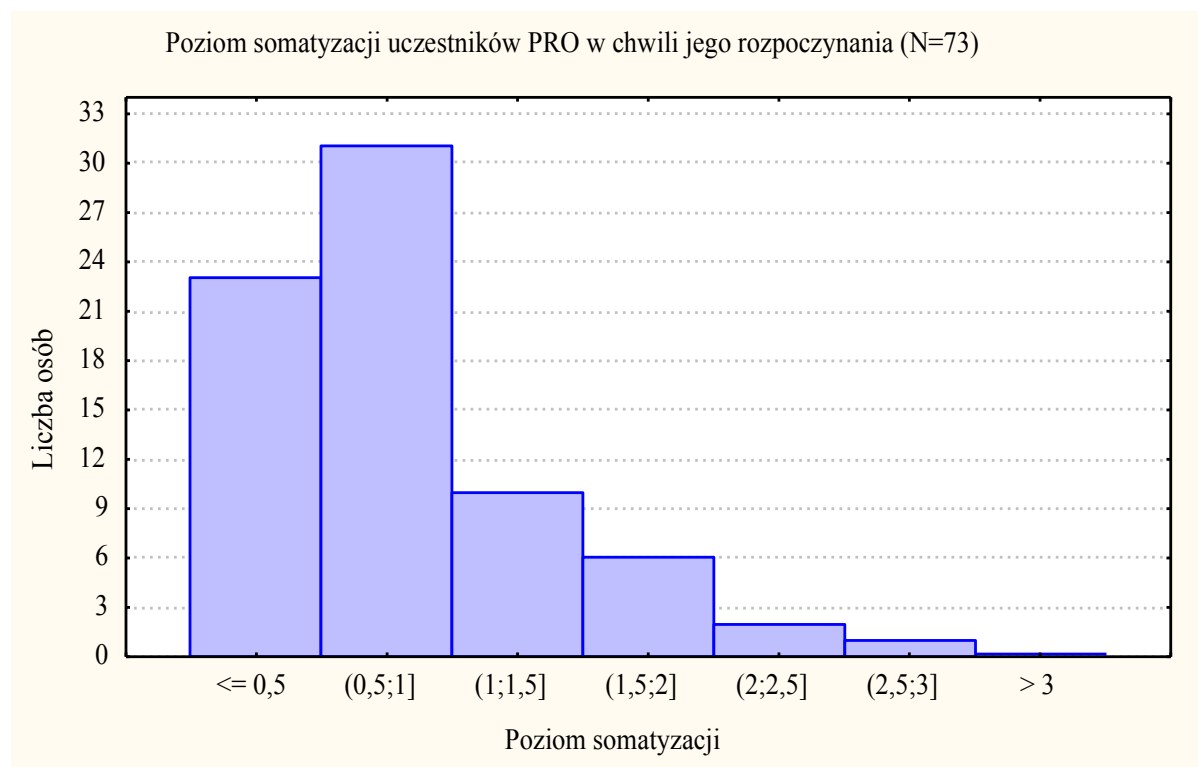


Zmiany poziomu nadwrażliwości interpersonalnej po ukończeniu PRO								
zmiana po PRO	w oczekiwanym kierunku				w niepożądanym kierunku			
	poniżej -1,5	od -1,5 do -1	od -1 do -0,5	od -0,5 do 0	od 0 do 0,5	od 0,5 do 1	od 1 do 1,5	powyżej 1,5
liczba osób	0	5	16	27	18	4	2	1
odsetek osób	0%	7%	22%	37%	25%	5%	3%	1%

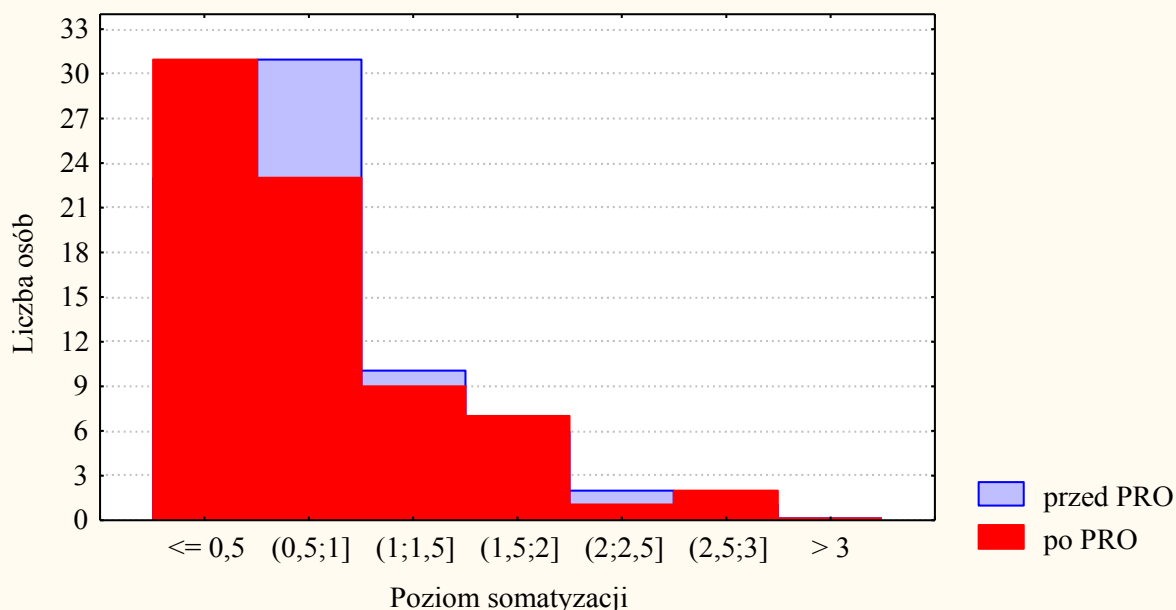
Jak już wcześniej wspomniano, powyższe zestawienie należy interpretować z dużą ostrożnością. O ile możemy w sposób miarodajny porównywać wyniki dużych grup badanych osób, to jednak porównywanie wyników przed rozpoczęciem PRO i po jego ukończeniu osobno dla każdego uczestnika ma istotne ograniczenia. Ponieważ nie jest znany standardowy błąd pomiaru skali nadwrażliwości interpersonalnej kwestionariusza SCL-90, nie wiadomo, jak duża powinna być różnica między pierwszym a drugim pomiarem, by można było w sposób miarodajny (tj. z prawdopodobieństwem 0,95) stwierdzić, że dana osoba ma niższy lub wyższy poziom nadwrażliwości interpersonalnej po ukończeniu PRO.

## Somatyzacje

Poniżej zestawiono wyniki uczestników PRO w skali somatyzacji kwestionariusza SCL-90. W skali tej zaszły najmniejsze zmiany spośród wszystkich skal SCL-90.

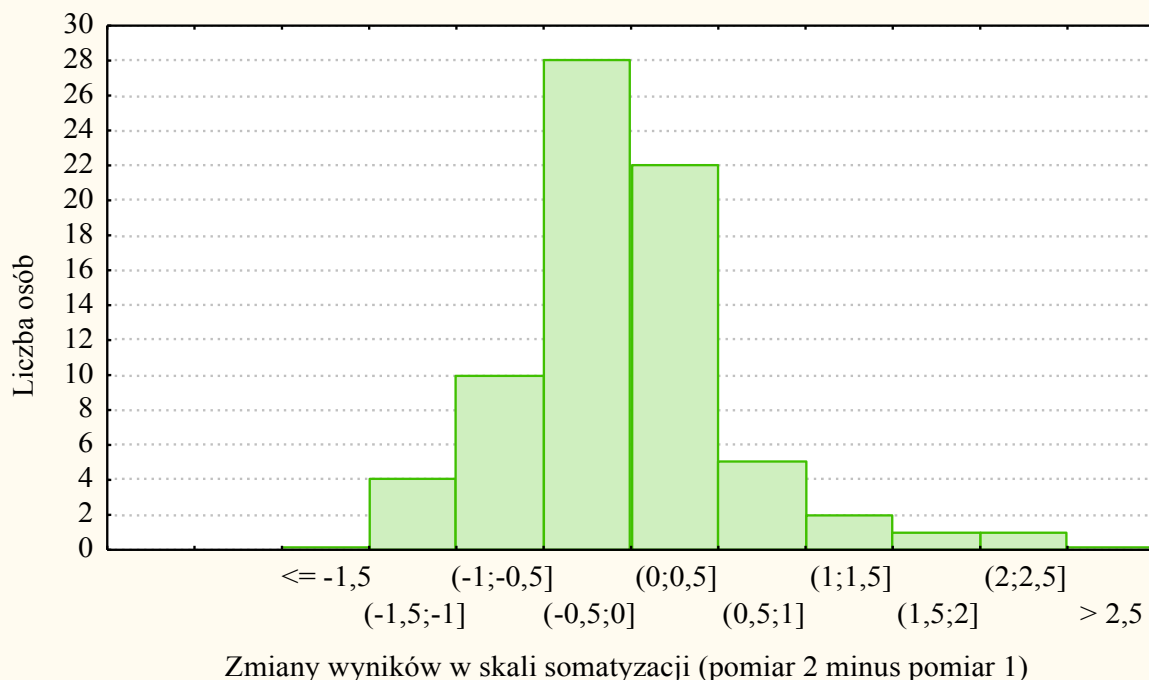


Porównanie poziomu somatyzacji uczestników PRO w chwili rozpoczynania Programu i po jego zakończeniu (N=73)



Powyższe porównanie wykazuje, że nieznacznie zwiększyła się liczba osób, deklarujących brak lub minimalne nasilenie objawów somatycznych (uzyskujących 0-0,5 punkta w skali somatyzacji). W chwili rozpoczynania PRO osób takich było 23, zaś po jego zakończeniu osób takich było już 31. Jednakże zmiana ta okazała się statystycznie nieistotna.

Zmiany wyników w skali somatyzacji SCL-90 po ukończeniu PRO (N=73)



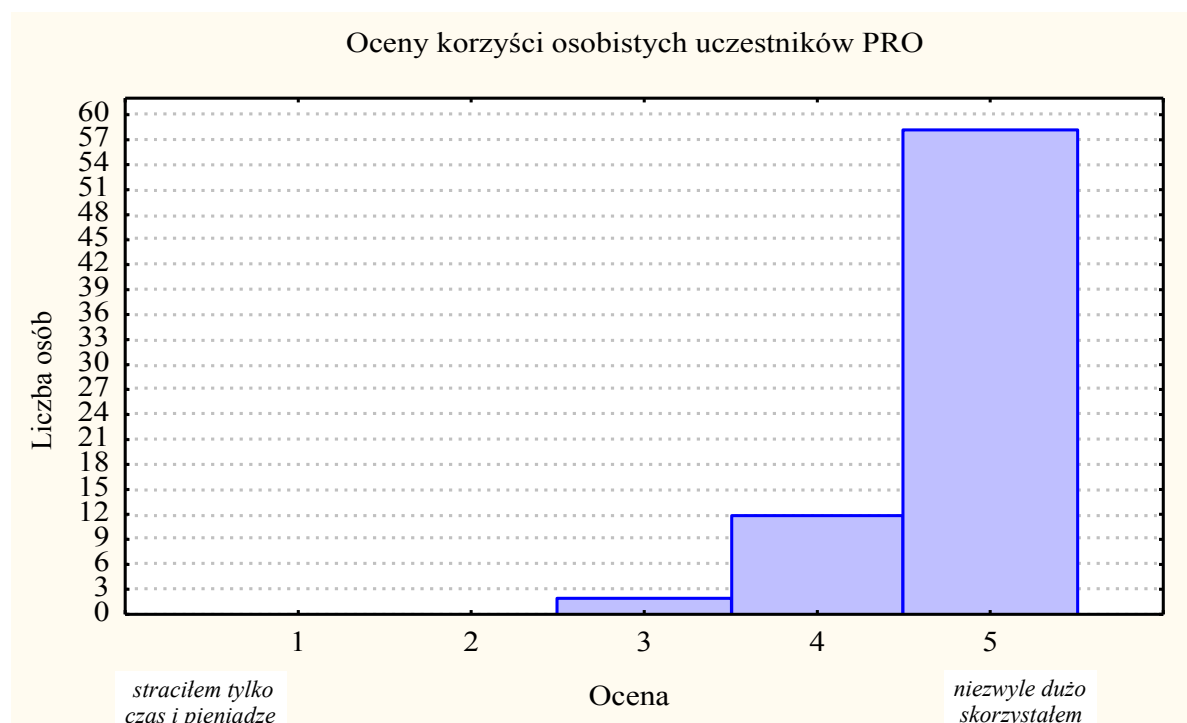
Powyższy wykres obrazuje zmiany wyników w skali somatyzacji SCL-90 po ukończeniu PRO, w porównaniu do wyników tych samych osób w chwili rozpoczynania

PRO. Jak już wspomniano wyżej, porównania tego typu należy traktować z dużą ostrożnością, ponieważ nie znamy standardowego błędu pomiaru skali somatyzacji. Nie wiemy zatem, jak duża powinna być różnica między drugim a pierwszym pomiarem poziomu somatyzacji danej osoby, by można było z prawdopodobieństwem 0,95 uznać tę różnicę za efekt jakiegoś oddziaływania psychologicznego, a nie za błąd pomiaru. Nie można wykluczyć, że wszystkie lub prawie wszystkie zmiany mieszczą się w granicach błędu pomiaru. O ile za miarodajne można uznać porównywanie średnich wyników badanych grup, to porównywanie wyników pojedynczych osób ma poważne ograniczenia.

Pamiętając o tym ograniczeniu możemy zauważyć, że 42 osoby (58%) po ukończeniu PRO uzyskuje w skali somatyzacji taki sam lub niższy wynik, w porównaniu do wyników uzyskiwanych przez te osoby w chwili rozpoczynania PRO. Natomiast 31 osób (42%) uzyskuje wyższy wynik.

### Ocena korzyści osobistych uczestników PRO

Uczestnicy PRO oceniali po zakończeniu Programu na skali od 1 do 5, w jakim stopniu odnieśli ewentualne korzyści lub straty z udziału w Programie. Ocena „1” oznaczała „*straciłem tylko czas i pieniądze*”, zaś ocena „5” oznaczała „*niezwykle dużo skorzystałem*”. Poza uzyskaniem jednoznacznej informacji zwrotnej, jak uczestnicy PRO subiektywnie oceniają odniesione korzyści, zamierzano w ten sposób wykryć te osoby, co do których istniałyby uzasadnione przypuszczenia, że nie odniosły żadnych korzyści z udziału w PRO, lecz przeciwnie - ich stan się pogorszył. Osoby takie zamierzano wykryć na podstawie ich subiektywnej, negatywnej oceny ich korzyści osobistych z udziału w PRO, skorelowanej z negatywnymi wynikami badań kwestionariuszowych.



Jak widać na powyższym wykresie, 58 uczestników PRO (79%) oceniło, że niezwykle dużo skorzystało z udziału w PRO, wystawiając ocenę „5”. Z kolei 12 osób (16%) wystawiło

ocenę „4”, zaś 2 osoby (3%) wystawiło ocenę „3”. Żadna osoba nie wystawiła oceny „2” ani „1”. Ponadto 2 osoby (3%) nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Średnia ocen uczestników korzyści osobistych odniesionych z udziału w Programie Rozwoju Osobistego wyniosła 4,77. Uczestnicy PRO w zdecydowanej większości uznają, że niezwykle dużo skorzystali z udziału w Programie. Żadna osoba nie twierdzi, że z powodu udziału w PRO odniosła jakieś straty.

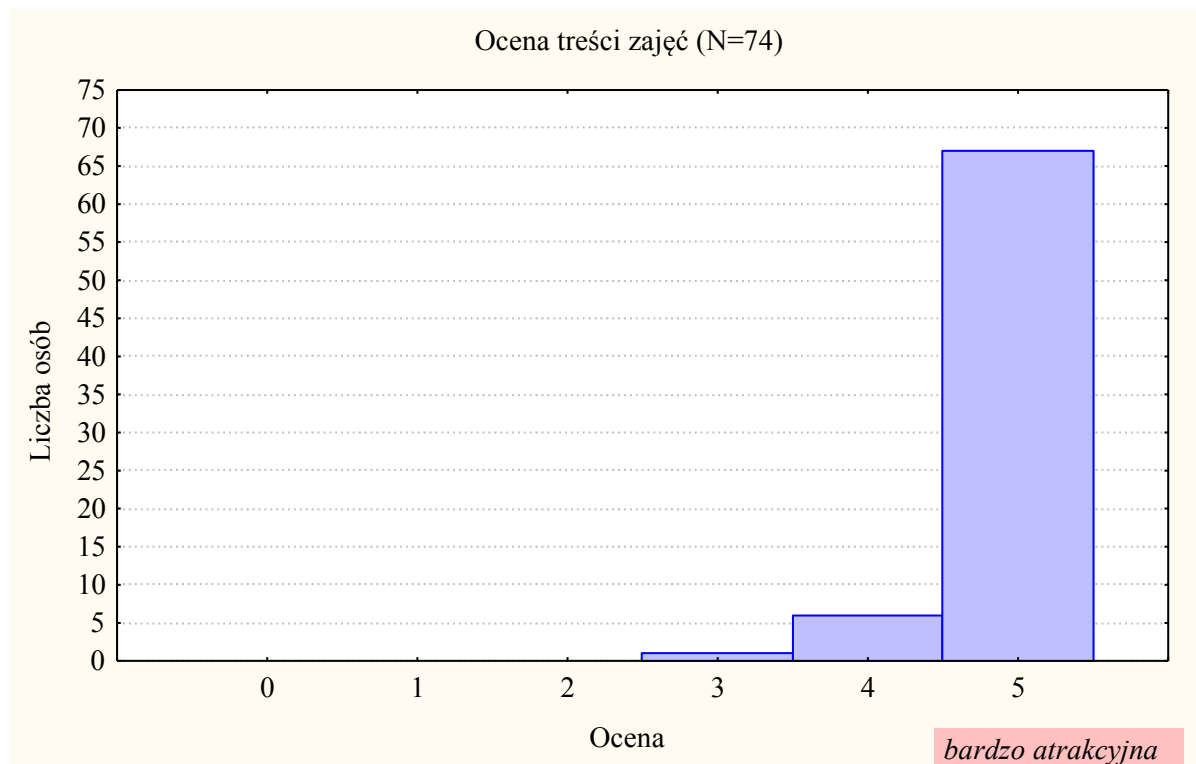
Wbrew oczekiwaniom okazało się, że subiektywna ocena uczestników ich korzyści odniesionych z udziału w PRO nie ma żadnego związku ze zmianami wyników w kwestionariuszach (pomiar 2 minus pomiar 1). Nie wykryto żadnych korelacji między oceną uczestników a zmianami szacowanymi dla każdej z osób przy pomocy kwestionariuszy. Na przykład w przypadku 2 osób, które oceniły odniesione korzyści na „3” okazało się że w zdecydowanej większości skal ich wyniki zmieniły się zgodnie z oczekiwaniami (tj. jak się wydaje, poprawiły się), poza Kwestionariuszem Rozumienia Empatycznego, w którym wyniki tych osób obniżyły się o 6 i 10 punktów.

Może to oznaczać, że uczestnicy PRO nie zauważają u siebie takich korzyści z udziału w PRO, jakie są mierzone przy pomocy kwestionariuszy - zmniejszenia tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, podwyższenia poziomu empatii, zmniejszenia nasilenia objawów psychopatologicznych (takich jak nadwrażliwość interpersonalna, fobie, wrogość, natręctwa, psychotyczność, myślenie paranoidalne), bądź nie biorą ich pod uwagę, ponieważ odnieśli jeszcze inne, znacznie ważniejsze korzyści, które nie były mierzone przez kwestionariusze, a które miały znacznie większy wpływ na ich ocenę.

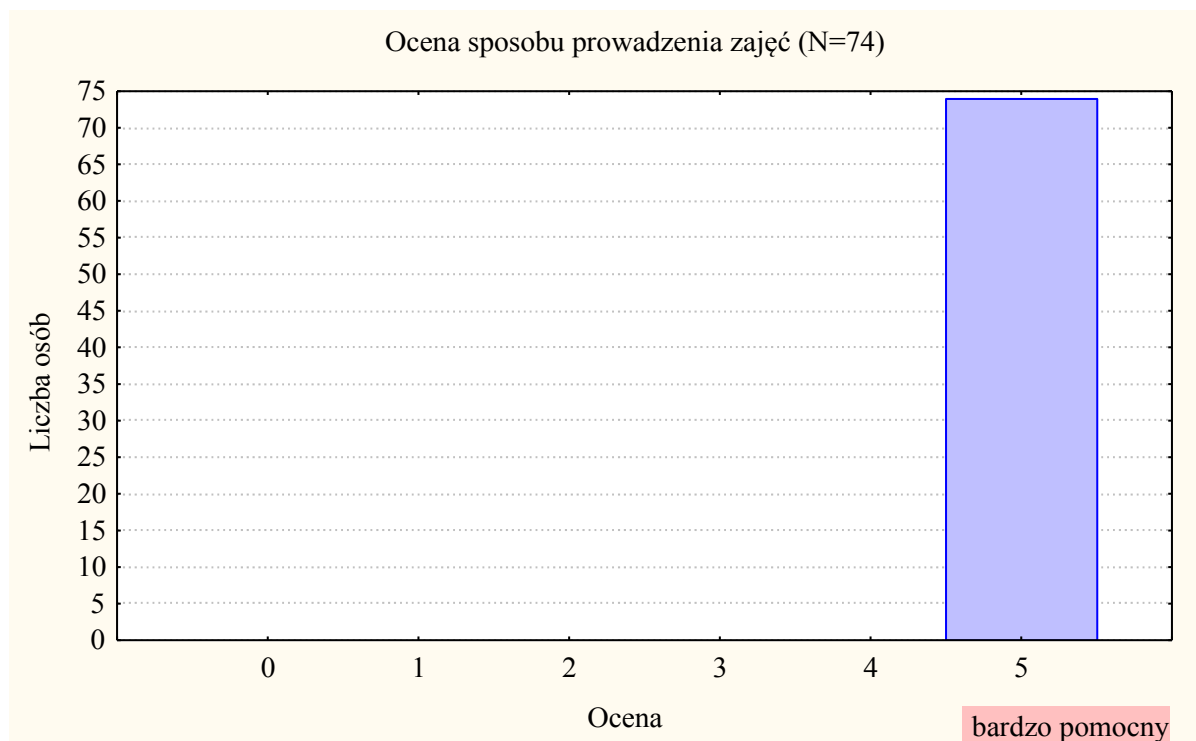
W celu wyjaśnienia braku korelacji między ocenami odniesionych korzyści a wynikami badań kwestionariuszowych, powtarzając badania pół roku po PRO dodano pytanie otwarte o zmiany w życiu spowodowane udziałem w PRO.

## **Anonimowa ocena zajęć PRO**

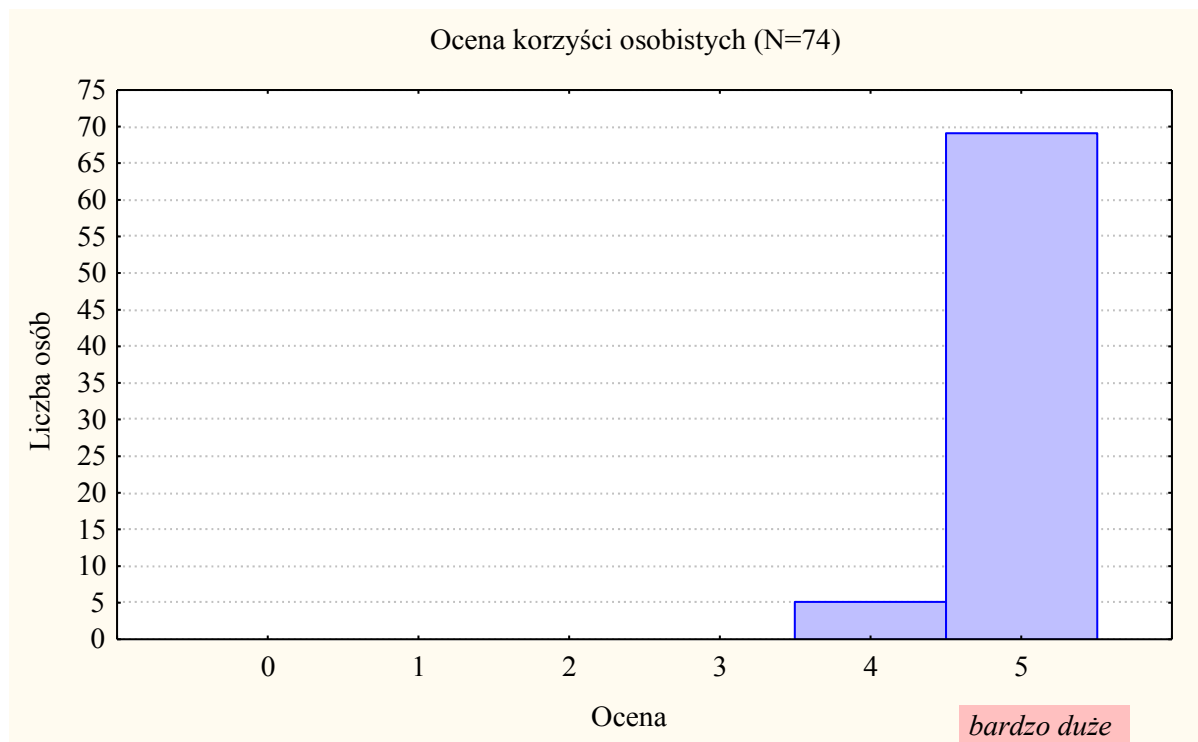
Wspomniana wcześniej ocena korzyści osobistych nie została dokonana w sposób anonimowy, gdyż uniemożliwiłoby to zbadanie korelacji między oceną uczestnika a wynikami badań kwestionariuszowych. Niezależnie od tej oceny, uczestnicy oceniali PRO jeszcze raz w sposób anonimowy, wypełniając po zakończeniu PRO odrębną ankietę *Opinia o zajęciach*. Ankieta ta była tak skonstruowana, że sugerowała wskazanie na pierwszej stronie wskazanie mocnych stron szkolenia, na odwrocie zaś jego mankamentów i niedostatków. Spodziewano się, że w anonimowej ankiecie uczestnicy PRO łatwiej będą wyrażać negatywne oceny i odczucia. Ankietę tą wypełnili wszyscy uczestnicy - 74 osoby. W pierwszej kolejności uczestnicy PRO oceniali na skali od 0 do 5 treść zajęć, sposób ich prowadzenia, odniesione korzyści osobiste i zawodowe, po czym wystawiali ocenę globalną. Cyfra „5” oznaczało bardzo wysoką ocenę. W drugiej części ankiety uczestnicy odpowiadali na pytania otwarte dotyczące szczególnie cennych elementów, jak i mankamentów Programu.



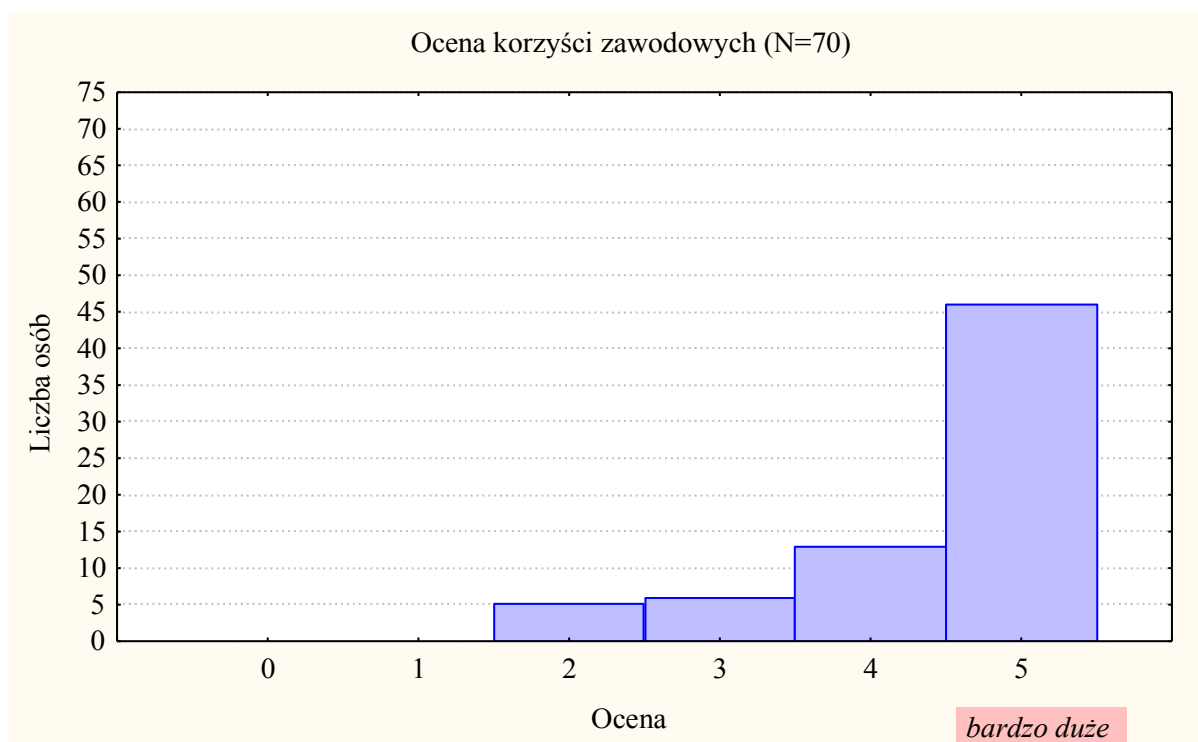
Uczestnicy PRO ocenili treść zajęć Programu jako bardzo atrakcyjną. Średnia ocen wystawionych przez uczestników wyniosła 4,89.



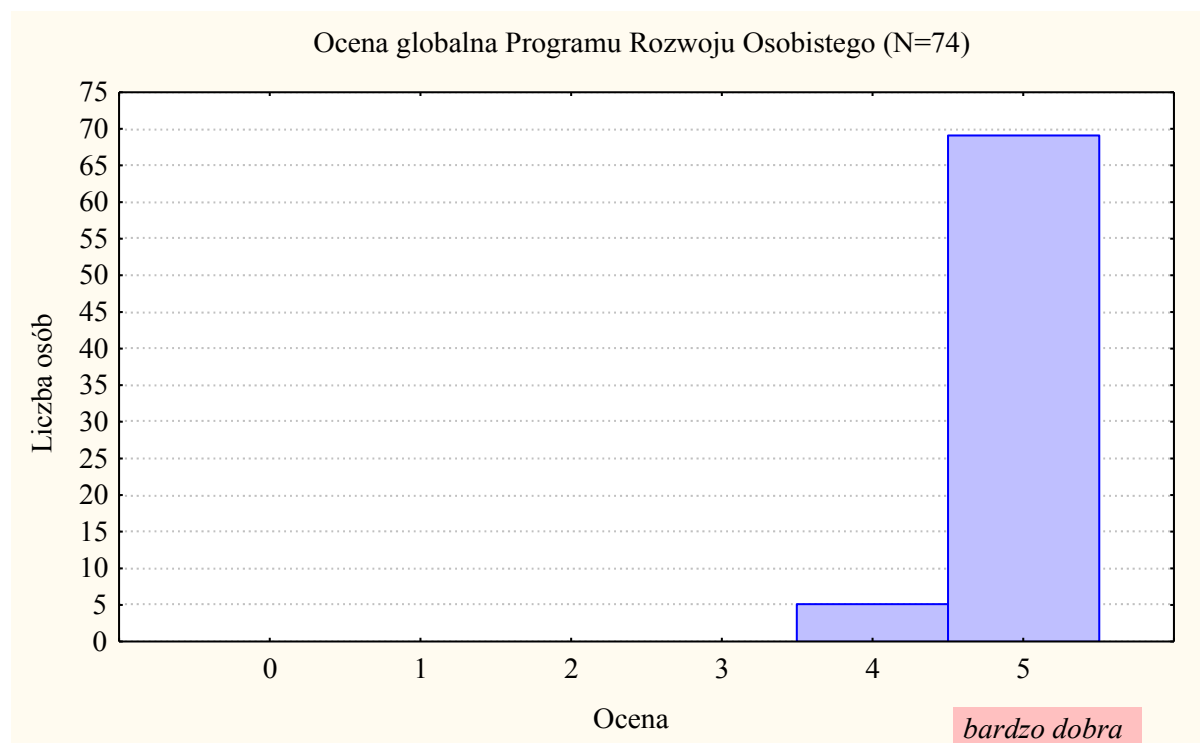
Najwyżej, jako bardzo pomocny, uczestnicy PRO ocenili sposób prowadzenia zajęć wystawiając jedomyślnie najwyższą ocenę. Stąd średnia ocen wyniosła aż 5,00.



Uczestnicy ocenili, że odnieśli bardzo duże korzyści osobiste z udziału w PRO. Średnia ocen wyniosła 4,93. Co zaskakujące, oceny korzyści osobistych wyrażone w sposób anonimowy są nawet nieco wyższe, niż wcześniej wystawione oceny korzyści osobistych, pod którymi uczestnicy PRO podpisali się.



Nieco niżej uczestnicy PRO ocenili korzyści zawodowe, jakie odnieśli z udziału w PRO. Powyższy histogram obrazuje odpowiedzi 70 osób. Cztery osoby uchyliły się w tym miejscu od odpowiedzi. Średnia ocen wyniosła 4,42.



Uczestnicy wystawili bardzo dobrą ocenę globalną PRO - średnia ocen wyniosła 4,94.

### Szczególne cenne treści bądź elementy zajęć

Dalsza część anonimowej ankiety *Opinia o zajęciach* zawierała pytania otwarte. Uczestnicy odpowiadali na pytania: *Jakie elementy lub treści zajęć były dla Ciebie szczególnie cenne?*; *Czego Ci zabrakło w zajęciach?* i *Co Ci się nie podobało lub przeszkadzało w korzystaniu z zajęć?* Ostatnia rubryka zatytułowana była *Inne uwagi*.

- Najwięcej - 12 osób - jako szczególnie cenne treści lub elementy zajęć wymieniło pracę w grupie, zajęcia (ćwiczenia) interpersonalne bądź trening interpersonalny. Dziewięć osób wymienia, z czym dla nich wiązała się praca w grupie: poczucie bezpieczeństwa i zaufania, poczucie ciepła i bliskości, integracja z grupą, jedność w grupie, wspólne przeżywanie swoich uczuć, emocji, poczucie więzi z ludźmi i spontaniczność wzajemnych reakcji. Również 9 osób podkreśla znaczenie otwartej komunikacji, informacji zwrotnych, kontaktów interpersonalnych:

*Spotkania były zamkniętą całością, dotyczącą wszystkich ważnych spraw. Najważniejsze dla mnie to prawda, bliskość, zaufanie, otwarcie na innych.*

- Liczna grupa (11 uczestników) jako szczególnie dla nich cenną wymienia pracę w grupie nad własnym problemem, własną pracę nad sobą, zajęcia intrapsychiczne, poznawanie siebie, swoich emocji, uczuć i zachowań, przeżywanie i uzewnętrznianie uczuć własnych i bycie świadkiem uzewnętrzniania uczuć przez innych. Osiem osób wymienia zajęcia na



temat dzieciństwa (*Odnalezienie kontaktu z sobą z dzieciństwa*), co dla jednej z nich wiązało się z uwolnieniem od poczucia krzywdy.

- Dziewięć osób stwierdziło, że całość zajęć PRO była dla nich szczególnie cenna:  
*Wszystkie były bardzo cenne!!*

*Różnorodne formy i techniki prowadzenia „prac”. Słowa proste, mające swoją ogromną wagę. Umiejętność dostrzegania rzeczy ważnych, istotnych. Szacunek dla człowieka. Atmosfera. Profesjonalizm, umiejętność „używania wiedzy”. Bezpieczeństwo, ciepło, zrozumienie. Potęga umysłu. Wielki człowiek, u którego jest wiele pokory wobec życia.*

- Dla 8 osób szczególnie cenna była osoba i umiejętności terapeuty - sposób prowadzenia zajęć, fachowość, zaangażowanie, stwarzana przez niego atmosfera, ciepło i miłość:

*Spokój prowadzącego, nazywanie rzeczy po imieniu, zrozumienie.*

- Trzy osoby ceniły otrzymaną pomoc terapeuty:

*Troska, opiekuńczość, wsparcie i wielka miłość (...) [prowadzącej] skierowana do wszystkich uczestników terapii (...). Ja zostałam wyciągnięta przez (...) [prowadzącą] z jaskini samotności i wyszłam na świat czując potęgę wielkiej miłości.*

- Z kolei dwie osoby doceniały podsumowania i komentarze terapeuty, zaś dalsze dwie - umiejętność dostosowania tematu zajęć do aktualnych potrzeb uczestników:

*Swoboda doboru tematu do pracy - całkowite zaufanie do tego, co wynika na grupie.*

- Pięć osób za szczególnie cenne uznało zajęcia poświęcone zagadnieniom seksu:

*Moja praca nad moją seksualnością. Uczestnictwo w pracy innych uczestników, dzięki czemu bardziej rozumiem ludzi, a w szczególności kobiety.*

Jedna osoba była przy tym zadowolona, że w zajęciach brała udział jednakowa liczba kobiet i mężczyzn.

- Podobnie cztery osoby ceniły poszerzenie przez siebie umiejętności nawiązywania zdrowych relacji z płcią przeciwną, nabycie wiadomości o płci przeciwnej:

*Różnice między kobiecością a męskością, rola porozumienia w związku, sposób wyrażania swoich potrzeb, tak aby być zrozumianym. Rola miłości do ludzi w codziennym życiu - rozróżnienie miłości od przyzwyczajenia i uzależnienia. Odpowiedzialność receptą na dorosłe życie. Zawiść jako destrukcyjne uczucie, niszczące mnie samą i wszystko wokół.*

- Trzy osoby najbardziej ceniły wykłady. Jedna z nich wymieniła jako najcenniejszy wykład na temat poczucia krzywdy.

- Również trzy osoby za najbardziej cenne dla nich wymieniały zajęcia poświęcone relacjom w rodzinie, relacjom z dziećmi, z ojcem, z partnerem:

*Moje funkcjonowanie jako rodzica.*

- Dwie osoby szczególnie ceniły sobie psychodramy, scenki terapeutyczne.

- Tylko dwie osoby nic nie wpisały w tej rubryce.

### **To, czego zabrakło w zajęciach**

Następnie uczestnicy PRO odpowiadali na pytanie o to, czego im brakowało w zajęciach:

- Prawie połowa badanych (35 osób) nie odpowiedziało na to pytanie, zostawiając je bez odpowiedzi. Dwie osoby wpisały „*Nie wiem.*”
- Dwadzieścia trzy osoby odpowiedziały, że nie brakowało im niczego:  
*(...)Otrzymałam wszystko, czego potrzebowałam, a nawet więcej niż się spodziewałam.*
- Osiem osób uznało, że brakowało czasu, że zajęcia trwały za krótko i przydałaby się jeszcze jedna sesja.
- Trzem osobom brakowało zajęć integracyjnych:  
*W pierwszych spotkaniach - elementów integrujących grupę.*  
*Aktywności członków grupy do zabawy.*  
*Bliskości i ciepła w grupie było dla mnie za mało.*
- Dwóm osobom zabrakło zajęć poświęconych istotnych dla nich problemom:  
*Bardziej dogłębnego przepracowania ważnych dla mnie spraw.*  
*Za mało [zajęć] o lęku i złości.*
- Jednej osobie brakowało warsztatów - ćwiczeń do wykorzystania w pracy z osobami uzależnionymi. Trzeba jednak zauważyć, że warsztaty poświęcone problematyce pracy z osobami uzależnionymi, przeznaczone dla zainteresowanych nimi uczestników PRO, przeprowadzono po zakończeniu Programu.

### **To, co się nie podobało lub przeszkadzało w korzystaniu z zajęć**

- Większość uczestników (54 osoby) pozostawiła to miejsce nie wypełnione, albo wpisała w tym miejscu ankiety „*Nic*”, „*Wszystko mi się podobało*” lub „*Nic mi nie przeszkadzało, a wszystko się podobało.*” Jedna osoba wpisała:  
*Trudno mi napisać, co mi przeszkadzało, bo praca była bardzo aktywna i nie skupiałam się na tym, co by mi mogło przeszkadzać.*
- Osiem osób zwróciło uwagę na mankamenty organizacyjne. Dwie osoby narzekały na hałas na korytarzu, pozostałe zaś wytknęły:  
*Zmiany sali wykładowej.*  
*Brak ciszy nocnej.*  
*Brak kolejności w wypowiedziach.*  
*Domowe przedszkole. Zbyt częste przerwy na papierosa.*

*Przeszkadzało mi, gdy ktoś przez pomyłkę rozpraszał atmosferę intymności na grupie, otwierając drzwi bez pukania. Odbierałem to jako wtargnięcie do moich uczuć.*

- Sześć osób zauważyło, że przeszkadzał im lęk przed ludźmi, własny opór, niepewność siebie:

*Przeszkadzały mi jedynie moje własne nieujętności. Ale nawet one ostatecznie dawały mi coś dobrego.*

*W początkowym okresie przeszkadzał mi mój lęk, poczucie mniejszej wartości. Zmieniało się to sukcesywnie w czasie trwania zajęć.*

- Mimo, iż ta rubryka ankiety przeznaczona była na uwagi krytyczne, cztery osoby w tym miejscu udzieliły pochwał prowadzącym i organizatorom:

*Podobało mi się (...), że razem z nami to wszystko przeżywałaś.*

*Najbardziej podobało mi się poczucie bezpieczeństwa i mądrość mojej grupy. Nigdy nie miałam takiej grupy, w której czułabym się tak bezpiecznie.*

*Podobało mi się zaangażowanie, szczerość, otwartość. Podobało mi się maksymalne wykorzystanie czasu.*

*Pomagała mi organizacja spraw bytowych.*

### **Inne uwagi**

- Większość uczestników (53 osoby) pozostawiła tę rubrykę nie wypełnioną, lub wpisała, że nie ma żadnych uwag.

- Sześć osób wpisało pochwały dla terapeutów i organizatorów:

*Bardzo wysoki poziom profesjonalny zajęć. Dobre warunki, życzliwość personelu ośrodka.*

*Jestem pełna uznania dla profesjonalizmu osoby prowadzącej.*

*Posiłki były bardzo smaczne.*

*Uważam, że terapię którą przeszłam w tym ośrodku za terapię bardzo dużego formatu, [pozostaję] z wielkim szacunkiem i podziwem dla swojego trenera.*

*Bardzo podobał mi się sposób prowadzenia zajęć, umożliwiający mi w dużym stopniu samodzielnie zauważać to, co najważniejsze dla mnie i możliwość samodzielnego podejmowania decyzji [bez nacisków ze strony terapeuty]. Było dużo ciepła i miłości ze strony prowadzącej – (...) - ciepła i zrozumienia.*

*Byłam pod wrażeniem profesjonalizmu i zaangażowania terapeuty oraz koterapeuty.*

- Pięć osób wyraziło swoje zadowolenie z udziału w PRO:

*Jestem zadowolona z zajęć, bardzo wiele wzięłam dla siebie, odnalazłam wartości samej siebie. Uważam, że takie zajęcia są bardzo ważne. I jak najwięcej osób powinno z nich korzystać.*

*Jest to dla mnie wspaniałe przeżycie i szansa na poprawę mego życia.*

*Jestem zadowolony z zajęć, dzięki nim otworzyłem się bardziej na ludzi, czego mi bardzo brakowało.*

*Jestem bardzo zadowolona że trafiłam na właśnie taką terapię.*

*To co się wydarzyło na zajęciach dla mnie jest bardzo ważne na dalszy ciąg mego życia.*

- Cztery osoby wyraziły życzenia przedłużenia PRO:

*Chciałbym, aby to trwało jeszcze i jeszcze.*

*Pomocne by mi było jeszcze jedno spotkanie.*

*Mam potrzebę kontynuowania rozpoczętych tu we mnie zmian.*

- Trzy osoby złożyły w tym miejscu podziękowania:

*Jestem szczęśliwy, że mogłem brać udział w PRO. Dziękuję wszystkim osobom i instytucjom, które uczestniczyły w realizacji w/w Programu.*

- Jedna osoba podzieliła się swoim spostrzeżeniem:

*Duża intensywność zajęć.*

- Jedna osoba złożyła wniosek o wprowadzenie zakazu palenia:

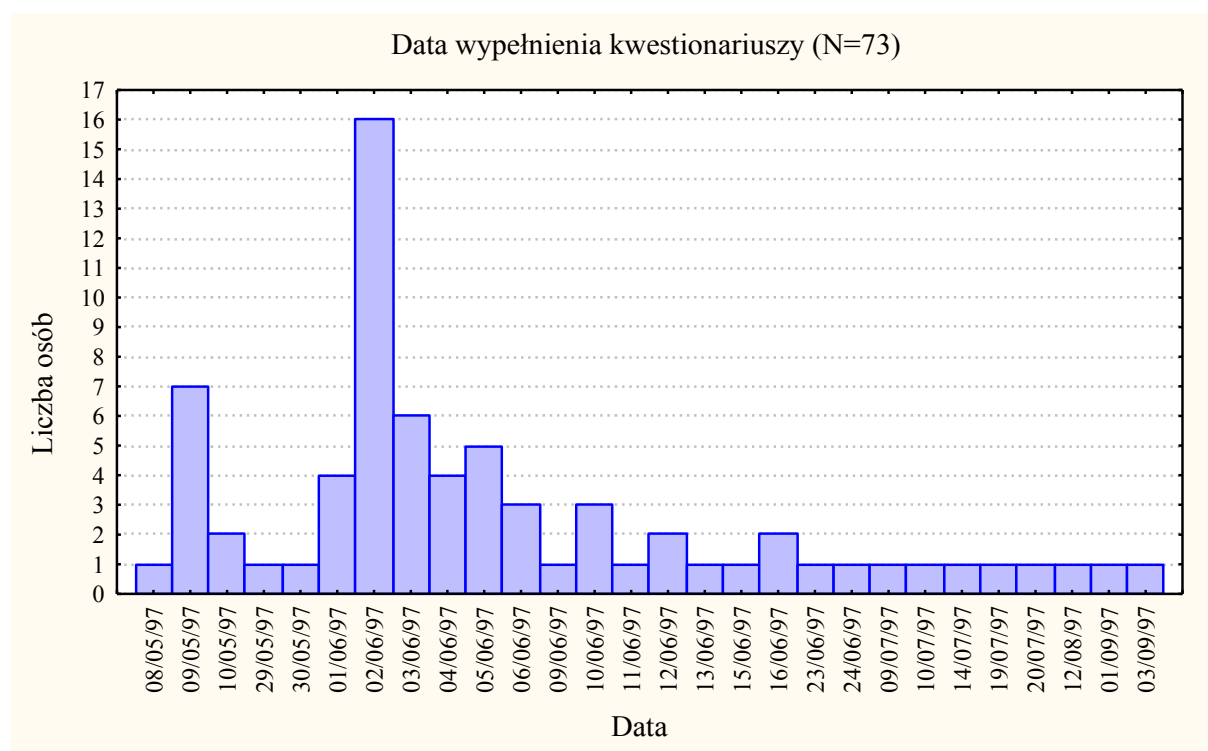
*Powinien być zakaz palenia papierosów w całym budynku!*

Podsumowując opinie i oceny uczestników PRO należy zauważyć, że uczestnicy bardzo wysoko oceniają treści, organizację zajęć, sposób ich prowadzenia i odniesione korzyści. Zwraca uwagę, że jednogłośnie wystawili najwyższą ocenę za sposób prowadzenia zajęć oraz, że tak mało było negatywnych uwag. Te zaś, które zostały zgłoszone, dotyczyły zazwyczaj drugorzędnych kwestii organizacyjnych. Na podstawie opinii i ocen uczestników można przypuszczać, że wszyscy oni odnieśli określone korzyści wynikające z udziału w Programie.

## Pół roku po zakończeniu PRO

Pół roku po zakończeniu PRO wysłano do uczestników ten sam zestaw kwestionariuszy, jaki wypełniali w chwili rozpoczynania PRO i w chwili zakończenia. Ponadto dołączono pytanie otwarte: *Czy udział w PRO spowodował jakieś zmiany w Twoim życiu? Jeśli tak, wpisz co zmieniło się u Ciebie w ciągu ostatnich miesięcy od zakończenia PRO: w relacjach z bliskimi Ci osobami; w relacjach z innymi ludźmi; w Twoich poglądach, sposobie myślenia; w Twoich emocjach, sposobie odczuwania; inne.* Uzyskano odpowiedzi od 73 uczestników PRO (99%). Tylko jedna osoba nie odpowiedziała na list. Ponadto jedna osoba błędnie wypełniła Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego, przez co została pominięta przy porównywaniu wyników badań tym kwestionariuszem.

Niestety z przyczyn organizacyjnych nie było możliwe, aby wszyscy uczestnicy PRO wypełnili kwestionariusze tego samego dnia, dokładnie sześć miesięcy po ukończeniu PRO. Część osób wypełniła i odesłała kwestionariusze natychmiast po ich otrzymaniu, inne krótko potem. Kilka osób odpowiedziało dopiero na ponowny list. Zdecydowana większość uczestników wypełniła kwestionariusze w czerwcu 1997 roku, kilkanaście osób w maju, zaś pojedyncze osoby w lipcu, sierpniu i wrześniu. Czas wypełnienia ilustruje poniższy histogram:



Rezultaty badania pół roku po PRO przedstawia poniższa tabela:

Wyniki badań kwestionariuszowych pół roku po PRO			
Skale:	N ważnych	Średnia	Odch. Std
poczucie kontroli	73	2,59	2,15
skala kłamstwa	73	1,55	1,62
empatia	72	67,18	10,71
lęk jako cecha (skala X-2)	73	39,97	7,17
somatyzacje	73	0,80	0,65
natręctwa	73	0,99	0,63
nadwrażliwość interpersonalna	73	0,89	0,65
depresja	73	0,87	0,51
lęk	73	0,83	0,60
wrogość	73	0,81	0,51
fobie	73	0,30	0,37
myślenie paranoidalne	73	0,97	0,76
psychotyczność	73	0,59	0,49

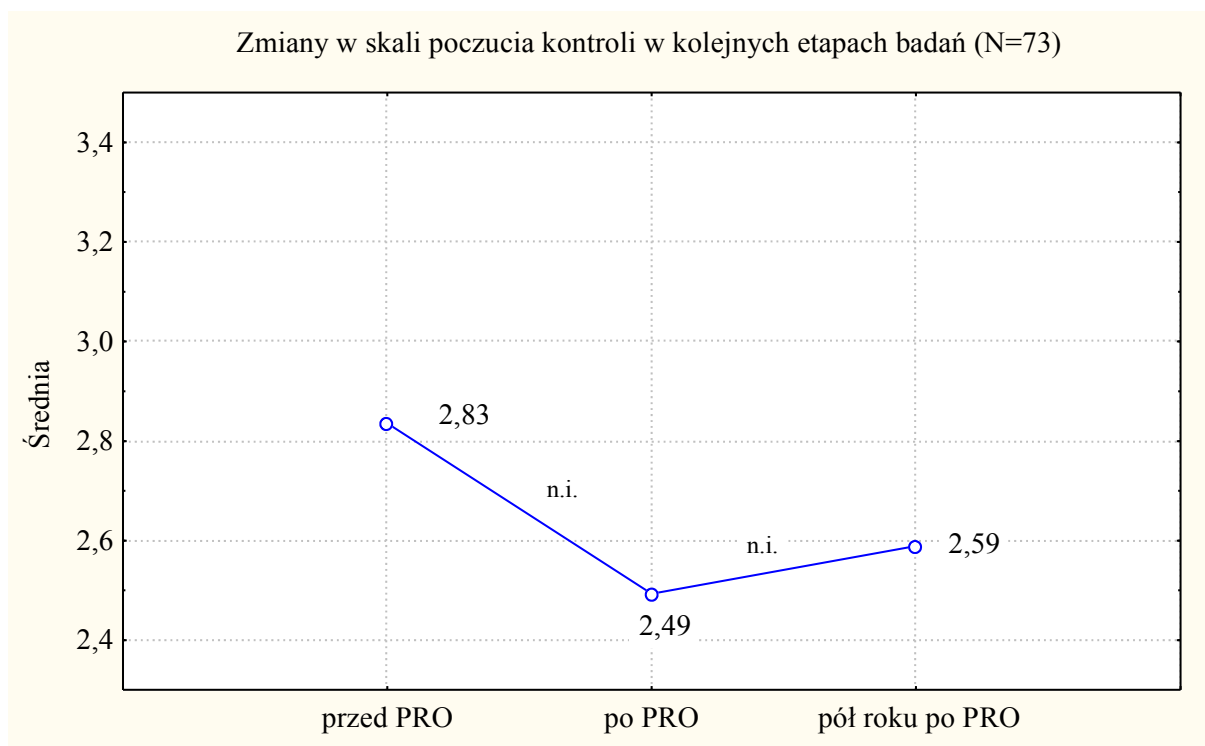
### Zastosowane metody statystyczne

Porównano wyniki badanej grupy w poszczególnych kwestionariuszach w kolejnych etapach badań, pomijając nieliczne osoby, które nie wypełniły określonego kwestionariusza na którymś z etapów. Dzięki temu porównywano wyniki dokładnie tej samej grupy w różnym czasie. Do oszacowania istotności statystycznej różnic pomiędzy wynikami na kolejnych etapach badań zastosowano test Wilcozona. Tylko tam, gdzie było to uzasadnione normalnością rozkładu porównywanych wyników na każdym z etapów badań, zastosowano test t-Studenta. W rezultacie test t-Studenta zastosowano porównując wyniki w zakresie empatii oraz lęku jako cechy.

Szacując różnice między wynikami kobiet i mężczyzn stosowano test U-Manna-Whitneya (Brzeziński 1996, ss. 268 i 274).

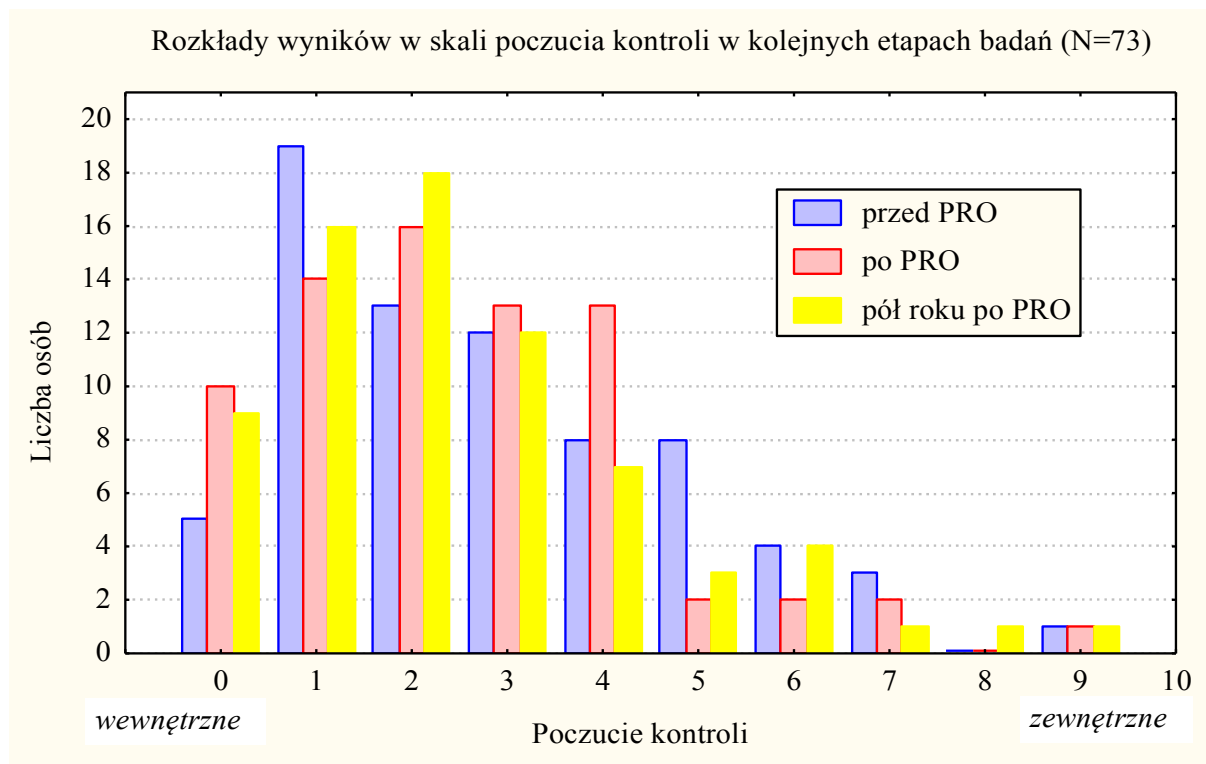
### Zmiany w zakresie poczucia kontroli

Poniższy wykres ilustruje zmiany w zakresie poczucia kontroli w trakcie trzech etapów badań: w chwili rozpoczynania PRO, w chwili kończenia PRO i sześć miesięcy po zakończeniu PRO:

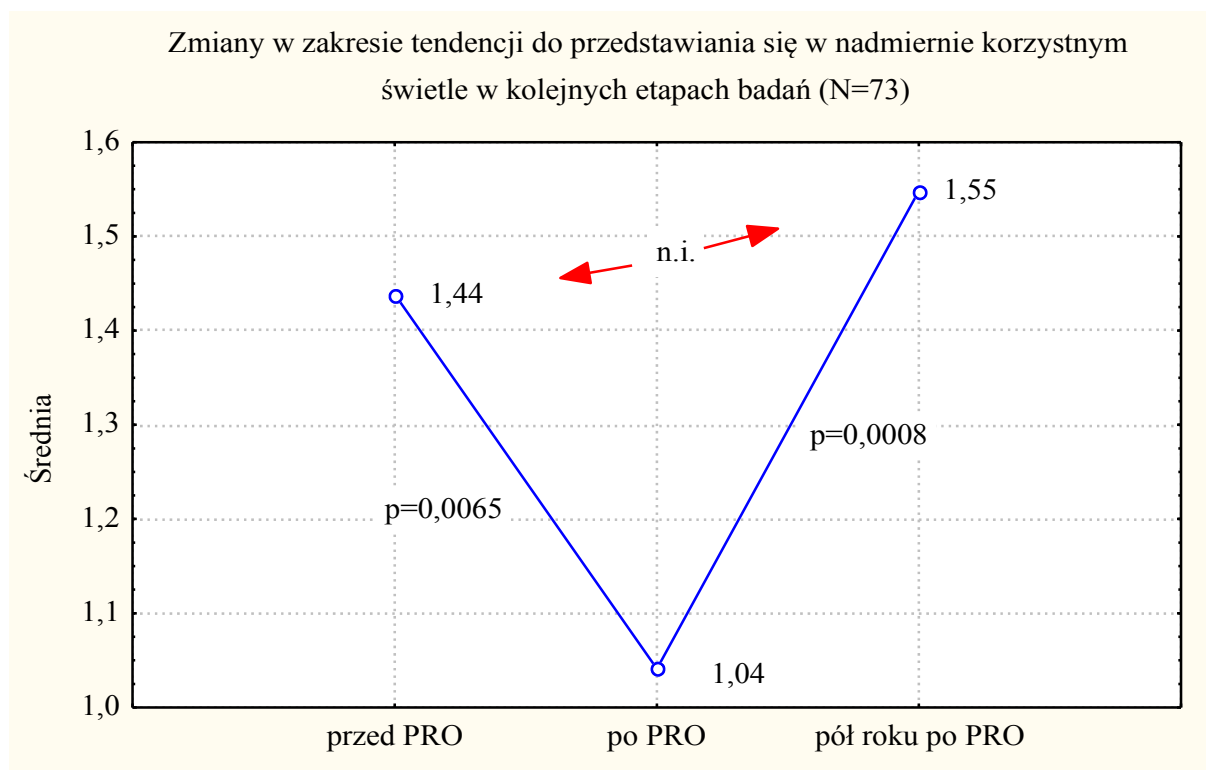


Zmiany w zakresie poczucia kontroli w kolejnych etapach badań, zilustrowane na powyższym wykresie, okazały się statystycznie nieistotne. Oznacza to, że udział w PRO nie prowadzi do istotnych zmian w zakresie poczucia kontroli uczestników, które na każdym etapie badań pozostaje na stosunkowo dobrym poziomie (tj. wskazującym na wewnętrzne poczucie kontroli) w porównaniu do innych grup badanych kwestionariuszem Delta. Uzyskane rezultaty zmuszają do przyjęcia hipotezy zerowej o braku różnic między wynikami badanej grupy w kolejnych pomiarach.

Poniższy wykres pozwala porównać rozkłady wyników w skali poczucia kontroli (LOC) kwestionariusza Delta w kolejnych etapach badań (w chwili rozpoczynania PRO, w chwili jego zakończenia i pół roku po zakończeniu PRO):



### Zmiany w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle



Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, mierzona skalą kłamstwa kwestionariusza Delta, już przed rozpoczęciem PRO była na bardzo niskim poziomie w porównaniu do innych badanych grup. Po ukończeniu PRO zmniejsza się istotnie



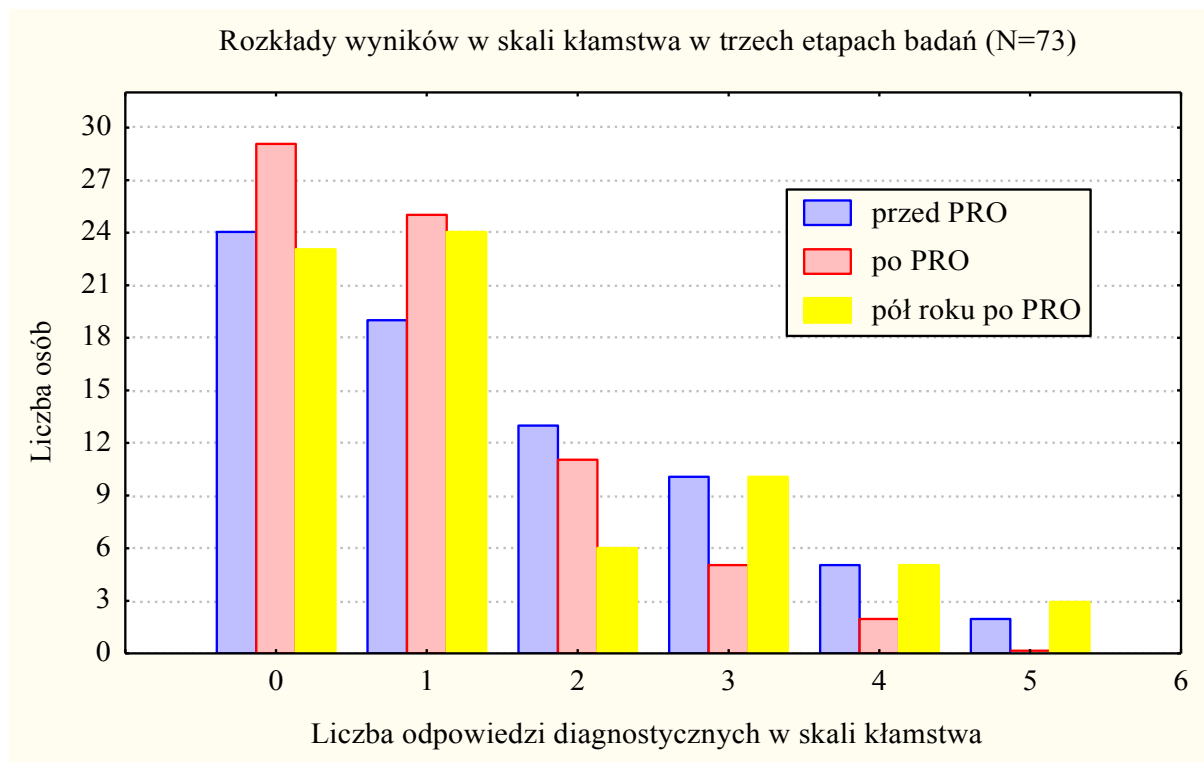
do jeszcze niższego poziomu ( $p=0,0065$ ). Jednak pół roku po PRO istotnie wzrasta ( $p=0,0008$ ), powracając do poprzedniego poziomu, tak że różnica pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem jest statystycznie nieistotna.

Oznaczałoby to, że udział w PRO prowadzi do istotnego zmniejszenia tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, jednak zmiana ta jest nietrwała i nie utrzymuje się po pół roku od zakończenia PRO. Po tym czasie tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle powraca do poziomu z chwili rozpoczynania PRO.

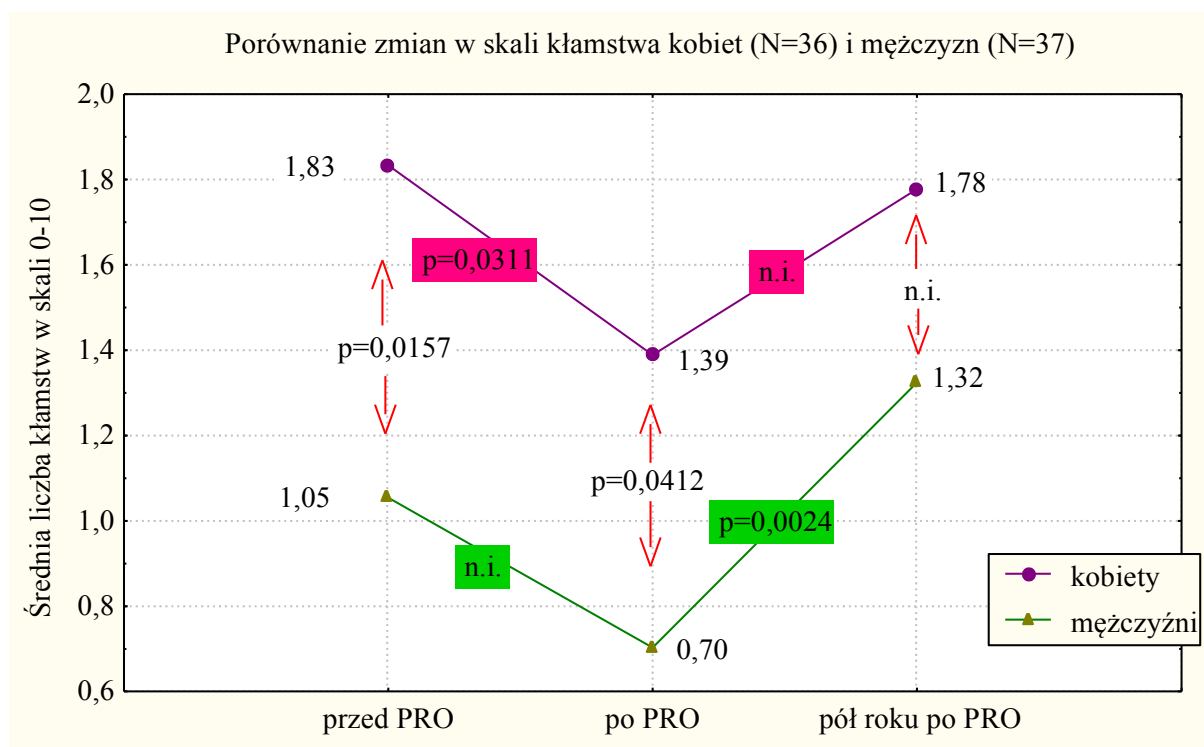
Niestety, nie wiadomo, jaki poziom tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle jest optymalny dla zdrowia psychicznego jednostki i najbardziej korzystny dla jej funkcjonowania społecznego. Seligman wykazuje, że optymistyczna ocena swojej osoby, swoich możliwości i swojego położenia w określonych sytuacjach ułatwia funkcjonowanie jednostki (Seligman 1993). Fakt ten utrudnia interpretację zmian wyników w skali kłamstwa u badanych osób.

Niewątpliwie wyniki uzyskiwane przez uczestników PRO na każdym z etapów badań należą do najniższych w porównaniu do innych grup badanych kwestionariuszem Delta, co należy uznać za zjawisko korzystne, choćby dlatego, że pozwala odrzucić hipotezę zerową, iż tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle uczestników jest taka sama lub wyższa jak tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle wychowanków zakładu poprawczego, a co za tym idzie, uznać za miarodajne wyniki w pozostałych kwestionariuszach. Trudno jednak stwierdzić, który z trzech wyników w skali kłamstwa należałoby uznać za optymalny. Trudność tę potęguje fakt, iż znaczna część badanych to osoby uzależnione, podatne na działanie mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Dla tych osób niska tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle może być czynnikiem chroniącym przed nawrotem choroby, wobec czego dla nich optymalny wynik w skali kłamstwa może być inny, niż dla pozostałych. Należy także wziąć pod uwagę warunki badania – zapewne inny poziom szczerości jest optymalny w grupie terapeutycznej, a inny poza nią, w realnym życiu.

Poniższy wykres prezentuje rozkład wyników w skali kłamstwa kwestionariusza Delta w kolejnych etapach badań:



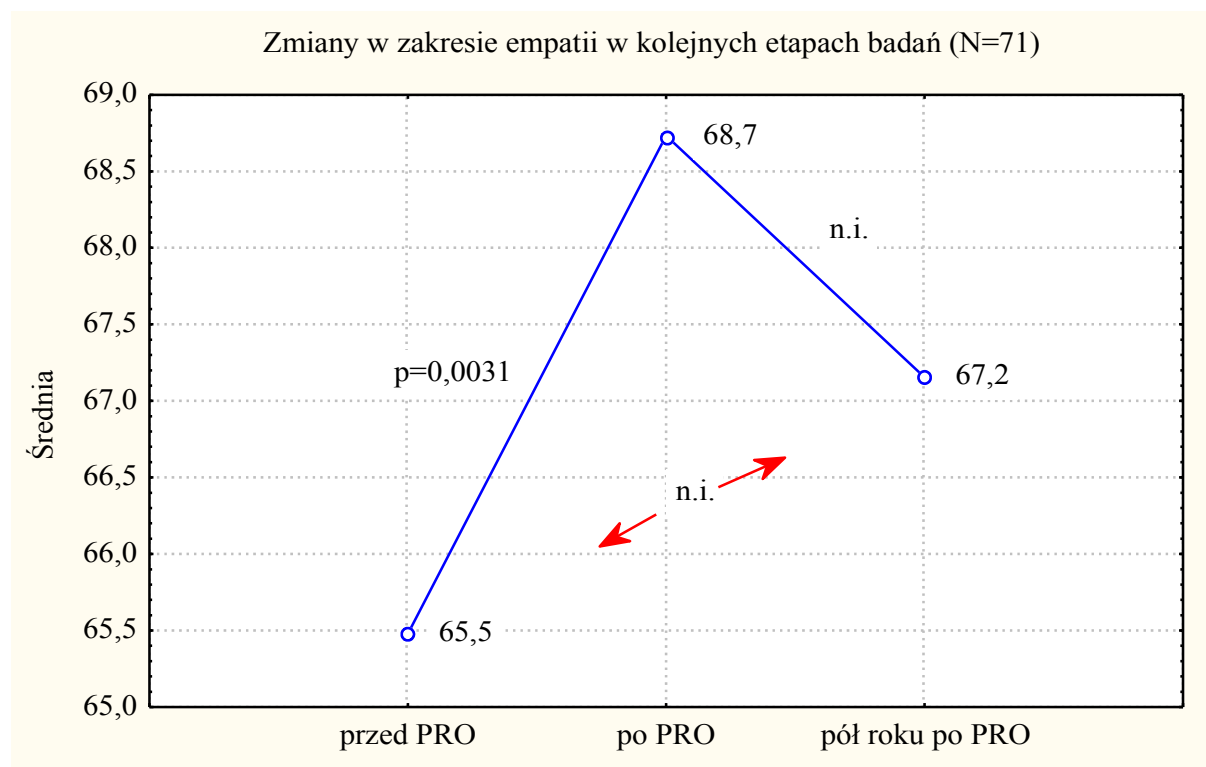
Zmiany w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle przebiegały podobnie u kobiet i mężczyzn, co ilustruje poniższy wykres:



W obu grupach obserwujemy najpierw niewielki spadek, a następnie wzrost w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, z tym że istotny statystycznie u kobiet jest tylko spadek ( $p=0,0311$ ), a u mężczyzn wzrost tej tendencji ( $p=0,0024$ ). W rezultacie, w obu grupach różnica pomiędzy pierwszym pomiarem (w chwili rozpoczynania PRO) a trzecim (pół roku po zakończeniu PRO) jest statystycznie nieistotna.

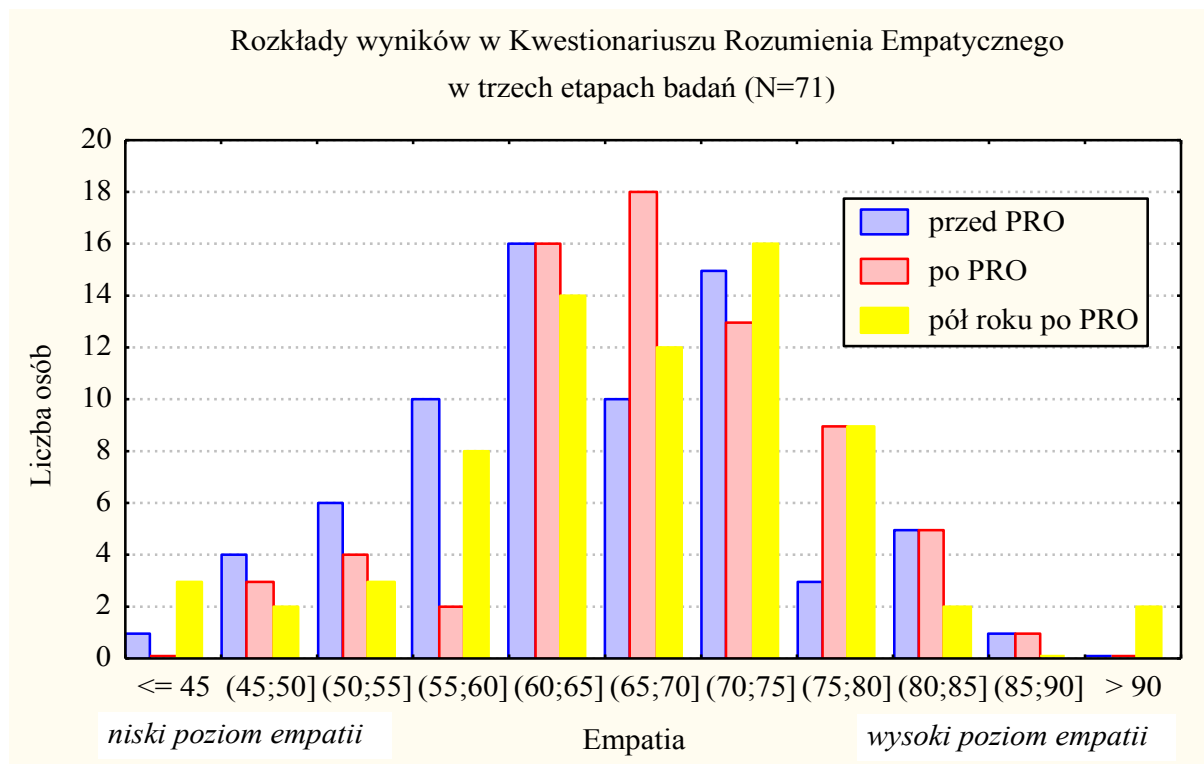
Stopniowo zaciera się także różnica między kobietami i mężczyznami w kolejnych pomiarach. O ile w chwili rozpoczynania PRO różnica między kobietami a mężczyznami, szacowana za pomocą testu U-Manna-Whitneya jest statystycznie istotna na poziomie  $p=0,0157$ , zaś w chwili kończenia PRO już tylko na poziomie  $p=0,0412$ , to pół roku później różnica ta jest już statystycznie nieistotna. Oznaczałoby to, że udział w PRO prowadzi pół roku po jego zakończeniu do zatarcia różnic między kobietami i mężczyznami w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle.

## Zmiany w zakresie empatii

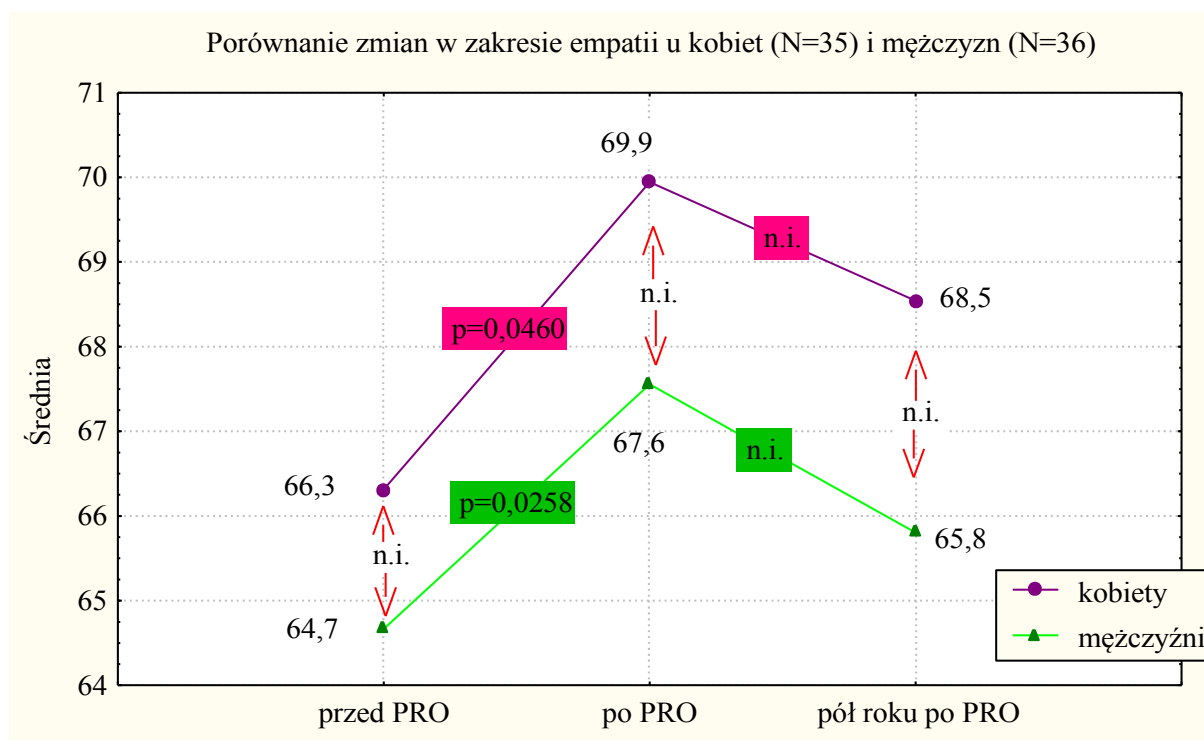


Po ukończeniu PRO empatia uczestników wzrasta w sposób statystycznie istotny w porównaniu do pomiaru w chwili rozpoczynania PRO. Różnica między pierwszym a drugim pomiarem, szacowana za pomocą testu t-Studenta jest statystycznie istotna na poziomie  $p=0,0031$ . Uzyskane wyniki pozwalają na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach. Jednakże pół roku po PRO empatia zmniejsza się do takiego poziomu, że różnica pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem staje się statystycznie nieistotna. Można więc przyjąć, że udział w PRO prowadzi do znaczącego zwiększenia empatii uczestników, jednak zmiana ta nie jest trwała i nie utrzymuje się pół roku po zakończeniu PRO. O ile w chwili kończenia PRO uczestnicy mają stosunkowo wysoki poziom empatii, to zarówno w chwili rozpoczynania PRO, jak i pół roku po zakończeniu PRO ujawniają raczej przeciętny poziom empatii w porównaniu do innych grup badanych kwestionariuszem KRE.

Zmiany rozkładów wyników badań empatii w trzech etapach badań (w chwili rozpoczynania PRO, w chwili kończenia PRO i pół roku po zakończeniu PRO) ilustruje poniższy wykres:



Zmiany w zakresie empatii w ciągu trzech etapów badań przebiegały podobnie u kobiet i mężczyzn, co ilustruje poniższy wykres:

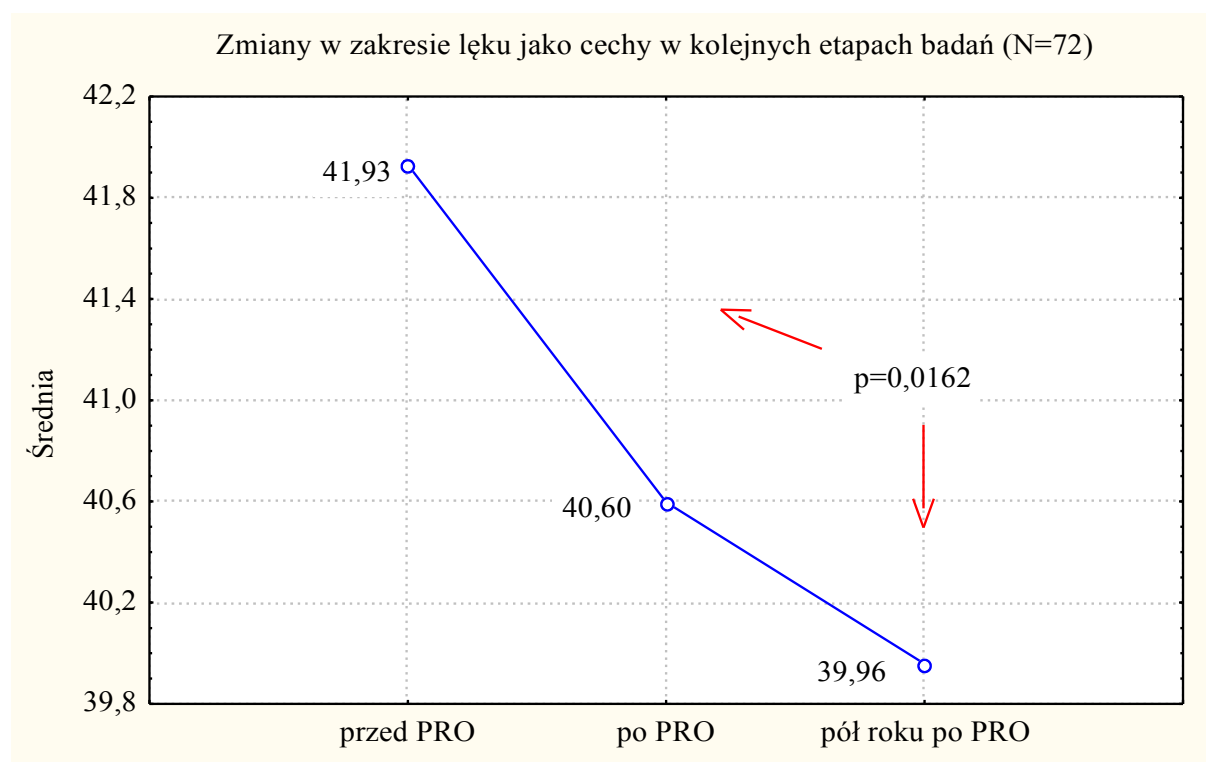


W obu grupach statystycznie istotna okazała się różnica między pierwszym a drugim pomiarem empatii (u kobiet  $p=0,0460$ ; u mężczyzn  $p=0,0258$ ). Pozostałe różnice – między drugim a trzecim oraz między pierwszym a trzecim pomiarem w obu grupach nie były statystycznie istotne. Wbrew oczekiwaniom, na żadnym z etapów także nie były istotne różnice między kobietami i mężczyznami, choć w literaturze przedmiotu jednoznacznie

stwierdza się, że kobiety są bardziej empatyczne od mężczyzn. Badania różnych autorów, (m.in. Simnera, Hoffmana, Kalliopuskiej, Hauson, Mullis i wielu innych) wykazały wyższą empatyczność niemowląt płci żeńskiej od niemowląt płci męskiej, dziewcząt niż chłopców i kobiet niż mężczyzn (za: Rembowski 1989, s. 47, 83, 205). Być może grupa uczestników PRO jest na tyle specyficzna (ze względu na wcześniejszy udział w terapii odwykowej lub terapii współzależnienia uczestników), że nie występują w niej istotne różnice między płciami w zakresie empatii.

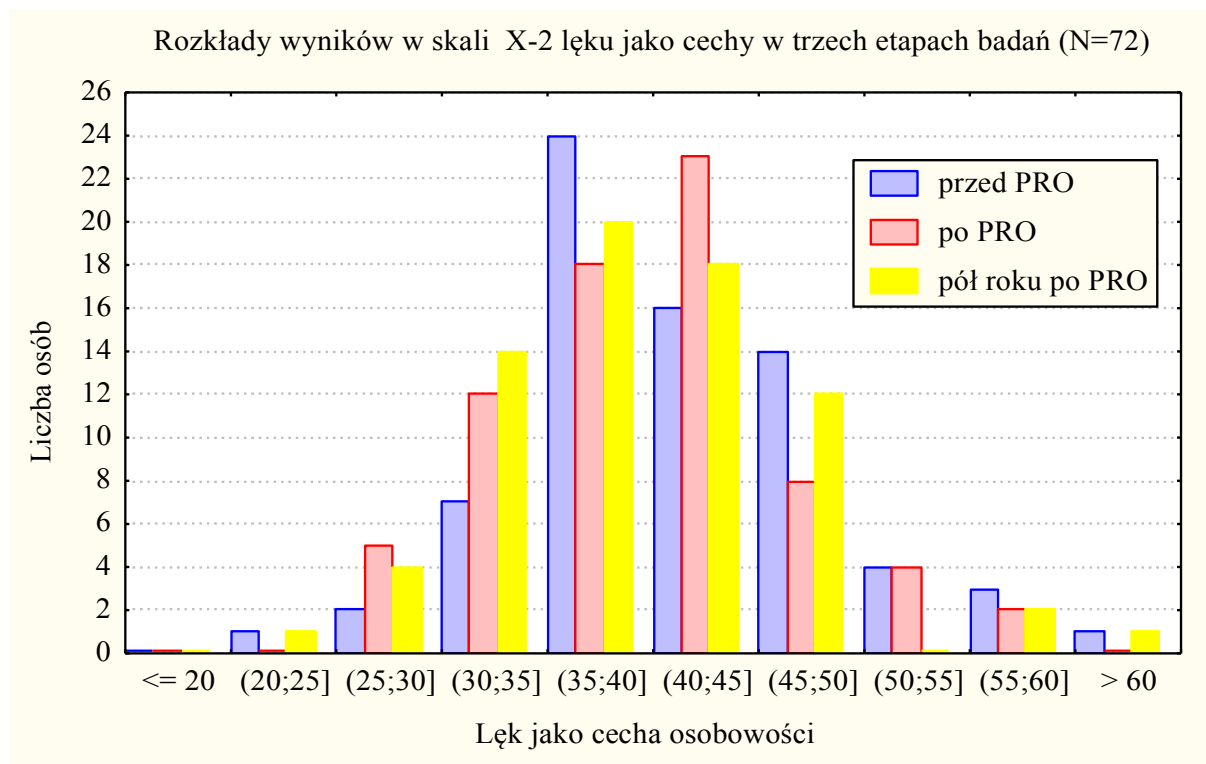
## Zmiany w zakresie lęku jako cechy osobowości

Lęk jako cecha osobowości mierzony był skalą X-2 kwestionariusza STAI Spielbergera.



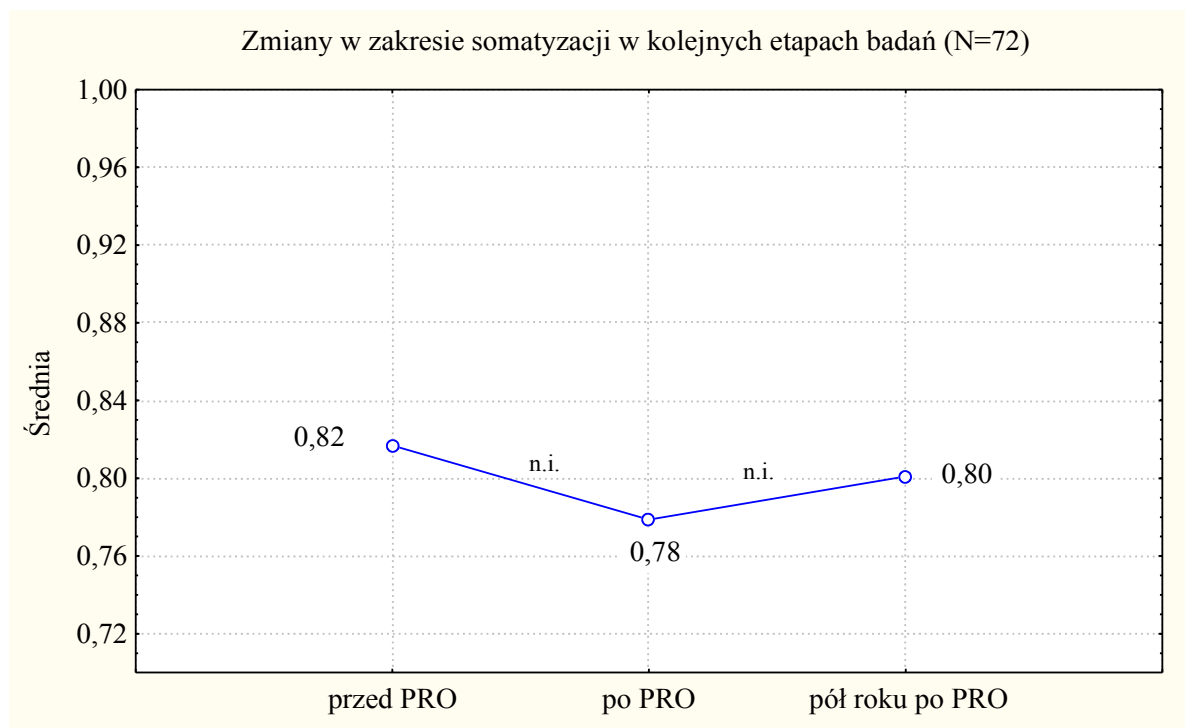
Po ukończeniu PRO uczestnicy wykazują nieznacznie niższy poziom lęku jako cechy w porównaniu do stanu z chwili rozpoczynania PRO, lecz zmiana ta nie jest statystycznie istotna. Pół roku później zmiana ta pogłębia się jeszcze i różnica między pierwszym a trzecim pomiarem, szacowana przy pomocy testu t-Studenta, staje się statystycznie istotna ( $p=0,0162$ ). Uzyskane wyniki pozwalają na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach. Można więc przyjąć, że udział w PRO prowadzi u jego uczestników do obniżenia poziomu lęku, lecz zmiana ta w pełni ujawnia się dopiero pół roku po zakończeniu PRO.

Poniższy wykres umożliwia porównanie rozkładów wyników w skali X-2 na każdym z trzech etapów badań:



### Zmiany w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych

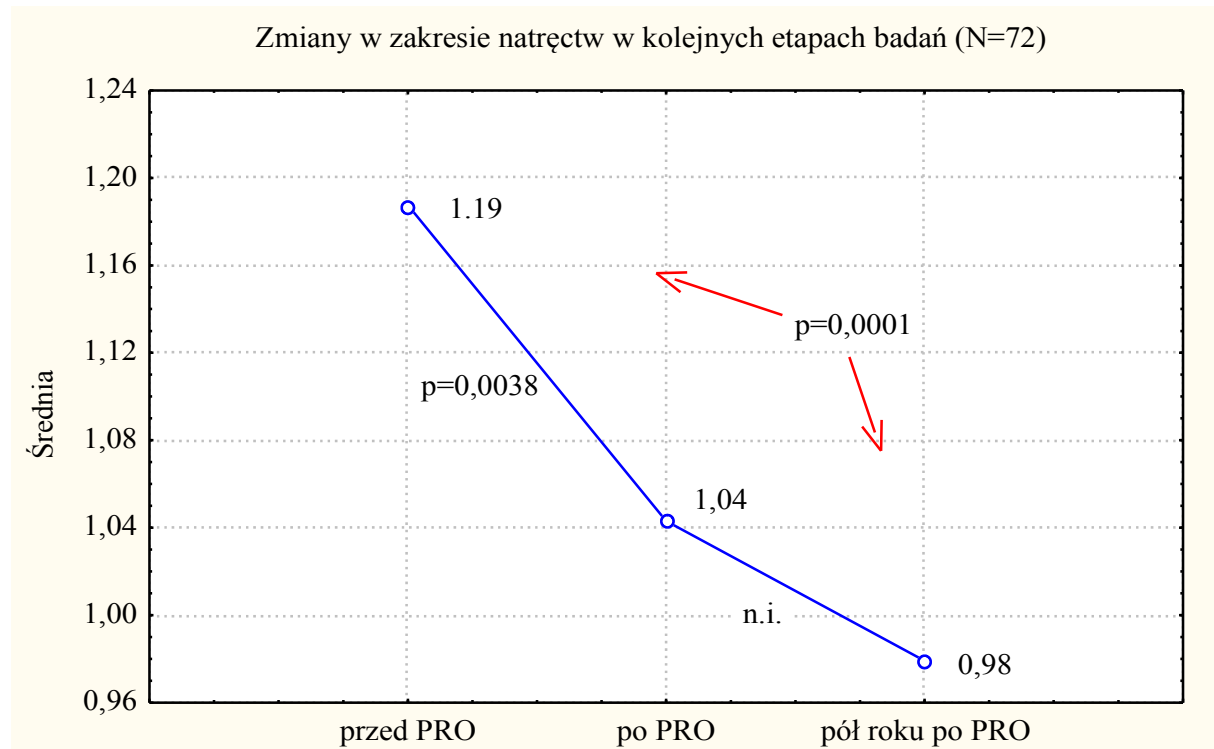
### Zmiany w zakresie somatyzacji



Jak widać na powyższym wykresie, nie wystąpiły żadne znaczące zmiany w zakresie somatyzacji, mierzonej kwestionariuszem SCL-90. Różnice pomiędzy kolejnymi pomiarami

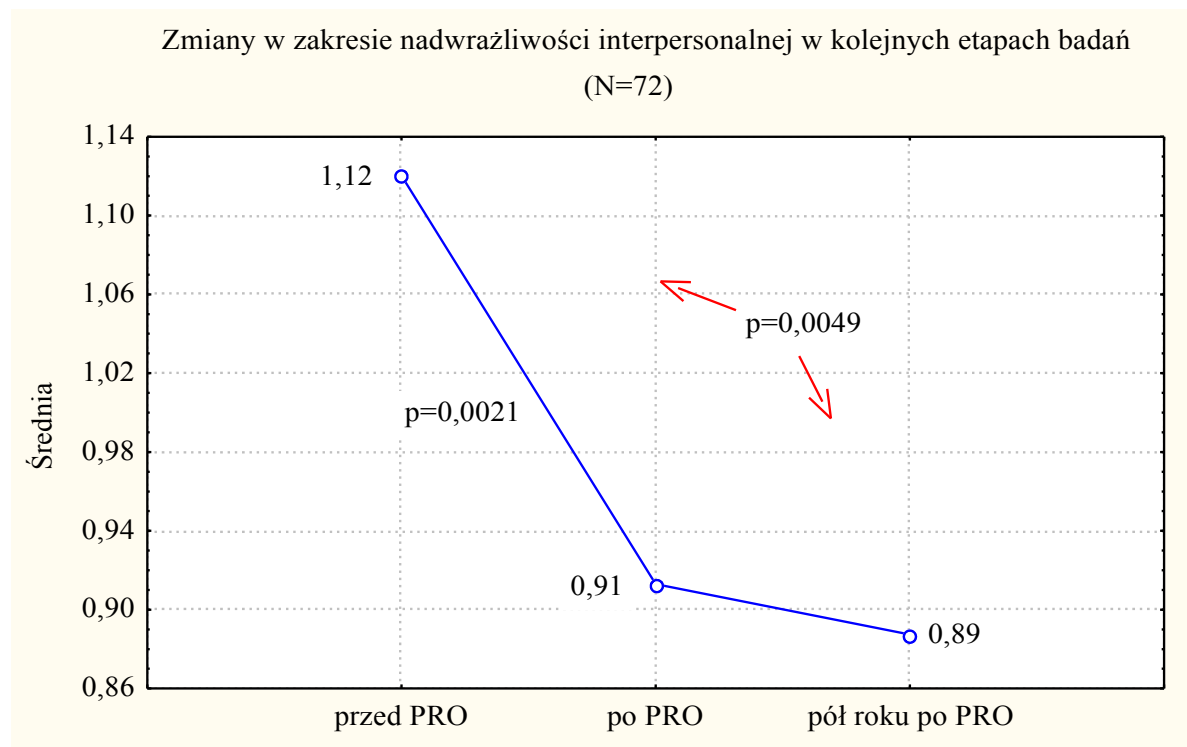
somatyzacji okazały się statystycznie nieistotne, co zmusza do przyjęcia hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach i stwierdzenia, że udział w PRO nie prowadzi do istotnych zmian w zakresie nasilenia poziomu somatyzacji uczestników.

### Zmiany w zakresie natręctw



Po ukończeniu PRO uczestnicy przejawiają istotnie niższe nasilenie natręctw w stosunku do stanu sprzed PRO ( $p=0,0038$ ), zaś pół roku później zmiana ta utrzymuje się na niskim poziomie, a nawet przejawia pewną tendencję do pogłębiania się. Różnica pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem jest statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,0001$ . Uzyskane wyniki pozwalają więc na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach. Można więc przyjąć hipotezę alternatywną, że udział w PRO prowadzi do istotnego, trwałego zmniejszenia natręctw u uczestników (utrzymującego się pół roku po PRO).

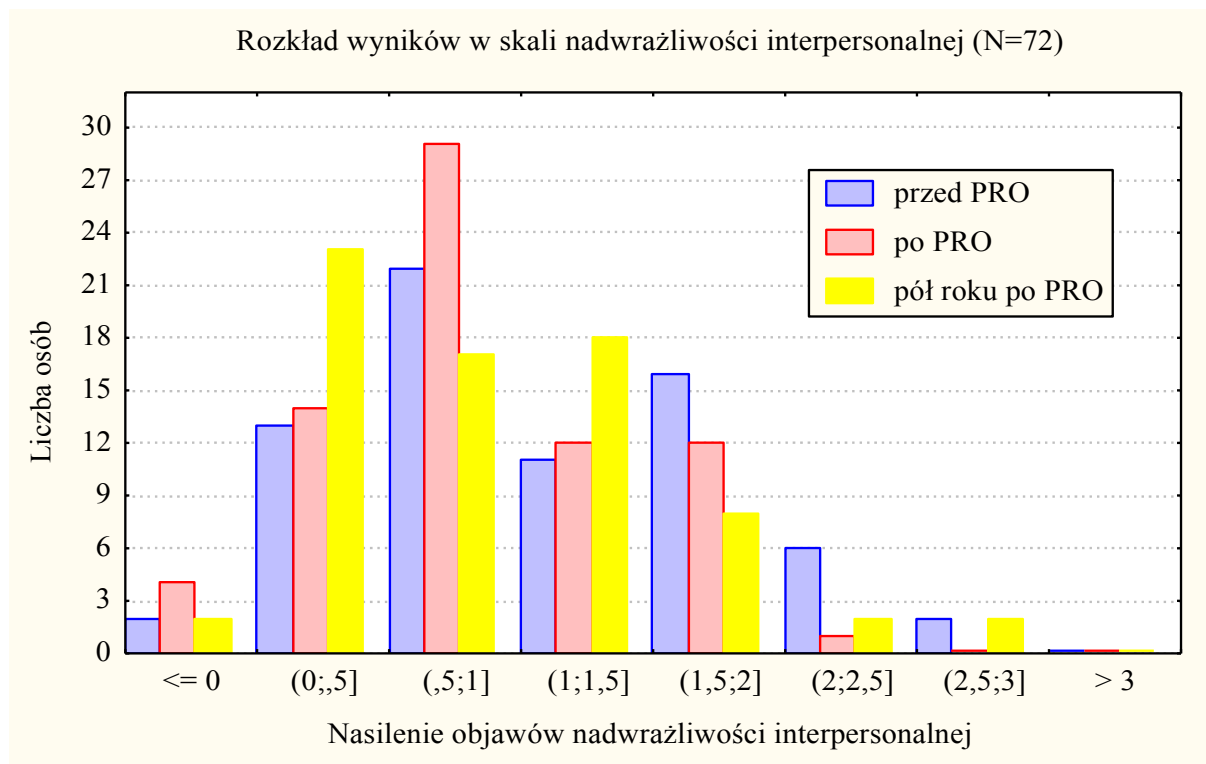
## Zmiany w zakresie nadwrażliwości interpersonalnej



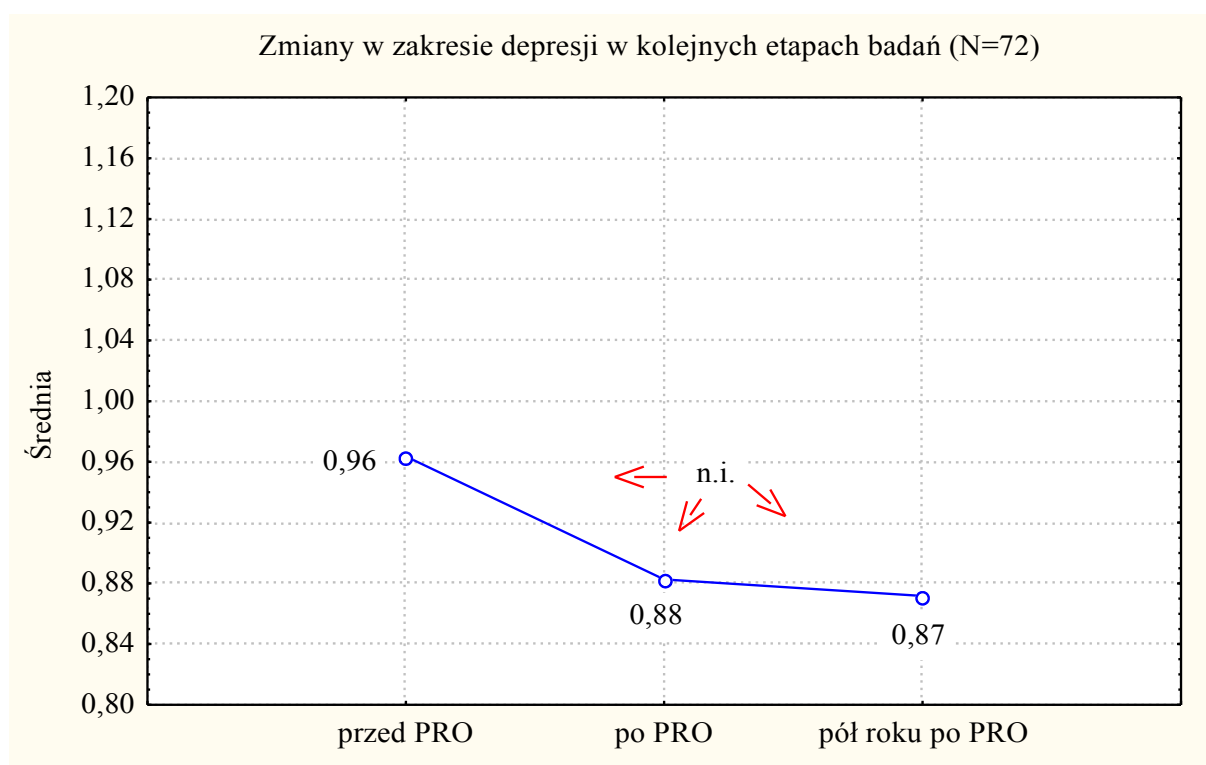
Po ukończeniu PRO istotnie zmniejsza się nasilenie nadwrażliwości interpersonalnej uczestników ( $p=0,0021$ ) i zmiana ta jest trwała – utrzymuje się pół roku po zakończeniu PRO (poziom istotności różnicy między pierwszym a trzecim pomiarem nadwrażliwości interpersonalnej wynosi  $p=0,0049$ ). Uzyskane wyniki pozwalają na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach. Można więc przyjąć hipotezę alternatywną, że udział w PRO prowadzi do istotnego i trwałego zmniejszenia nadwrażliwości interpersonalnej.

Poniższy wykres umożliwia porównanie rozkładów wyników w skali nadwrażliwości interpersonalnej na trzech etapach badań (w chwili rozpoczynania PRO, w chwili kończenia PRO i pół roku po zakończeniu PRO).



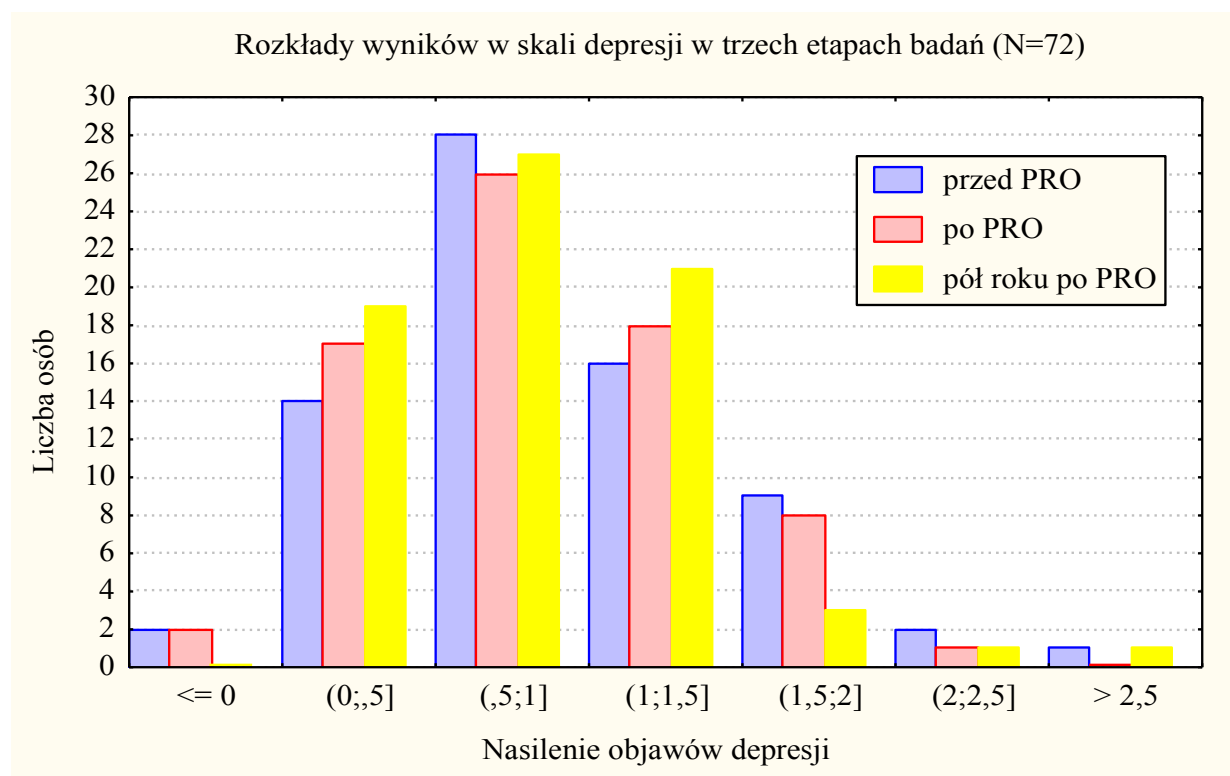


### Zmiany w zakresie depresji

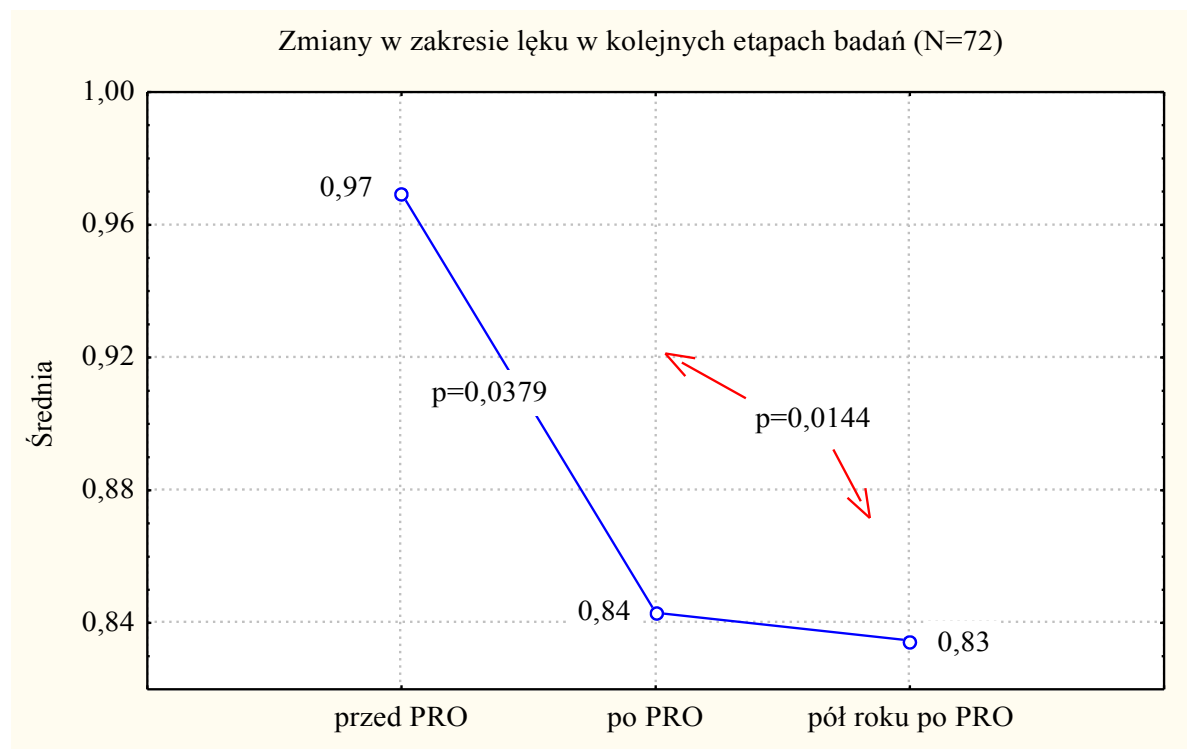


Zmiany wyników w skali depresji SCL-90 okazały się statystycznie nieistotne, choć kierunek zmian był zgodny z oczekiwaniami. Uzyskane rezultaty zmuszają do przyjęcia hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach i stwierdzenia, że udział w PRO nie prowadzi do zmniejszenia objawów depresji u uczestników.

Poniższy histogram prezentuje rozkłady wyników w skali depresji w trzech etapach badań:

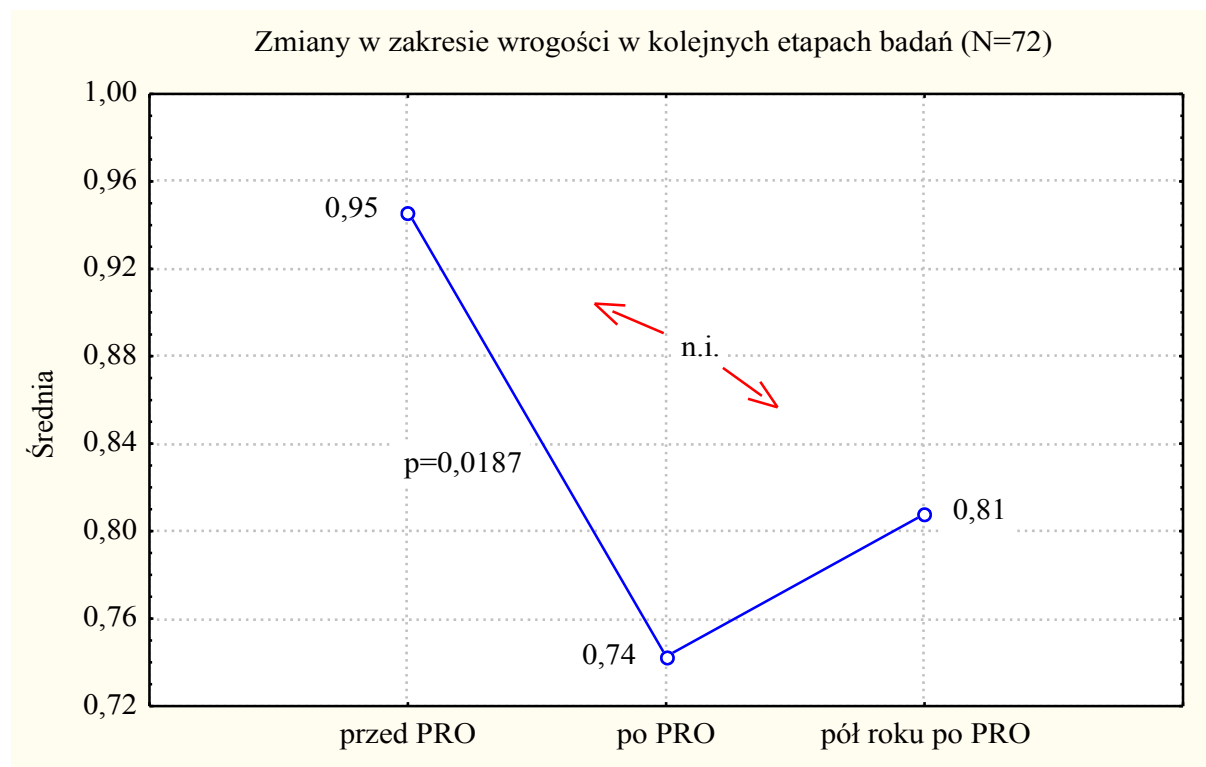


### Zmiany w zakresie lęku mierzonego kwestionariuszem SCL-90



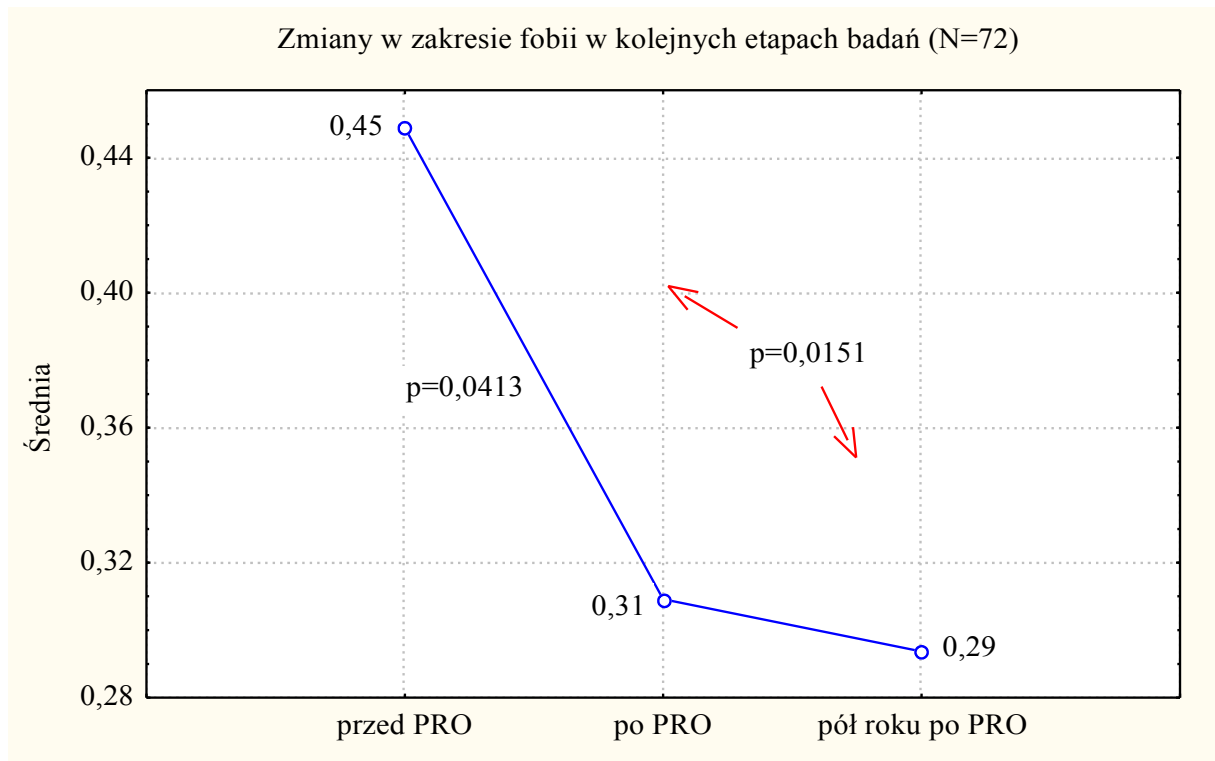
Różnica między pierwszym a drugim pomiarem lęku jest statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,0379$ , zaś między pierwszym a trzecim pomiarem na poziomie istotności  $p=0,0144$ . Uzyskane wyniki pozwalają na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach. Można więc przyjąć hipotezę alternatywną, że udział w PRO prowadzi do istotnego obniżenia poziomu lęku u uczestników i zmiana ta ma charakter trwały (utrzymuje się pół roku po zakończeniu PRO).

### Zmiany w zakresie wrogości



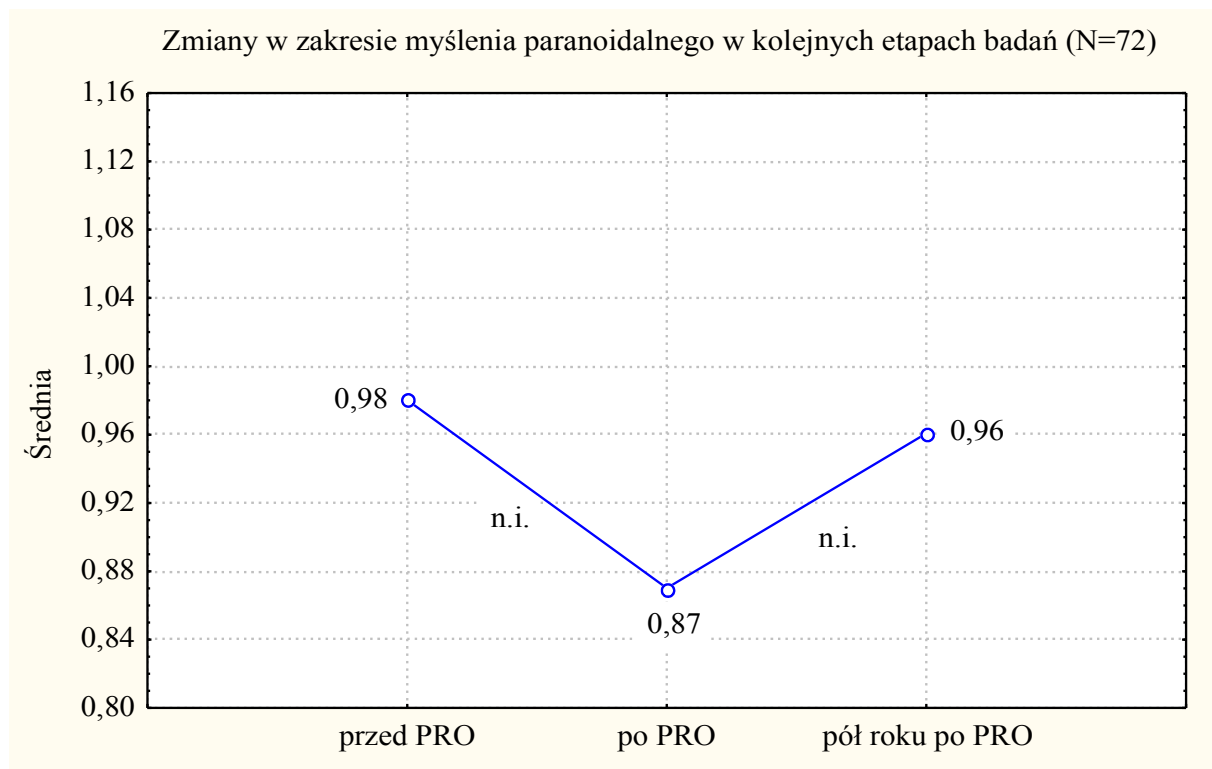
Po ukończeniu PRO istotnie zmniejsza się nasilenie wrogości uczestników ( $p=0,0187$ ). W chwili kończenia PRO uczestnicy wykazują najniższe nasilenie wrogości spośród grup badanych przez IPZ kwestionariuszem SCL-90. Wynik ten pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach. Jednak zmiana ta nie jest trwała, pół roku później nasilenie wrogości uczestników nieznacznie wzrasta, na tyle jednak, że różnica między pierwszym a trzecim pomiarem wrogości staje się statystycznie nieistotna.

Oznacza to, że udział w PRO prowadzi do krótkotrwałego obniżenia wrogości uczestników, jednakże zmiana ta nie jest trwała i nie utrzymuje się pół roku później.

**Zmiany w zakresie fobii**

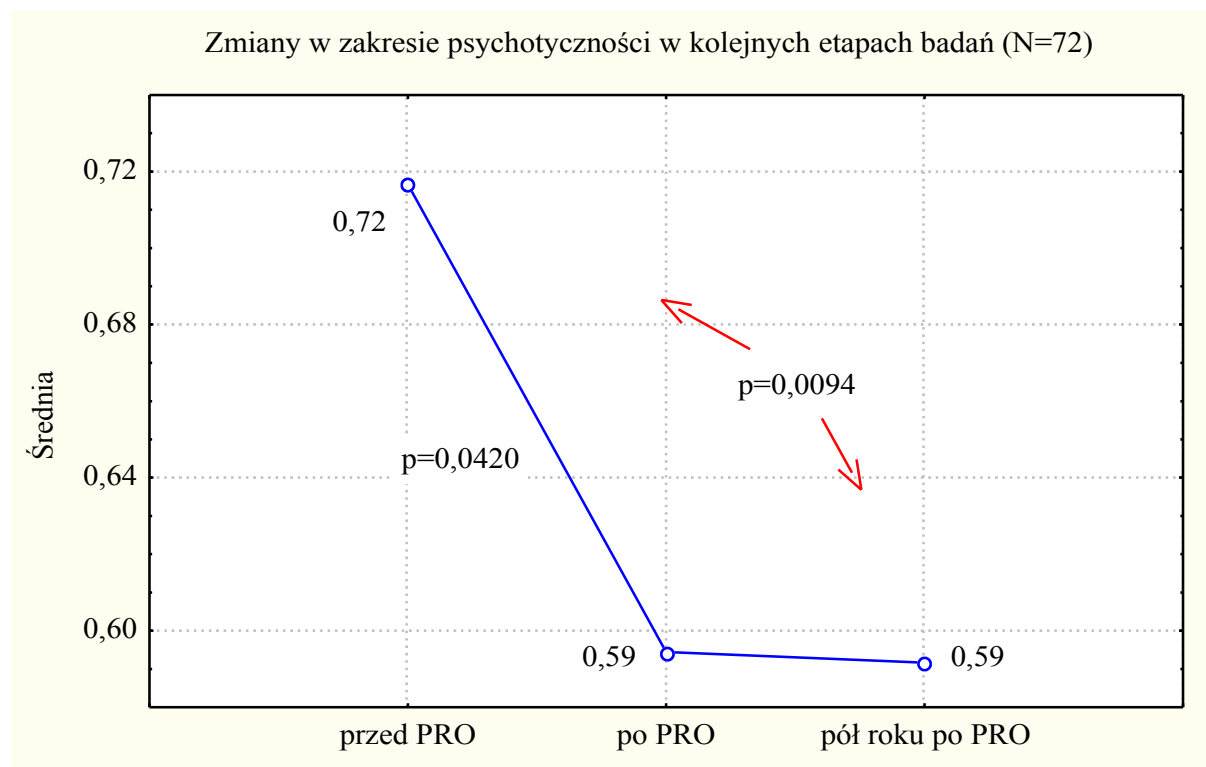
Po ukończeniu PRO nasilenie fobii uczestników istotnie się zmniejsza ( $p=0,0413$ ) w porównaniu do stanu z chwili rozpoczynania PRO. Pół roku po zakończeniu PRO nasilenie fobii uczestników pozostaje na podobnie niskim poziomie, tak, że różnica pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem jest statystycznie istotna na poziomie  $p=0,0151$ . Uzyskane wyniki pozwalają na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach.

Wobec powyższego można przyjąć hipotezę alternatywną, że udział w PRO prowadzi do istotnego zmniejszenia fobii uczestników i zmiana ta ma charakter trwały (utrzymuje się pół roku później).

**Zmiany w zakresie myślenia paranoidalnego**

Zmiany w zakresie myślenia paranoidalnego okazały się statystycznie nieistotne. Uzyskane rezultaty zmuszają zatem do przyjęcia hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach i stwierdzenia, że udział w PRO nie ma istotnego wpływu na nasilenie myślenia paranoidalnego u uczestników.

## Zmiany w zakresie psychotyczności



Nasilenie psychotyczności uczestników zmniejsza się w sposób statystycznie istotny po ukończeniu PRO ( $p=0,0420$ ). Pół roku później psychotyczność uczestników nadal pozostaje na istotnie niższym poziomie w porównaniu do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO ( $p=0,0094$ ). Uzyskane wyniki pozwalają na odrzucenie hipotezy zerowej o braku różnic w kolejnych pomiarach. Można więc przyjąć hipotezę alternatywną, że udział w PRO prowadzi do zmniejszenia psychotyczności uczestników i zmiana ta ma charakter trwały (utrzymuje się pół roku po zakończeniu PRO).

## Podsumowanie i interpretacja wyników

Uczestnicy PRO uzyskali dobre rezultaty w zakresie badanych zmiennych już w chwili rozpoczynania PRO. Szczególnie zwracają uwagę bardzo niskie wyniki badanej grupy w skali kłamstwa mierzącej tendencję do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle oraz w skali poczucia kontroli (wskazujące na wewnętrzne poczucie kontroli). Podgrupa mężczyzn uzyskała w obu tych skalach najniższe wyniki ze wszystkich badanych dotychczas grup. Ponadto uczestnicy mieli stosunkowo niskie nasilenie objawów psychopatologicznych, stosunkowo niski poziom lęku jako cechy oraz przeciętny poziom empatii w porównaniu do innych grup badanych tymi samymi narzędziami.

Udział w PRO spowodował u uczestników trwale obniżenie (utrzymujące się pół roku po PRO) lęku jako cechy osobowości oraz objawów psychopatologicznych takich jak natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, lęk, fobie i psychotyczność.

Interpretując uzyskane rezultaty zgodnie z koncepcjami badanych zmiennych, jakie leży u podstaw konstrukcji kwestionariuszy, należy stwierdzić, że trwale obniżyła się, uwarunkowana doświadczeniami z okresu wczesnego dzieciństwa (m.in. stosunkiem do rodziców i sytuacjami karaniami) podatność uczestników PRO na reagowanie stanem lęku w sytuacjach zagrożenia, a zwłaszcza podatność na reagowanie lękiem w sytuacjach zagrożenia

ego (w sytuacjach interpersonalnych). Trwale zmniejszyła się także ich tendencja do spostrzegania świata jako bardziej zagrażającego niż jest w rzeczywistości (Sosnowski 1977, ss. 349-351). Do trwałych zmian po PRO należy zaliczyć również rzadsze występowanie wśród uczestników zachowań charakterystycznych dla klinicznego zespołu natręctw: myśli, impulsów i działań, doświadczanych jako nie do powstrzymania i nieodpartych, choć niechcianych i nie swoich, czy też zachowań identyfikowanych jako ogólniejsze zaburzenia poznawcze (np. pustka w głowie, ciągle powracanie do wspomnień problemów, kłopotów). Trwale zmniejszyło się ich poczucie nieadekwatności interpersonalnej i niższości przy porównywaniu się z innymi osobami. Zwiększyło się ich poczucie własnej wartości, zmniejszyła zaś tendencja do samodeprecjacji. W mniejszym stopniu przeżywają znaczący dyskomfort i niepokój w relacjach interpersonalnych. Wykazują niższe niż w chwili rozpoczynania PRO poczucie wyczulonej samoświadomości i zmniejszają się ich negatywne oczekiwania wobec kontaktów z ludźmi. W istotnie mniejszym stopniu przeżywają niepokój, nerwowość i napięcie (podobne jak objawy somatycznego uzależnienia np. "drżączka") uogólniony lęk, ataki paniki, uczucia dysocjacji, a także epizody agorafobii, lęki związane z podróżowaniem, otwartymi przestrzeniami, tłumem, kontaktami z ludźmi, czy miejscami publicznymi i pojazdami. W istotnie mniejszym stopniu przejawiają tendencję do zachowań psychotycznych, jak i charakterystycznych dla rzekomego procesu psychotycznego (Derogatis, Lipman, Covi 1973, ss. 13-28). Zmiany w tym ostatnim zakresie mogą u osób uzależnionych być wyrazem osłabienia mechanizmu rozpraszania i rozdławiania „Ja” (Mellibruda 1997, s. 300).

Do zmian nietrwałych (nie utrzymujących się pół roku po zakończeniu PRO) należy zaliczyć zmiany w zakresie empatii, tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogości. Empatia najpierw istotnie wzrosła po ukończeniu PRO, a następnie (pół roku później) nieco obniżyła się, natomiast tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogość po PRO istotnie spadły, lecz pół roku później wzrosły do poziomu z chwili rozpoczynania PRO.

Interpretując zmiany w zakresie empatii zgodnie z koncepcją Węglińskiego, należy sądzić, że po ukończeniu PRO jego uczestnicy posiadają większą zdolność do szukania bliskości z innymi ludźmi poprzez współdzwiężenie emocjonalne, sympatyzowanie z innymi w zakresie przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwość na innych ludzi, wczuwanie się w ich stany i przeżycia, gotowość do poświęcenia się dla innych. Są bardziej skłonni do zachowań prospołecznych, odpowiedzialności za innych, altruizmu, życzliwości, serdeczności, tolerancji, opieki, zaś mniej skłonni do zachowań o charakterze agresywnym i egoistycznym (Węgliński 1984, ss. 113-114; Węgliński 1987, ss. 64-65). Jednakże korzystne zmiany w tym zakresie były stosunkowo nietrwałe i pół roku po zakończeniu PRO nasilenie opisywanych cech wykazywało tendencję do zmniejszania się. Podobne zjawisko występuje w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle uczestników. Tendencja ta, bardzo niska w chwili rozpoczynania PRO w porównaniu do innych grup, zmniejsza się jeszcze bardziej w chwili kończenia PRO. Jednak zmiana ta nie utrzymuje się pół roku później. Tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle powraca wówczas do poziomu z chwili rozpoczynania PRO. Także wrogość uczestników (skłonność do przeżywania uczuć rozdrażnienia, irytacji, impulsywnego niszczenia przedmiotów, oraz częstych i niekontrolowanych wybuchów złości), stosunkowo niska na początku PRO, po PRO zmniejsza się jeszcze bardziej, lecz w sposób nietrwały (Derogatis, Lipman, Covi 1973, ss. 13-28). Pół roku po PRO nasilenie wrogości uczestników powraca do poprzedniego poziomu.

Udział w PRO nie doprowadził do jakichkolwiek istotnych zmian w zakresie poczucia kontroli, somatyzacji, depresji i myślenia paranoidalnego. Uczestnicy wykazywali już na

początku silne przekonanie o wewnętrznej kontroli wzmocnień w porównaniu do innych badanych grup, tj. przekonanie o posiadaniu wpływu na swoje życie oraz przekonanie o możliwości kontrolowania własnego losu w codziennych sytuacjach (Drwal 1979, ss. 69-70). Udział w PRO pozostał bez istotnego wpływu na ich silne wewnętrzne poczucie kontroli. Podobnie nie zmienił się w kolejnych pomiarach stosunkowo niski już na początku poziom dyskomfortu wynikającego z doznawanych objawów somatycznych związanych z mięśniem sercowym, żołądkiem, układem oddechowym oraz innymi narządami autonomicznymi, ani nie zmieniło się niskie nasilenie bólów głowy, pleców, mięśni i somatycznych objawów lęku. Ponadto uczestnicy PRO stosunkowo rzadko uskarżali się na początku Programu na objawy dysforii, obniżonego nastroju, rzadko stwierdzali u siebie znaczące wycofanie zainteresowania jakąkolwiek aktywnością, brak motywacji, brak energii życiowej, uczucie beznadziejności i bezradności, czy też myśli samobójcze. Także w tym zakresie nie wystąpiły znaczące zmiany. Podobnie uczestnicy PRO raczej nie przejawiali tendencji do myślenia paranoidalnego, myślenia projekcyjnego, podejrzliwości, egocentryzmu, iluzji, braku autonomii i urojeń wielkościowych i nie zmienili się znacząco pod tym względem po ukończeniu PRO (Derogatis, Lipman, Covi 1973, ss. 13-28).

Na podstawie powyższego należy uznać, że uczestnicy PRO uczynili poprzez udział w Programie znaczący postęp w dalszym zdrowieniu z uzależnienia lub współuzależnienia, w rozwoju osobistym oraz zwiększyli umiejętności nawiązywania zdrowych kontaktów z ludźmi. Ponieważ w dziedzinie pomocy psychologicznej podstawowym narzędziem pracy jest osobowość pomagającego, należy zatem sądzić, iż stali się także poprzez udział w Programie bardziej wiarygodni i bardziej kompetentni jako osoby nieprofesjonalnie zajmujące się pomocą innym uzależnionym i współuzależnionym, a przez to lepiej przygotowani do pełnienia roli nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.



## Efekty udziału w PRO w opinii uczestników

Pół roku po zakończeniu PRO uczestnicy odpowiadali na pytanie otwarte: *Czy udział w PRO spowodował jakieś zmiany w Twoim życiu? Jeśli tak, wpisz co zmieniło się u Ciebie w ciągu ostatnich miesięcy od zakończenia PRO:*

- w relacjach z bliskimi Ci osobami:
- w relacjach z innymi ludźmi:
- w Twoich poglądach, sposobie myślenia:
- w Twoich emocjach, sposobie odczuwania:
- inne:

Tak sformułowane pytanie nie sugerowało, że musiały zaistnieć jakieś zmiany, ani też, że musiały to być zmiany na lepsze. Oczekiwano zatem, że część uczestników zauważy u siebie korzystne, a część niekorzystne zmiany, część zaś z kolei nie stwierdzi żadnych zmian. Spodziewano się także, że duża grupa osób w ogóle pozostawi to pytanie bez odpowiedzi. Poniższa tabela prezentuje uzyskane rezultaty:

Zmiany w życiu uczestników PRO po ukończeniu Programu (N=73)		
Typ zmian:	liczba osób	odsetek osób
korzystne zmiany	64	88
zmiany zarówno korzystne jak i niekorzystne	6	8
niekorzystne zmiany	0	0
nie wiadomo (brak odpowiedzi)	3	4

Tylko trzy osoby (zaledwie 4% spośród 73 osób, które odesłały kwestionariusze pół roku po zakończeniu PRO) pozostawiły to pytanie bez odpowiedzi. Pozostali uczestnicy, odpowiedzieli na to pytanie, uwzględniając niemal każdy spośród wymienionych aspekt zmian. Prawie wszyscy opisywali korzystne zmiany w swoim życiu. W przypadku sześciu osób (8% spośród 73 osób, które odesłały kwestionariusze) nie można jednoznacznie ocenić zmian w ich życiu jako wyłącznie korzystnych czy niekorzystnych. Nikt natomiast nie pisał o samych niekorzystnych zmianach.

Poniżej przedstawiono pogrupowane w zależności od dziedziny której dotyczyły, opinie 64 uczestników (88% spośród 73 osób, które odesłały kwestionariusze), którzy opisywali tylko korzystne zmiany w swoim życiu. Opinie tych sześciu osób, które niejednoznacznie oceniały zmiany w swoim życiu po PRO, przedstawiono dalej w całości.

Przedstawiony poniżej sposób pogrupowania odpowiedzi na pytania otwarte ma charakter arbitralny – możliwe są inne sposoby grupowania według innych kryteriów. Pozostawiono odpowiedzi uczestników w tych rubrykach, w których je wpisywali, pomimo iż zdarzało się, że odpowiadając na pytania o sposób myślenia, pisali oni o swoich emocjach (i odwrotnie). Aby uniknąć dzielenia jednej wypowiedzi na części, odnoszące się do różnych (lecz często powiązanych ze sobą) aspektów zmian, arbitralnie wybierano w każdej wypowiedzi dominujący wątek i zgodnie z nim przyporządkowywano wypowiedź do określonej kategorii.

Osobno i w całości przedstawiono opinie sześciu osób, które niejednoznacznie oceniały zmiany po PRO, bo tylko w ten sposób można było je zrozumieć i próbować zinterpretować.

## Zmiany w relacjach z bliskimi osobami

Niemal wszyscy uczestnicy PRO opisywali korzystne zmiany w kontaktach z bliskimi osobami, jakie zaobserwowali u siebie w związku z ukończeniem PRO.

### Poprawa kontaktów

Najwięcej, bo aż 31 osób pisało ogólnie o poprawie kontaktów z rodziną, niekiedy uzasadniając to zmianą swojej postawy i opisując przy tym zmiany w swoim zachowaniu, które umożliwiły poprawę relacji z bliskimi. Poniżej przytoczono niektóre odpowiedzi uczestników zaliczone do tej kategorii:

*Mam lepszy kontakt z mężem, synem i mamą. Jestem bardziej cierpliwa, mam wrażenie, że więcej rozumiem i łatwiej mi się pogodzić z czymś, co nie jest zgodne z moim myśleniem. Więcej czasu spędzam z synem na rozmowach, więcej się śmiejemy. Mam dużo serca i zrozumienia dla mojej mamy.*

*Bardzo zależało mi, żeby coś się zmieniło w moim małżeństwie i to osiągnęliśmy z żoną dzięki PRO, wcześniej wszystko się waliło i szło w kierunku rozwodu.*

*Mam lepszy kontakt z żoną i córkami, dużo rozmawiamy o problemach rodziny, przestałem narzucać swoją wolę. Mam lepszy kontakt z zięciem, doprowadziłem do tego, że przestał traktować mnie jak rywala.*

*Polepszył się mój kontakt z synem, ojcem i matką.*

*W relacji z mamą myślę, że znacznie. Przed PRO moje stosunki z mamą były dosyć napięte, mama często mnie drażniła i denerwowała. Po PRO nasze relacje są zupełnie inne, mam dużo tolerancji i zrozumienia, spokoju i cierpliwości, częściej rozmawiamy i uśmiejemy się do siebie. Mniej denerwują mnie też błędy mojego dziecka. Mam wrażenie, że żyje się nam znacznie lepiej.*

*Nawiązałem kontakt z bliskimi, jednak moja ostrożność w podejmowaniu decyzji [nadal] jest.*

*Znacznie lepszy kontakt z dziećmi i mężem; więcej radości w kontaktach; planujemy wspólny czas wolny.*

*Przez pierwsze 4 miesiące zauważałam powolne zmiany na lepsze, miałam lepszy kontakt ze wszystkimi domownikami. Obecnie coś się popsulo. Wszyscy żyjemy obok siebie. Wierzę, że to minie (może jak się zmieni pogoda!).*

*Stałam się spokojniejsza, mniej kłócę się z domownikami, mam więcej cierpliwości.*

*Jestem bliżej swoich dzieci. Słyszę, kiedy do mnie mówią. Lepiej się rozumiemy i łatwiej rozwiązujemy zaistniałe problemy. Dałam mężowi możliwość wzięcia odpowiedzialności za swoje życie. Przestałam obarczać się winą za niepowodzenia w naszym małżeństwie. Mażeńskich niepowodzeń nie traktuję jako osobistej porażki. Myślę, że teraz nasze małżeństwo jest bardziej prawdziwe i uczciwe. Rozstanie z mężem nie byłoby dla mnie upokorzeniem, nie zmniejszyłoby poczucia własnej wartości.*

*Zawarcie bliższych kontaktów z rodzeństwem. Przyjaźń (znajomość) z dziewczyną.*

*Określiłam swoje stosunki z rodzicami i nie mam poczucia winy. Związek, który zakończyłam w czasie PRO powoli staje się przeszłością. Ostatnio zaczęłam się spotykać z mężczyzną, z którym czuję się dobrze i bezpiecznie. To jest takie naturalne i oczywiste. Przed PRO nie mogło być bez jakiś komplikacji.*

*Odzyskałem zaufanie rodziców.*

*Poprawa relacji z żoną (szczerłość) i matką.*

*W moich relacjach z bliskimi mi osobami zmieniło się dużo. Przede wszystkim zmieniłam stosunek do najbliższych. Zrozumiałam i zaakceptowałam chorobę ojca, matki, siostry. Żyje mi się z nimi szczęśliwie. Mimo, że oni się nie zmienili. Nie irytuje mnie ich zachowanie, nie odczuwam lęku, czasami się boję. Lecz wiem co mam robić i gdzie się zgłosić w razie problemu. Na każdego z rodziny patrzę z pozycji, że każdy chce być kochany, lubiany i szanowany. Tylko zachowania moich bliskich są chore. Gdy zdarza się coś niepozytywnego, to potrafię rozróżnić, które z moich zachowań dochodzi do głosu, chore czy zdrowe.*

*Łatwiej mi zrozumieć postępowanie bliskich, wybaczać. łatwiej wyznaczam swoje granice. Poprawiłem kontakt z synem – jest wspaniały.*

*Stałem się łagodniejszy dla siebie. Zrozumiałem, że są rzeczy na które nie mam wpływu. Stałem się mniej wybuchowy. Poprawiłem kontakt z dziećmi i żoną. Uwolniłem z niewoli żonę. Ona też ma swoje sprawy.*

*Nawiązałam głębszy kontakt z córką i synem. Więcej ze sobą rozmawiamy i staramy się wspólnie rozwiązywać nasze sprawy. Nie urabiam swoich bliskich na swoje kopyto, daję im prawo do bycia sobą, jestem bardziej tolerancyjna.*

*Myślę, że po PRO wiele się w moim życiu zmieniło, spokój, który jest we mnie, pozwala mi słuchać i rozumieć moją żonę i dziecko. Talk naprawdę dopiero po PRO zrozumiałem, jak bardzo je kocham i ile miłości i zrozumienia, a także oparcia, otrzymuję od nich.*

*Plakałem razem z córką słuchając Rynkowskiego i „Natali”, było nam dobrze z tymi łzami. Kocham żonę, córkę, potrafię im to powiedzieć, potrafię też mówić to, z czym się nie zgadzam. Jesteśmy razem, jesteśmy Rodziną.*

*Zawiązała się bliższa więź między mną a dziećmi. Teraz wiem, co to jest miłość (nie tylko do rodziny).*

*Bardzo poprawiły mi się stosunki z moimi rodzicami. Przedtem było dużo nienawiści, wybuchów złości, teraz lubię z nimi przebywać, odwiedzać ich.*

*Częściej rozmawiam z matką, z którą mieszkam. Nadal nie mam kontaktu z moimi synami, ale jestem w trakcie rozprawy cywilnej o dopuszczenie kontaktów poza ich miejscem zamieszkania (...).*

*Zdecydowanie polepszyły się moje kontakty z dziećmi. Bardziej i dojrzej rozumie swoje dzieci. Odpowiedzialnie kieruję wychowaniem swoich synów. Jestem gotowa do stworzenia bliskiego i odpowiedzialnego związku z mężczyzną, którego kocham. Związku opartego na prawdzie i uczciwości, oraz na dawaniu tego, co jest we mnie dobre i wartościowe.*

*Mam lepszy kontakt z dziećmi, spędzam z nimi więcej czasu. Jestem bliski rozwiązania konfliktu i napięć z siostrą (dostrzegam istotę problemu – chociaż się tego boję, już tego nie unikam). Zrozumiałem, na czym polega bliskość z kobietą (seks służył mi do rozładowania napięcia, ale także był namiastką bliskości z żoną).*

## **Otwartość**

Dziesięć osób zauważyło u siebie po PRO przede wszystkim większą otwartość wobec bliskich:

*Jestem bardziej otwarta, staram się wyrażać swoje uczucia nie czekając, aż ktoś się domyśli, czego mi potrzeba. Staram się być „cieplejsza”.*

*Potrafię wyraźnie mówić o tym co w danej chwili czuję. Mam nadal problemy z wyrażaniem złości w sposób bezpieczny, choć po warsztacie „Przeżywanie złości” na niższym progu pobudzenia czuję co się ze mną dzieje. Łatwiej mi też rozmawiać z synem i zdobywać jego zaufanie.*

*Bardziej naturalnie okazuję swoje uczucia i mówię o nich.*

*Przełamuję bariery dotyczące wyrażania uczuć w stosunku do najbliższych. [Robię] bardzo małe postępy w zakresie otwartości, dzielenia się swoimi troskami (bariera – nie obciążać innych).*

*Większa otwartość, mówienie o tym, co czuję bez lęku i obawy, że zostanę wyśmiana. Coraz częściej udaje mi się mówić „przepraszam”. Przed wszystkim staram się nie krzywdzić moich bliskich, mam na myśli męża, bo z dalszą rodziną nie mam kontaktu. Mam poczucie bezpieczeństwa i daję poczucie bezpieczeństwa, nie obwiniam i nie czuję się winna za wiele sytuacji, które mają miejsce lub miały w przeszłości. W kłótniach nie używam słów „zawsze”, „nigdy”. Myślę, że moje relacje z bliskimi są coraz bardziej pozytywne, ale potrzebuję jeszcze więcej czasu, aby to wszystko poukładało się.*

*Zdobyłem się na uczciwy list do dziewczyny, na której mi zależało. Rezultat: po 2 latach przestaliśmy się spotykać. Okazało się, że moje zaangażowanie było bez wzajemności. Większa swoboda, luz, w kontakcie z ojcem, siostrą, braćmi. Dystans wobec matki, ale bez wrogości.*

*Rozmawiam o wielu sprawach, których kiedyś unikałem, jestem bardziej szczery.*

*Większa uczciwość, szczerość, mniej lęku o siebie, świadomość swoich problemów, większa łatwość w znajdowaniu źródeł swych zachowań czy stanów emocjonalnych.*

### **Uwaga na potrzeby bliskich**

Siedem osób zaczęło przejawiać większą uwagę na potrzeby swoich bliskich:

*Bardziej i częściej analizuję [ich] zachowania i potrzeby. Jestem bardziej uważny, poświęcam bliskim więcej czasu.*

*Wyraźniej ich widzę i czuję.*

*Więcej czasu poświęcam na słuchanie.*

*Myślę, że na pewno coś się zmieniło np. to że zaczęłam zwracać większą uwagę na bliskich, stąd niewiele mogę napisać na swój temat.*

*Bardziej uważny, życzliwy, serdeczny.*

*Jestem spokojniejsza, uważniejsza, więcej słucham, mniej mówię, zostawiam więcej swobody, nie ingeruję bez potrzeby w sprawy dzieci, staram się rozmawiać i rozwiązywać problemy, mówię o swoich emocjach.*

*Umiem bardziej i uważniej słuchać swoje dzieci. Umiem starszej córce powiedzieć, że Ją kocham. Słowo kocham słyszą ode mnie częściej. Umiem powiedzieć im co czuję, gdy mnie coś boli z ich strony.*

## **Tolerancja**

Pięć osób zauważyło u siebie zwiększenie tolerancji wobec członków rodziny:

[Udział w PRO] zwiększył tolerancję i zrozumienie postępowania osób bliskich. Akceptacja inności przeżywania uczuć i indywidualności każdej osoby.

*Akceptuję ich osobiste poglądy, potrzeby, obrany kierunek w życiu, jestem bardziej tolerancyjna i wyrozumiała dla członków rodziny. Przeprowadzam dyskusje, jednak decyzje pozostawiam do podjęcia każdemu z osobna i się z nią zgadzam. Uważam, że każdy ma prawo do życia według własnych potrzeb i upodobań.*

*Z pewnością tak, dzięki wspaniałej grupie poszerzyły się moje horyzonty spojrzenia na matkę, mojego syna, nie czuję do niej gniewu. Również w relacjach z moimi bliskimi jestem bardziej tolerancyjny.*

*Przez to, że dzisiaj lepiej rozumiem motywy zachowań najbliższych, wzrosła moja tolerancja dla ich zachowań. Osiągam przez to większy spokój wewnętrzny i związane z tym poczucie bezpieczeństwa.*

*Jestem bardziej tolerancyjny wobec zachowań żony, córki i mamy, w większym stopniu akceptuję ich „tu i teraz”; czuję, że są mi bardzo potrzebni; zdecydowanie zrezygnowałem z pozycji wszytkowiedzącego, o wszystkim decydującego - „ze środka przeniosłem się na orbitę”. Łatwiej okazuję uczucia: miłość, wdzięczność, złość, częściej rozmawiamy i więcej czasu spędzamy ze sobą (staram się słuchać tego, co mówią i być bardziej uważnym na to, co pokazują).*

## **Asertywność**

Cztery osoby stały się bardziej asertywne wobec bliskich:

*Nie godzę się na wszystko, co mnie rani, na wykorzystywanie. „Złapałam” dystans; nie czuję się związana tak jak do tej pory, po okresie złości przyszedł okres wyciszenia.*

*Wyraźniej określam swoje granice.*

*Nie pozwalam się wykorzystywać. Jestem bardziej stanowcza. Nauczyłam się słuchać tego, co do mnie mówią. Jestem spokojniejsza; mniej się złościę.*

*W relacjach z bliskimi staram się szanować ich poglądy, ale jeżeli jestem pewna swoich racji, nie ulegam. Staram się być serdeczna i miła, ale zawsze Być Sobą.*

## **Pewność siebie**

Trzy osoby opisując zmiany w relacjach z bliskimi po PRO, w pierwszej kolejności wymieniały większą pewność siebie:

*Czuję się pewnie w relacjach mąż syn przez to, że umiem być pewna swoich wartości i że moje zachowanie jest takie a nie inne w danej chwili. Uwolniłam się od cierpień i poczucia krzywdy, winy, staram się zawsze w relacjach odnosić do siebie co chciałabym usłyszeć lub jak ja bym się czuła, jeśli zachowałabym się tak, jak ja w danej chwili. Takie zmiany w moim życiu spowodowały, że moje życie jest szczęśliwsze (porządek świata zaczął się układać).*

*Jestem bardziej zdecydowany i otwarty.*

### **Łatwiejsze rozwiązywanie konfliktów**

Dwie osoby po PRO łatwiej rozwiązują konflikty z bliskimi.

*Łatwiej rozwiązujemy różniące nas poglądy.*

*Łatwiej mi znosić trudne sytuacje w rodzinie. Sprawy niegdyś bardzo trudne, problemy, wydawałyby się nie do rozwiązania, okazały się być mniej ważne i absorbujące. Przestały być problemem.*

### **Brak zmian**

Dwie osoby nie zauważyły istotnych zmian.

*Nie potrafię dostrzec istotnych zmian.*

*Bardzo trudny kontakt.*

### **Zmiany w relacjach z innymi ludźmi**

#### **Asertywność**

Dziesięć osób zachowuje się po PRO bardziej asertywnie w kontaktach z innymi ludźmi:

*Łatwiejszy kontakt z nowymi ludźmi; lepsze relacje, głębsze ze znajomymi (współpracownikami); jestem odporna na krytykę – już mnie nie rani i łatwiej sobie radzę z krytyką.*

*[Stałam się] mniej wrażliwa na krytykę.*

*Dzięki pozytywnemu nastawieniu do ludzi i życia mam szerszy krąg znajomych, z którymi lubię przebywać. Pomagam innym, ale umiem też odmówić pomocy nie czując przy tym wyrzutów sumienia. Pomoc, ale nie za wszelką cenę, żeby tylko nie urazić drugiego.*

*Przestałem jeździć i czuć się wykorzystywany przez współnika w handlu. Serdecznie i ciepło spotykam się z dziewczynami i chłopakami z PRO. Łatwiej mi zrozumieć postępowanie innych ludzi.*

*Częściej wyrażam swoje potrzeby, mówię o swoich oczekiwaniach i żądaniach względem innych osób. Łatwiej nawiązuję pierwsze kontakty z obcymi (nowymi) ludźmi, mniej niepokoję się przed rozmową z klientami, łatwiej znoszę odmowę.*

*Złagodniałam, choć jestem stanowcza.*

#### **Pewność siebie**

Dziewięć osób zyskało przede wszystkim większą pewność siebie:

*Łatwość w obcowaniu z obcymi, większa pewność siebie, komunikatywność.*

*Czuję się pewniej, jestem bardziej zadowolona z kontaktów z innymi ludźmi, bardziej otwarta na nowe znajomości.*

*Uznanie.*

*Czuję większą pewność siebie w kontaktach z nowopoznanymi ludźmi. Łatwiej mi wyrażać moje własne uczucia i odrębne zdanie w różnych sprawach. Umiem też słuchać tego co ktoś mówi, nie przerywając mu niepotrzebnie, aż skończy mówić.*

*W pracy zaangażowałem się we wspólne sprawy. Zabieram głos nawet na wspólnych zebraniach. Czego nie robiłem. Zacząłem wspierać i opowiadać się po stronie ludzi, na których mi zależy. Zacząłem pisać listy i pocztówki z życzeniami. Poczulem, że zbliżyłem się do ludzi. Jest kilka sytuacji, gdzie widzę, że jestem z ludźmi w konflikcie (kiedyś unikałem tego i czułem się winny).*

*Często mam zupełnie odmienne zdanie i cieszę się z tego, choć nie chcę nikomu tego zdania wciskać. Tak naprawdę nie interesuje mnie opinia innych ludzi na mój temat. Cieszę się, że mogę chodzić na własnych nogach.*

*Czuję się mniej skrępowany w sytuacji towarzyskiej, jestem swobodny i nie staram się zabiegać o oznaki zainteresowania moją osobą.*

## **Tolerancja**

Osiem osób nauczyło się większej tolerancji wobec innych ludzi:

*W relacjach z innymi ludźmi nauczyłam się tolerancji. Wiem teraz, że nie każdy musi mówić i myśleć, postępować tak jak ja tego oczekuję. Tyle ile jest ludzi, tyle może być różnych zdań, ale to wcale nie znaczy, że nie mam bronić swojego zdania i swojej racji.*

*Większa umiejętność słuchania z mojej strony, większa tolerancja.*

*Zrozumienie indywidualnego sposobu kojarzenia faktów, akceptacja braku zrozumienia postępowania ludzi.*

*Nie ma tematów tabu, nie narzucam swoich poglądów.*

*Spokojniejszy, tolerancyjny, cierpliwszy.*

*Dąłem prawo ludziom być takimi, jakimi są, a nie takimi, jakimi chciałbym ich widzieć. Dąłem im prawo do błędu i pomyłki.*

*Moje relacje oparte są w większości na dawaniu ludziom prawa do ich zachowań i poglądów; staram się je zrozumieć, a nie negocjować. Nie narzucam ludziom swoich poglądów i sposobu myślenia. Jestem bardziej wobec nich tolerancyjny.*

*Nie oceniam wypowiedzi innych, a często zdarzało mi się to. Jestem bardziej uważna, nie krytykuję. Gdy coś mówię, to mówię jasno, o co mi chodzi. Nie pozwalam innym manipulować sobą i ja nie manipuluję innymi. A poza tym chętnie pomagam innym, po prostu jestem otwarta na ludzi.*

## **Otwartość**

Siedem osób zauważyło u siebie przede wszystkim większą otwartość:

*Jestem bardziej otwarty, dzielę się swoimi uczuciami.*

*Większa bezpośredniość, otwarcie, mniej wstydu za siebie i swoje życie, większa pewność siebie, życzliwość i zrozumienie dla drugiej osoby, większa zgoda i tolerancja dla drugich.*

*Nauczyłam się mówić wprost do ludzi co czuję i co mi to robi w danej chwili. Przestałam się czuć nie rozumiana i krzywdzona, cierpiąca przez innych ludzi. Umiem mówić o sobie, o wadach, zaletach, błędach i sukcesach.*

*Doszedłem do przekonania, że jest to dobry czas, by dzielić się swoimi doświadczeniami bardziej odpowiedzialnie.*

*Coraz częściej wyrażam własne zdanie, dotychczas tylko słuchałem.*

*Jestem bardziej otwarty na ludzi, potrafię się komunikować, PRO pomógł mi w widoczny dla mnie sposób przełamywać opory np. publiczne wystąpienia, warsztaty, itp.*

*Jestem bardziej otwarta, mniej podejrzliwa; pokojowe nastawienie do wszystkich ludzi; mam w sobie więcej życzliwości, cieszy mnie, gdy mogę komuś pomóc.*

### **Zrozumienie dla innych**

Również siedem osób opisywało większe zrozumienie dla innych ludzi:

*Przyjmuję ludzi jakimi są, rozumiem każdego, cieszę się razem z ich radościami, współczuję, gdy mają kłopoty, o ile poproszą – wypowiadam swój pogląd na sprawę, ale decyzję pozostawiam dla każdego.*

*Bardziej rozumiem innych ludzi. Potrafię się poświęcić pomagając innym. Sprawia mi to zadowolenie. Jestem bardziej lubiany.*

*Pogoda i spokój, większe zrozumienie praw do samostanowienia każdego o sobie, w tym mnie.*

*Akceptacja każdego człowieka, zarazem zrozumienie i współczucie – dobre.*

### **Uwaga na innych**

Sześć osób stało się bardziej uważnych w kontaktach z innymi ludźmi:

*Stałam się uważniejsza na innych, mniej egocentryczna.*

*Jestem uważna na relacje z ludźmi, staram się wysłuchać, nie nudzić, nie wchodzić w konflikty, uczyć się opanowania swoich emocji w kontaktach z ludźmi.*

*Jestem bardziej uważna w słuchaniu i mówieniu, staram się nie narzucać własnego zdania oraz nic nie sugerować. Jestem bardziej miła, uprzejma i spokojna.*

*Umiem ich słuchać i czuję ich.*

*[Jestem] zdecydowanie uważniejsza, bardziej tolerancyjna. Ludzie nie ranią mnie – większa odporność psychiczna. [Mam] więcej życzliwości wobec tych, z którymi jest mi trudniej pracować, współżyć – akceptacja innych; więcej zaufania do ludzi; inny stosunek do ocen: krytyki, pochwał (umiem przyjmować i korzystać z tego).*

*Zdecydowanie więcej słucham, unikam dawania rad i wygłaszania opinii.; staram się być zrównoważony, ale jednocześnie szczery i odważny w krytyce; wzrósł mój szacunek dla innych ludzi, więcej czasu poświęcam innym ludziom.*

### **Poprawa kontaktów**

Sześć osób przede wszystkim opisywało poprawę kontaktów z innymi ludźmi:

*Zdecydowanie łatwiejsze kontakty z podwładnymi.*

*Łatwiej porozumiewam się, łatwy kontakt.*



*Również bardzo dużo się zmieniło. Odeszły w zapomnienie ode mnie różne żale w stosunku do znajomych. Bardzo fajnie mi się z nimi rozmawia. Lubię przebywać z ludźmi, nawet tymi, od których doznałam krzywd. Na PRO nauczyłam się mówić wprost do ludzi. Potrafię obronić swoją osobę w różnych kontaktach, jak również i przyznać się do popełnionego błędu i przeprosić. Również tak jak bliskich traktuję też innych ludzi z szacunkiem, zrozumieniem i miłością. Gdy ktoś mnie zrani to informuję go o moich odczuciach.*

*Mniej mnie irytują.*

*Łatwiej nawiązuję kontakty, swobodnie się czuję w rozmowach z innymi, staram się być tolerancyjny i uważny na to, jak kto się czuje i podchodzę do ludzi z większym zrozumieniem. Przestałam obciążać ludzi własną osobą. W ludziach szukam zalet, a nie wad i to przysparza mi coraz więcej przyjaciół i ludzi mi życzliwych.*

### **Weryfikacja przyjaciół**

Cztery osoby uważniej przyjrzały się swoim relacjom z przyjaciółmi i zrezygnowały z utrzymywania niektórych znajomości:

*Trochę odsunęłam się od przyjaciół i znajomych. Chciałam sobie poukładać wiele spraw i zastanowić się nad sprawami, które są dla mnie ważne. Dużo rozmyślałam na temat moich przyjaciół i znajomych oraz o tym, jakie są moje relacje z nimi. Przeprowadziłam lekki „remanent” – myślę, że słusznie.*

*Jakbym dorosła, nabrałam dystansu do ludzi, których nie znam. Nie spoufalam się z każdym. Zostało mi niewiele przyjaciół, ale takich prawdziwych. Mam też sporo zrozumienia dla postępowania innych, chociaż postawiłam sobie jasne granice i nie pozwalam innym ich przekraczać. Jestem bardziej stanowcza i zdecydowana. Mam swoje zdanie.*

*Umiejętność dobierania sobie znajomych.*

*Zauważam inność i indywidualność innych ludzi. Likwiduję kontakty z ludźmi, które uważam za niepotrzebne czy też szkodliwe dla mnie.*

### **Serdeczność**

Dwie osoby stały się bardziej serdeczne:

*W sposób bardzo wyraźny o wiele łatwiej nawiązuję serdeczne kontakty z innymi ludźmi.*

*Zacząłam postępować według zasady – o przyjaciół trzeba dbać.*

### **Rzeczowość**

Jeden z uczestników stara się być bardziej rzeczowy w kontaktach z ludźmi:

*Jestem bardziej konkretny. Trudno mi się dogadać czasem (szczególnie z bardzo bliskimi).*

### **Niezrozumienie w grupie „AA”**

Jeden z uczestników zmienił poglądy na temat roli profesjonalnej terapii w leczeniu alkoholizmu, co jak się wydaje, negatywnie wpłynęło na jego pozycję i kontakty w grupie „AA”:

*W mojej grupie „AA” czuję się niezrozumiany (aluzje, że staram się prowadzić terapię), nie ufam, tak jak przedtem, swoim kolegom z grupy. Na dziś zauważam w grupie różne interesy,*

*interesiki, zależności i układy, co mnie bardzo irytuje i drażni mnie, że nie mam wpływu na to, ponieważ wolę równość i bezinteresowność, co staram się proponować.*

### **Brak odpowiedzi**

Jedna osoba nic nie wpisała w tym miejscu.

### **Brak zmian**

Tylko dwie osoby nie zauważyły u siebie żadnych zmian po PRO w kontaktach z innymi ludźmi.

## **Zmiany w poglądach i sposobie myślenia**

### **Tolerancja**

Piętnaście osób stało się bardziej tolerancyjnych w swoich poglądach:

*Daję innym prawa do odmiennego zdania. Dotychczas dawałem, ale w nikłym stopniu i trudno było mi się pogodzić z tym, że ktoś ma inne zdanie niż ja.*

*Łatwiej [mi] precyzować własne poglądy; częściej przyjmuję, że mogę nie mieć racji; [jestem] bardziej otwarta na poglądy innych; przestałam oceniać innych – uważniej słucham; rewiduję własne poglądy.*

*Większa tolerancja i akceptacja ludzkich zachowań.*

*Mam dużo do dania, ale nie mogę nikogo zmusić, żeby wziął. Inni nie są gorsi, myślą, czują i sami wiedzą co jest dla nich najlepsze. Zaczęłam szukać spokoju i równowagi, gdy jest spokojnie –nie "nosi" mnie.*

*Rozciągniętość poglądów, elastyczność, zmniejszenie krytycznych ocen i uwag w stosunku do innych osób. Zrozumienie, że kobieta i mężczyzna w stosunku do przekazywania uczuć to całkowicie dwie różne, odmiennie postaci.*

*Nie wszyscy ludzie myślą tak jak ja i mają do tego prawo.*

*Zostawiłam oczernianie i krytykę. Każdy ma prawo mieć swój pogląd i sposób myślenia, a przede wszystkim ma prawo do swoich myśli i poglądów.*

*Nie narzucam nikomu swoich poglądów i przekonań.*

*Uznałam inność, odrębność innych ludzi (...).*

*Myślę, że nabrałam większego dystansu do siebie samego i moich relacji z ludźmi, łatwiej mi o akceptację i tolerancję dla siebie i innych. Mam uczucie, że częściej jestem „w głąb” niż „na zewnątrz”.*

*Staram się zrozumieć postępowanie innych osób i nie osądzam, czy jest dobre, czy złe. Dążę do ideału nie zrażając się porażkami.*

### **Pewność siebie**

Jedenaście osób lepiej myśli na własny temat, przez co zyskały na pewności siebie:

*Wydaje mi się, że nabrałam pewności siebie i mam więcej wiary we własne siły. Często myślę pozytywnie na swój temat, bardziej siebie lubię.*

*Bardziej jestem utwierdzony w moim postępowaniu i działaniu.*

*Stałam się pewniejsza siebie, coraz bardziej wierzę, że mogę coś zrobić.*

*Czuję się wewnątrz inna osobą, bardziej jestem zadowolona z siebie i ze swoich decyzji, które podejmuję.*

*Mam poczucie większej wartości siebie, więcej cierpliwości i wytrwałości w dążeniu do celu.*

*Zmiana myślenia w stosunku do oceny, krytyki.*

*Inni są ważni, ale ja też jestem ważna dla siebie. Dbam o swoje potrzeby. Umiem głośno powiedzieć, czego potrzebuję. Z powodu niepowodzeń nie popadam w rozpacz, tylko szukam innej drogi do osiągnięcia zamierzonego celu. To czy jestem szczęśliwa zależy tylko ode mnie. Nie obwiniam innych za swoje porażki i niepowodzenia, ale też na karzę siebie za nie.*

*Jestem bardziej pewny siebie, więcej we mnie wiary, mniej narzekam na siebie. Pomimo, że jestem sam, nie czuję się samotny. Wszystko – lub prawie wszystko sprawia mi zadowolenie.*

*Przestałam się martwić tym „co ludzie powiedzą” i robię tak, żebym ja się z tym czuła dobrze.*

*Wyższa samoocena; „znam swoją wartość”; odwaga w wygłaszaniu swoich opinii (wymaga jednak dalszej pracy); wiara, że jestem zdolna do podejmowania i realizacji zadań trudnych (wiara we własne siły); bliższe (niż dotychczas) pojęcie krzywdy osobistej.*

### **Pozytywne myślenie**

Osiem osób częściej myśli pozytywnie:

*Moje myśli utrzymuję zawsze w kierunku pozytywnym, szybko łapię negatywne myśli i je likwiduję. Nie myślę o przeszłości, patrzę w przyszłość. Sprawia mi wielką radość to, że potrafię przyjmować ludzi i akceptować ich takimi, jakimi są.*

*Zmieniam myślenie o sobie, myślę pozytywnie, sama pracuję na swoje sukcesy.*

*Przestaję krytykować, dużo mam optymizmu, myślenie zmienione do tego stopnia, że żona mówi dobrotliwie, że po PRO zbzikowałem.*

*Częściej myślę pozytywnie. Nabrałem szacunku do samego siebie.*

### **Rozwaga**

Cztery osoby stały się bardziej rozważne:

*Daję sobie czas na przemyślenia, nie podejmuję błyskawicznych decyzji. Daję innym prawo do wyrażania swoich myśli i poglądów, chociaż jest to dla mnie jeszcze bolesne.*

*Myślę, że cały program PRO jest bardzo potrzebny, do wielu spraw podchodzę poważniej, z rozmysłem. Mój sposób widzenia również się zmienił, chcę dla siebie wziąć jak najwięcej bo wiem teraz, że tak naprawdę to ja jestem dla siebie najważniejsza i jest to dla mnie bardzo ważne.*

*Myślę, że nie dojrzałam jeszcze do zdrowego związku z mężczyzną – chyba nie umiem jeszcze kochać.*

## **Zmiana obrazu Boga i postawy wobec religii**

Również cztery osoby zmieniły swoje nastawienie do Boga, Kościoła lub religii:

*Zmieniłem swój sposób widzenia Boga. Z pozycji karzącego sędziego, jego obraz widzę jako zatroskanego ojca przejętego moim losem jako jego syna.*

*Zmienił się mój stosunek do Boga, dostrzegłem w nim nauczyciela. W życiu trzeba nieraz wybierać, ryzykować i trzeba to robić nie tylko we własnej sprawie (inny rodzaj zaangażowania). Zacząłem zastanawiać się nad dobrem i złem. Kompromis nie zawsze jest dobry. Czasami trzeba mówić wprost i ponosić konsekwencje.*

*Zauważam u siebie systematyczny rozwój duchowy. Jestem w okresie silnego kontaktu z religią i wiele odkrywam w tej sferze, choć odkrywam bardzo dużo wątpliwości.*

*Zmieniłem pogląd i sposób myślenia na temat kościoła i wiary. Przestałem zmieniać innych w ich poglądach i sposobie myślenia.*

## **Dojrzałość i odpowiedzialność**

Dwie osoby stały się bardziej dojrzałe i odpowiedzialne:

*Po PRO bardziej i świadomiej jestem odpowiedzialny za swoje postępowanie i podejmowanie własnych decyzji i pewniej czuję się ich autorem.*

*PRO utwierdziło mnie w przekonaniu, że dużo wiem i dużo potrafię, a jednocześnie [dostrzegłem] jak wiele jeszcze przede mną.*

## **Zrozumienie innych**

Dwie osoby uzyskały większe zrozumienie innych ludzi:

*Myślę, że rozumiem ból i rozpacz koalkoholików.*

*Wiem, że moi rodzice nie byli źli, a to, że mój ojciec był przewlekle chory to nie jego wina, a On na pewno chciałby być zdrowy jak inni. (Wydaje mi się, że było to współzależnienie podobne do alkoholowego.)*

## **Poszerzenie horyzontów**

Także dwie osoby poszerzyły swoje horyzonty:

*Rozszerzyły się moje horyzonty, patrzenie na świat, umiem przewidywać niektóre sprawy.*

*Poszerzenie horyzontów, większa elastyczność.*

## **Akceptacja własnej kobiecości**

Jedna z kobiet w pierwszej kolejności podała, że zaakceptowała swoją płć:

*Również zaszło wiele zmian. Dzięki pobyciu na PRO dojrzałam jako kobieta i moje poglądy dotyczące kobiecości się zmieniły. Poczulałam swoją wartość jako kobieta. Mój sposób myślenia uległ zmianie – każdy dzień traktuję jak całą wieczność. Cieszę się gdy budzę się rano, myślę i powtarzam, że zrobię wszystko, aby ten dzień przeżyć jak najpiękniej, rozsiewając wokół uśmiech. Każdy dzień to radość. Wierzę, że pracując nad sobą, ucząc się, mogę jeszcze dużo zmienić w swoim życiu, a zmieniając siebie innym będzie się lepiej żyło ze mną. Daję sobie i innym prawo do błędu.*

Pojedyncze osoby, których odpowiedzi zamieszczono poniżej, zmieniły poglądy na temat swojej samorealizacji, małżeństwa, roli pieniędzy i kobiet, roli profesjonalnej terapii, bądź miały mniej obsesyjnych myśli czy mniej obaw przed śmiercią, zaś jeden z uczestników uporządkował swój światopogląd:

### **Samorealizacja**

*Uważam, że przyszedł czas na moją samorealizację (studia), wiele lat była to sprawa drugoplanowa. Unikam myślenia katastroficznego.*

### **Małżeństwo**

*Diametralnie zmieniłam poglądy na temat małżeństwa i sposobu funkcjonowania w związku. Stopniowo wychodzę z myślenia skierowanego na swoje ego, rozszerzam granice swojej świadomości na życie, na ludzi.*

### **Znaczenie pieniędzy i rola kobiet**

*Ostatnio zacząłem uważać, że pieniądze nie są najważniejsze, ale są bardzo potrzebne aby żyć spokojnie. Sposób myślenia odzwierciedla nasze życie. mam inny pogląd o kobietach i ich roli w życiu mężczyzny. Wiem, że nie pozbędę się negatywnych emocji, ale mogę nauczyć się innych sposobów wyrażania ich.*

### **Rola profesjonalnej terapii**

*(...)Profesjonalna terapia jest niezbędna w zdrowieniu z choroby alkoholowej (przedtem uważałem, że to nie jest konieczne).*

### **Mniej obsesyjnych myśli**

*Mniej mam myśli „obsesji”. Myślę, że o własnym życiu i jego jakości ja decyduję i mam na to wpływ.*

### **Mniej obaw przed śmiercią**

*(...) Śmierć nie jest czymś strasznym (nie boję się jej).*

### **Uporządkowanie światopoglądu**

*Mniej chaosu, więcej uporządkowania. Lepsza konkretyzacja myśli. Niekomplikowanie sobie świata na własne życzenie.*

### **Zmiany trudne do określenia**

Dwie osoby nie potrafiły określić, jakie dokładnie korzystne zmiany nastąpiły w ich poglądach i sposobie myślenia:

*Nie potrafię tego w tej chwili sprecyzować, ale sporo i lepiej się z tym sposobem myślenia czuję. Lepiej też w związku z tym radzę sobie z tymi trudnościami, które mnie spotykają.*

## **Brak odpowiedzi**

Dwie osoby nic nie wpisały w tym miejscu.

## **Brak zmian**

Trzy osoby nie stwierdziły żadnych zmian w swoich poglądach, czy sposobie myślenia.

*Gwałtownych i radykalnych przewartościowań nie widzę, dostałem potwierdzenie, że to co robię jest dobre i wartościowe. Jest to dla mnie bardzo ważne, mam dużo większe zaufanie do swojego postrzegania rzeczywistości.*

*Nie zauważyłam szczególnych zmian.*

## **Zmiany w emocjach i sposobie odczuwania**

### **Równowaga emocjonalna**

Jeśli chodzi o zmiany w zakresie emocji, to najczęściej, bo aż 31 osób podało, że stało się bardziej zrównoważonych emocjonalnie, spokojniejszych, opanowanych, rzadziej popadając w zmienne nastroje:

*Mam dobry czas, spokój wewnętrzny, potrafię uśmiechnąć się do swoich problemów, jest we mnie dużo życzliwości dla ludzi, dla świata. Wdzięczny jestem Bogu, ludziom, sobie za to wszystko, co mi się „przydarza” w trzeźwym życiu.*

*Nie popadam w stany depresji i euforii. Jeśli coś mnie boli, szybko dochodzę do przyczyny.*

*(...) [Uzyskałem] w miarę spokojne spojrzenie na otaczającą mnie rzeczywistość.*

*Jeśli chodzi o emocje wydaje mi się, że bardziej nad nimi panuję. Mam na myśli wybuchy złości. Próbuję, jeżeli się takie pojawiają nie wyładowywać ich na innych ludziach. Jeżeli mi się to zdarzy, to nie na osobach przypadkowych.*

*Czuję się dojrzalsza, bardziej odpowiedzialna, spokojniejsza.*

*Znikła gdzieś złość wewnętrzna, której nie mogłam się pozbyć od czasu picia. Po kilku miesiącach emocjonalnej burzy ostatnio się uspokoiło, złagodniałam, nie „kupuję” tak mocno jak kiedyś uczuć innych, mam do nich pewien dystans.*

*Większy spokój.*

*Jestem bardzo spokojna, nie zamartwiam się jak kiedyś. Kocham wszystko co mnie otacza: rodzinę (jaka jest), ludzi, przyjaciół, przyrodę i zwierzęta itp. Każdy dzień przynosi nowe przeżycia, ale ze spokojem, rozważą i radością. Spokojnie, bez nerwów znajduję wyjście z trudnych sytuacji życiowych. Nie ma spraw, które mnie dołują, żyję o wiele lepiej.*

*W emocjach odczuwam wyciszenie i mniejszą wybuchowość, często kojarzę z brakiem reakcji lub zgodą na niereagowanie. Przy odczuwaniu zwiększona wrażliwość i wyrozumiałość. Większy kontakt i zrozumienie reagowania swojego organizmu, ciała.*

*Umiem lepiej radzić sobie ze swoimi emocjami, panowanie nad nimi stało się dla mnie łatwiejsze.*

[Jestem] *bardziej zrównoważony (...), wrażliwszy na cierpienie innych ludzi.*

*Nie wiem huśtawek nastrojów. Jestem bardziej zrównoważona, bardziej świadoma tego, co się ze mną i wokół mnie dzieje. Od kiedy zaczęłam głośno wypowiadać, to, co jest we mnie, nie wiem skurczów żołądka, biegunek, nudności i kołatania serca (z pewnością występują one rzadziej). Nie czuję się samotna, a kiedy znajduję się sam na sam ze sobą, doświadczam radości i odprężenia.*

*Przestałem się bać wszystkiego i wszystkich.*

*Moje emocje nie są takie rozchwiane, konfrontuję się ze swoimi uczuciami (kiedyś tylko tragizm lub euforia, dziś to znikło). Staram się, aby uczucia, które odczuwam w danej chwili przeżywać autentycznie.*

*Czuję, że w ciągu minionych sześciu miesięcy doprowadziłem do emocjonalnego definitywnego rozstania się z moją byłą żoną (rozwód sądowy orzeczono w 1994 r.). Czuję, że akceptuję siebie takim jakim jestem. Jeśli chodzi o mój alkoholizm i mój system wartości, z mniejszym lękiem i większym zaufaniem do samego siebie mogę brać odpowiedzialność za to co mówię i robię.*

*Staram się kontrolować swoje emocje, uczę się przebaczać innym i sobie. Poznają bardziej siebie i uczę się wyrażać swoje uczucia.*

*Jestem spokojniejsza i bardziej opanowana. Nie ma we mnie strachu. Częściej się śmieję i umiem się cieszyć nawet z małych rzeczy.*

*Coraz częściej odczuwam lęk, kołatanie serca. Mniej natomiast jest „huśtawek emocjonalnych” zdecydowanie!*

*Wewnętrzny spokój (uporządkowałam sprawy z ojcem). Szczególnie mocno odczuwam brak rodziny. Od momentu ukończenia PRO gnębi mnie dosyć często tęsknota za ogniskiem domowym. Pojawiła się potrzeba ciepła, miłości.*

*Jest mi łatwiej być opanowanym; jestem bardziej wrażliwy na piękno.*

*Często odnoszę wrażenie, że moje emocje są bardzo „stonowane”. Jest we mnie dużo chęci słuchania innych i dużo zrozumienia. Pozwala mi to żyć bardziej spokojnie. Rzadko zdarza mi się osiągać szczytowe stany zdenerwowania. Potrafię przeżywać radość i smutek, nie boję się nimi dzielić z moimi bliskimi oraz z innymi ludźmi. Przed PRO zawsze uważałem, że żyje mi się dobrze, ale było w tym dużo pustki uczuciowej i nie byłem szczęśliwy. Teraz mam jasność kogo kocham, kogo lubię, kto jest moim przyjacielem. I są chwile, że naprawdę mogę powiedzieć, że jestem szczęśliwy. Dziękuję Wam (-).*

### **Lepszy kontakt z emocjami**

Liczna grupa osób (23 uczestników) uzyskała lepszy kontakt z własnymi emocjami:

*Nie uciekam ze skrajności w skrajność, jestem w kontakcie ze swoimi uczuciami, pozwalam sobie na przeżycie tego, co w danym momencie czuję, nie dzielę uczuć na dobre i złe, one po prostu są. Bardzo wiele lat miałam zamrożone uczucia i nie umiałam ich rozpoznawać, przeżywać. Mam więcej miejsca na nowe uczucia, te oby były jak najczęściej. Nie wstydzę się mówić o swoich uczuciach, jak również nie wstydę się ich okazywać.*

*Kontakt z uczuciami większy a nawet dobry kontakt i sposób wyrażania ich (...).*

*Potrafię nazwać przeżywane emocje; pozwalam na przeżywanie nieprzyjemnych emocji i nie mam w związku z tym poczucia winy; jestem bardziej spontaniczna.*

*Rozpoznawanie uczuć (...), zmiana myśli na pozytywne.*

*Przede wszystkim nauczyłam się rozpoznawać uczucia, które przychodzi mi przeżywać. Nabrałam odwagi mówić o przeżywanych uczuciach. To sprawiało mi największą trudność. Stwierdziłam, że mówiąc o tym, co przeżywam znacznie poprawiłam swoje relacje z innymi. Jest we mnie dużo spokoju, takiego autentycznego wyciszenia. Umieć poradzić sobie ze złością i potrafię naprawdę szczerze się cieszyć. I choć w dalszym ciągu bardzo doskwiera mi samotność, to ogólnie rzecz biorąc, jestem szczęśliwa.*

*Jestem bardziej wrażliwa na to, co dzieje się wokół mnie.*

*Żywięj przeżywam.*

*Większa pobudliwość, intensywność uczuć i emocji, dużo chęci do życia, większa świadomość swego cierpienia i nawracającego poczucia winy.*

*Potrafię stworzyć sytuacje, w których czuję się dobrze. Jeżeli z kimś jestem i rozmawiam, to staram się słuchać nie tylko jego słów, ale także jego ciała. Tęsknię nadal do pozostałych uczestników grupy, z którą uczestniczyłem w PRO, ale nie powoduje to już cierpienia. Częściej proszę o pomoc.*

*Przede wszystkim rozróżniam uczucia. Gdy jestem wesoła to wyrażam to w sposobie zachowania, smutna to smutna. Stałam się osobą zrównoważoną, umiejacą jeszcze bardziej słuchać swojego wnętrza jak i innych. Kiedy dominuje u mnie niepozytywne uczucie to jestem tego świadoma i staram się je odreagować. Nie jestem już samotna. Mam wielu przyjaciół i znajomych. Nie odczuwam już tych straszliwych lęków, jakie miałam przed ojcem.*

*Czuję swoje emocje, nie odcinam się od emocji, rozróżniam wiele stanów emocjonalnych.*

*Zaczęłam przeżywać większą gamę uczuć. Więcej jest uczuć radości, zadowolenia, satysfakcji i są bardziej intensywne niż przedtem.*

*Jest trochę więcej łez, refleksji, może smutku. Łatwiej się wzruszam i czasami trudno mi z tym, bo byłam „twardą kobietą”. Dużo mam też w sobie radości, energii i uśmiechu. Trzeba niewiele, żebyam przeżyła radosny dzień.*

*Dość często uzewnętrzniam złość (wcześniej przeważnie ją tłumilem). Polubiłem siebie samego; kiedy jest mi smutno albo cierpię czasami płaczę. Nie jestem obojętny na ludzi. Moje odczucia seksualne już mnie tak nie przerażają. czuję się bardziej pewny siebie, mniej bezradny.*

*Dużo płaczę, ale częściej z radości niż ze smutku. Odczuwam swoje emocje, potrafię je określić (rozpoznaję je w sobie). Potrafię o nich rozmawiać, ale z osobami obcymi, z rodziną jest trudniej.*

*Zdarza mi się nagle, silne wzruszenie, prawie początek płaczu, wywołane sytuacją w filmie czy książce. Przeważnie dotyczy to dzieci, stosunków w rodzinach. Zdarzało mi się kilka razy, że widok moich synów w kościele i niemożność rozmowy z nimi były dla mnie tak bolesne, że czułem dławienie w gardle, łzy. Trochę mnie to jednak krępowało, ale czułem wdzięczność do ludzi, którzy nauczyli mnie płakać.*

*Przede wszystkim zwolniłem tempo życia, już się nie spieszę. Szybciej potrafię zauważyć, w jaki sposób reaguję. Gdy zachowuję się „po staremu”, to nie obarczam siebie winą za to zachowanie. Mniej emocjonalnie reaguję na konflikty z żoną. Nie uciekam przed sytuacjami, w których się boję, nie boję się mówić o swoich lękach i obawach. Przestałem się wstydić swojej wrażliwości i swoich zachowań. Nie izoluję się gdy mam trudności, mówię o tym lub piszę w „pamiętniku”.*



## Otwartość

Cztery osoby, opisując zmiany w swoich emocjach i sposobie odczuwania, podały, że stały się bardziej otwarte:

*Dzielę się z innymi swoimi emocjami.*

*Staram się mówić to, co czuję, chociaż nie zawsze jest to możliwe, nic nie robię na siłę.*

*Każdy gorszy stan jest zauważalny na zewnątrz (znajomi mówią), pewnie tego nie ukrywam; ostatnio trochę za dużo złości się na dzieci.*

## Dodatni bilans emocjonalny

Dwie osoby uzyskały dodatni bilans emocjonalny wskutek udziału w PRO, przeżywają obecnie więcej uczuć pozytywnych niż negatywnych:

*Więcej jest we mnie uczuć dobrych: przyjaźni, ciepła, radości, miłości, spokoju, odczuwam pełniej. Złość, lęk wiem i potrafię odreagować asertywnie.*

*Zdecydowanie mniej jest u mnie złości, a więcej radości i uśmiechu. Czuję się bardziej wartościowa. W dużo jaśniejszych barwach widzę swoją przyszłość.*

## Brak istotnych lub trwałych zmian

Dwie osoby nie zauważyły istotnych zmian w zakresie swoich emocji i sposobu odczuwania, lub zmiany te były nietrwałe:

*Nie zauważyłem zmian. Były i są okresy, że jestem wyciszony bardziej i jest to dłuższy okres. Częściej jest tak, że mam kontrolę nad swoimi emocjami. Sposób odczuwania – nie mam na niego wpływu, odbywa się poza mną.*

*Początkowo bardziej pozwalałam sobie na przeżywanie smutku, pozwalałam sobie na płacz, obecnie zaczynam się blokować. Wracają mi poprzednie zachowania – ucieczka w siebie, szukanie izolacji, milczenie. Coraz częściej nie widzę swojej wartości, chociaż po PRO wyraźnie widziałam swoje zalety. Obecnie rozumowo niby nadal wiem, ile jestem warta, ale „uczuciowo” jest mi to obce. Często widzę bezsens życia, zwłaszcza kiedy spotykają mnie porażki w stosunkach z dziećmi.*

## Brak odpowiedzi

Dwie osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

## Inne zmiany

Szereg osób opisuje najróżniejsze inne zmiany, jakie zaszły w ich życiu w ciągu sześciu miesięcy od ukończenia PRO:

*Udało mi się zrealizować pewne zadania, które postawiłem sobie na PRO – np. poprawa sytuacji mieszkaniowej (próbowałem ją poprawić przez kilka lat, udało mi się teraz – poprawa nie wiązała się z moimi możliwościami finansowymi).*

*W moim życiu zaszło wiele zmian. Podjęłam decyzje odnośnie mojej osoby. Kończę kurs kosmetyczny. Od września będę zatrudniona w 2 – letnim pomaturalnym liceum. Będę uczyć*

*kosmetyki od strony praktycznej. Zrozumiałam, czym jest przebaczenie – przebacząc moje życie staje się coraz szczęśliwsze. Są również upadki, ale potrafię z godnością popatrzeć, przyznać się do winy, wyciągając wnioski i kroczyć dalej do przodu. Największym moim sukcesem (osiągnięciem) jest to, że mieszkam z siostrą schizofreniczką (nad którą sprawuję opiekę), ojcem, który jest nieobliczalny, z trzeźwiejącym alkoholikiem i dzieckiem 7 – latkiem i jestem SZCZĘŚLIWA. Mimo, że są dni, kiedy ich choroby się uwidaczniają w chorym zachowaniu. Nie wytrąca mnie to, aby uśmiechnąć się szczerze, pogłaskać ich, powiedzieć coś miłego.*

*Większa odwaga w podejmowaniu ważnych dla mnie decyzji życiowych, poczucie bezpieczeństwa, uczucie głębokiej miłości dla osoby, z którą obecnie dzielę życie.*

*Życie wydaje mi się radośniejsze; postrzegam więcej: przyrodę, czuję radość i smutki, jestem uważniejsza, mam poczucie siły, problemy są dla mnie wyzwaniem, pozytywnie myślę.*

*Podjęłam pracę; przeprowadzam się do własnego domu.*

*Moje życie stało się bardziej świadome i pełniejsze. Jest w nim o wiele więcej radości. Mam wiele odwagi do wprowadzania zmian w swoim życiu. Bardzo rzadko zdarza mi się mówić: „nie mogę”. Słyszę zaraz głos swego terapeuty, Marka: „zmień to na >nie chcę<”. I kiedy się nad tym zastanawiam, w większości przypadków mogę coś zrobić w swoim życiu, tylko zależy od tego, czy chcę.*

*Dojrzały sposób myślenia, postępowania, otwartość na ludzi. Chęć pomagania im.*

*Moje życie zaczęło normalnieć i jest mi z tym dobrze.*

*Ożeniłem się (...) i przyjąłem nazwisko żony. Na moim ślubie była (...) [prowadząca] i część grupy z PRO. Serdecznie pozdrawiam – (-)*

*Spokój i brak reakcji nagłych (wybuchowych) przy przyjmowaniu raptownych zmian lub reakcji na rzeczy odczuwane i przemienność w postępowaniu innych ludzi. Rzadziej krzyczę i wybucham złością niż poprzednio.*

*PRO spowodowało, że w moim życiu z wielkiego chaosu zaczął następować mały porządek. Wiem, że chcę pracować nad sobą. Większość problemów w moim życiu było z mojej nieświadomości i nieznaności wielu podłoży, które były w moim życiu. W ostatnich miesiącach życie moje dla mnie stało się bardzo ważne, wartościowe i szczęśliwe na swój sposób.*

*Ważni dla mnie ludzie i również pozostali dają mi informacje, że dostrzegają we mnie zmiany, że mniej zajmują się innymi, a bardziej sobą. To również daje mi poczucie sensu tego co ze sobą zaczęłam robić i chcę to kontynuować.*

*Po ukończeniu PRO otrzymałem propozycję pracy, której tak bardzo potrzebowałem.*

*Chętnie jeszcze raz skorzystałabym z PRO lub czegoś podobnego, w jakim procencie mi to pomogło nie mogę określić, natomiast, że mi to pomogło jestem pewna. Wierzę, że to dopiero procentuje.*

*Doświadczenie wyniesione z PRO procentuje w pracy. Pomaga mi w kontaktach z pacjentami (uwaga, większe zrozumienie, dużo tolerancji).*

*Wydaje mi się, że na moje lepsze samopoczucie wpłynął fakt, że dostałam się na studia. Oczywiście jestem przekonana, że właśnie uczestnictwo w PRO pomogło mi w tym. Wykorzystałam wszystkie informacje o sobie: swoje zalety i słabości.*

*Odczuwam potrzebę poznawania, doświadczenia, uczenia się.*

*Trochę dorosłam, jestem bardziej poważna, zdystansowana do wielu spraw. Kończę kurs prawa jazdy, zdałam już państwowe testy. Myślę, że jazdę zdam również. Czasami czuję się trochę za pewna siebie i zarozumiała. Nudzę się na mityngach. Bardzo chcę podjąć pracę, mam energię i pomysły, męczy mnie taki marazm codziennego siedzenia w domu. Doceniam prawdziwą przyjaźń i dbam o ludzi, na których mi zależy. mam tylko dalej lęki związane z synem, boję się, gdy wyjeżdża, albo gdy jest chory.*

*Życie mnie cieszy takie, jakie jest, ale dążę do jeszcze lepszego. Stałem się mądrzejszy.*

*Po raz pierwszy w życiu jestem sama (tj. bez partnera). Zauważam, że nie jest mężczyzna niezbędny mi na co dzień. Całkiem dobrze mi samej. Uwolniłam się od wiecznej potrzeby bycia adorowaną i uwielbianą.*

*Udział w PRO wprowadził do mojego życia jakąś nieokreśloną „jasność życia”, widzę sens życia, lubię siebie, wcześniej swoje dzieci kochałam, teraz brakuje słowa na określenie mojego uczucia do nich.*

*Spotkałam się ze śmiercią bliskiej osoby, stąd moje myśli, refleksje, samopoczucie w ostatnim czasie są pod znakiem żałoby.*

*Bardziej pozytywnie jestem nastawiony do samego siebie, ludzi i otaczającego mnie świata.*

*Może za szybko zacząłem podejmować radykalne decyzje, ale niczego nie żałuję, czasem mam poczucie straconego czasu poprzez picie.*

### **Brak odpowiedzi**

Dwadzieścia osób pozostawiło to miejsce (przeznaczone na odpowiedź na pytanie o inne zmiany) nie wypełnione.

### **Podziękowania, pozdrowienia lub wyrazy uznania**

Jedenaście osób wpisało w tym miejscu podziękowania, pozdrowienia lub wyrazy uznania organizatorom i prowadzącym:

*Jestem wdzięczny za tak skonstruowany program PRO wszystkim ludziom, którzy przyczynili się do jego powstania i którzy prowadzą i pracują. Obecnie czuję się człowiekiem wyzwolonym, odpowiedzialnym i szczęśliwym. Bardzo, bardzo Dziękuję*

*Dobrze się stało, że wziąłem udział w zajęciach. Jestem wam wszystkim dożgonnie wdzięczny.*

*Moje pobożne życzenie jest takie: chciałbym, aby moja żona zrobiła PRO. Dziękuję – (-).*

*Mój udział w PRO był pracą bardzo intensywną, mocną i głęboką, to pozwoliło mi wielu sprawom dokładniej się przyjrzeć. Ale wiem, że na poukładanie tego, co zrobiłam, potrzeba czasu i cierpliwości, to z pewnością przyniesie pozytywne efekty. Nie podejmuję ważnych decyzji, trzymam się tego, co (...) mówiłaś (dać sobie trochę czasu). Przesyłam (...) [prowadzącej] serdeczne pozdrowienia – (-).*

*PRO jest O'key. (-)*

*Całemu zespołowi, a szczególnie (...) przesyłam najserdeczniejsze pozdrowienia.*

*PRO dało mi bardzo dużo, co analizuję często, ponieważ inaczej podchodzę do życia. Wdzięczna za PRO - (-)*

*Dziękuję Wam, że jesteście, pozdrawiam Was serdecznie, gorąco życzę pogody ducha – (-).*

*Droga (...)! Ogromnie ucieszył mnie Twój list. Powróciły bardzo miłe wspomnienia o przyjacielach z grupy, zobaczyłem ich twarze i usłyszałem ich słowa. dziękuję Ci za radość i satysfakcję, jaką sprawiło mi (poprzez wypełnienie ankiet) po raz kolejny zatrzymanie i zastanowienie się nad sobą. Serdecznie Cię ściskam i pozdrawiam – (-)*

## **Opinie niejednoznaczne**

Sześć osób opisywało zarazem korzystne i niekorzystne zmiany, jakie zaszły w ich życiu po PRO. Poniżej przedstawiono pełne odpowiedzi tych osób, osobno dla każdej z nich, gdyż tylko w tej formie można próbować powiązać ze sobą niejednoznaczne zmiany, które opisują:

*Pogorszyła się relacja z najbliższą rodziną i partnerem. [W relacjach z innymi ludźmi] jestem bardziej stanowcza i konsekwentna; częściej z nimi przebywam; uważniej słucham. Moje poglądy na życie świat i ludzi są bardziej realistyczne; doceniam swoją wartość; jestem bardziej odpowiedzialna – dorastam; wyraźniej wiem, czego chcę. [W sposobie odczuwania] jestem bardziej wybuchowa, częściej odczuwam złość, buntuję się. [Inne zmiany:] „dojrzewam” do terapii DDA.*

*Zaczynam rozumieć dzieci, po nowemu uczę się ich kochać, akceptuję ich postępowanie, choć nie zawsze się z nim zgadzam. Teraz widzę błędy w moim postępowaniu, jak jest zgrzyt między nami. [W relacjach z innymi ludźmi] zaraz po PRO widziałam w innych samo dobro, bardzo zaufałam im i wszystko się zawaliło. Zwróciłam się o pomoc do kierownika mojego męża w przeprowadzeniu interwencji kryzysowej. On obiecał pomoc i szybko mojego męża zwolnili z pracy, motywując, że to ja go zwolniłam. [W poglądach, sposobie myślenia] w tej chwili mam chaos. Wrócił ból w klatce piersiowej, duszenie w gardle i ciągle zamartwianie się, często nie chce mi się żyć. Czy ja jeszcze z tego wyjdę, czy jest dla mnie jakaś nadzieja?*

*Zdecydowane pogorszenie stosunków z mężem. W chwili obecnej doszło do separacji. [W relacjach z innymi ludźmi] bez zmian. [Poglądy, sposób myślenia:] stałam się bardziej uważna na problemy innych ludzi. [Emocje, sposób odczuwania] bez zmian. [Inne zmiany – brak odpowiedzi].*

*Stosunek z mężem zmienił się do gorszego (oddaliliśmy się). [W relacjach z innymi ludźmi] mam więcej śmiałości w wypowiedaniu swoich zdań; pozwalam sobie i innym popełniać błędy. Kocham siebie, przestałam kontrolować wokół siebie, patrzę na swoje życia bardziej pozytywnie. Jestem więcej spokojna, zrównoważona. [Inne:] Nie wiem, czy to spowodowało PRO, ale chorowałam więcej, jak zawsze (dolegliwości żołądkowe – nie miałam kiedyś nic z tym do czynienia). Serdeczne pozdrowienia, (...) (-).*

*[W relacjach z bliskimi mi osobami] często czuję się niezrozumiany. [W relacjach z innymi ludźmi] lepiej potrafię słuchać, jestem bardziej wyrozumiały. [Moje poglądy] są bardziej sprecyzowane, wiem czego chcę, co preferuję a czego nie lubię. Myślenie jest bardziej konkretne - jasne. Stałem się „pełniejszy”, bardziej czuję sam siebie.*

*Całkowity brak kontaktu z żoną po terapii PRO. Łatwiej mi pogodzić się z odrzuceniem i brakiem akceptacji. Wyraźnie poprawiły się i zacieśniły więzy z dziećmi. Często otrzymuję od nich sygnały, że jestem im bardzo potrzebny, że mnie kochają. Jest to dla mnie bardzo ważne. [W relacjach z innymi ludźmi] stałem się bardziej tolerancyjny i czuję się z tym lepiej. Bardziej odważnie mówię o swoich poglądach, często niepopularnych i odmiennych, co sprawia mi ogromną satysfakcję. Wtedy czuję, że jestem KIMS. Terapia PRO sprawiła, że*

*jestem bardziej spokojny i dowartościowany, pomimo, że nie udało mi się pewnych spraw uporządkować.*

Wszystkie osoby, które niejednoznacznie opisują zmiany w swoim życiu po PRO to osoby które piszą o pogorszeniu relacji ze współmałżonkiem (partnerem), u jednej zaś można się tego domyślać. Jest to naturalne zjawisko – psychoterapia jednego ze współmałżonków niejednokrotnie umożliwia poprawę relacji w małżeństwie, niemniej za możliwość poprawy odpowiedzialne są obie strony. W niektórych przypadkach zmiana jednej ze stron nie stanowi wystarczającej podstawy do poprawy relacji małżeńskiej, zwłaszcza, gdy druga strona także wymaga terapii. Niekiedy zdarza się, że psychoterapia prowadzi do uświadomienia sobie skali destrukcji w małżeństwie, braku perspektyw zmiany tego stanu rzeczy i przyspiesza rozpad związku. Trzeba też zauważyć, że wśród tych sześciu osób wszystkie kobiety są współzależnione. Choćby z tego powodu trudno jednoznacznie interpretować fakt pogorszenia relacji z mężem czy separacji z nim – w zależności od okoliczności w jednym przypadku może to być oznaką zdrowienia, w innym - pogorszenia stanu psychicznego po PRO. Ponieważ kontekst i przyczyny pogorszenia relacji z małżonkiem (partnerem) nie są jasne w powyższych przypadkach, trudno ocenić to zjawisko jako korzystne czy niekorzystne.

Trzy z cytowanych powyżej osób wychowywały się w rodzinie alkoholowej. Niewątpliwą korzyścią dla jednej z nich jest zdanie sobie sprawy z potrzeby dalszego kontynuowania terapii w ramach zajęć dla DDA. Prawdopodobnie jest to także potrzebne drugiej z nich. Nie ulega bowiem wątpliwości, że dla niektórych osób czas terapii uzyskanej na PRO jest za krótki – nie jest możliwe bowiem ustalenie optymalnego, jednakowego dla wszystkich czasu terapii.

Stratą wydaje się brak świadomości po PRO drugiej z osób, że otwartość i zaufanie wobec innych nie tylko otwiera możliwość zaspokojenia swoich potrzeb, ale także wiąże się z ryzykiem rozczarowania. Z drugiej strony wydaje się zrozumiałe pogorszenie jej samopoczucia wobec faktu, że została oszukana w tak ważnej sprawie.

Przejściowe dolegliwości psychosomatyczne w trakcie czy krótko po terapii niekiedy się zdarzają i są czymś naturalnym. Dłuższe ich utrzymywanie się (jak również powrót dolegliwości, które ustąpiły wskutek terapii) wskazywałoby na potrzebę kontynuowania terapii.

## **Podsumowanie**

Podsumowując opinie uczestników PRO odnośnie zmian, jakie zaszły w ich życiu po ukończeniu PRO, należy zauważyć, że u prawie wszystkich udział w PRO spowodował korzystne zmiany w ich życiu. Uczestnicy stwierdzali poprawę kontaktów z bliskimi osobami, większą otwartość wobec nich, uwagę na ich potrzeby, tolerancję, asertywność, pewność siebie, łatwiejsze rozwiązywanie konfliktów.

Podobnie w relacjach z innymi ludźmi uczestnicy stali się bardziej asertywni, pewni siebie, tolerancyjni, otwarci, mieli dla nich więcej zrozumienia i uwagi. Kilku uczestników stwierdziło ogólnie, iż poprawili kontakty z innymi ludźmi, inni zaś przeprowadzili „weryfikację przyjaciół”, rezygnując z utrzymywania niektórych znajomości. Pojedyncze osoby podały, iż stały się bardziej serdeczne lub rzeczowe w kontaktach z innymi ludźmi.

Podobne zmiany nastąpiły w poglądach i sposobie myślenia uczestników. Po PRO stali się bardziej tolerancyjni, pewni siebie, rozważni, dojrzały i odpowiedzialni. Kilka osób wskazywało na zmianę obrazu Boga i postawy wobec religii, większe zrozumienie dla innych, poszerzenie horyzontów. Pojedyncze osoby wskazywały na zmianę poglądów na

temat małżeństwa, roli kobiet, znaczenia pieniędzy, zmniejszenie nasilenia obsesyjnych myśli, czy obaw przed śmiercią i uporządkowanie światopoglądu.

Jeśli chodzi o zmiany w emocjach i sposobie odczuwania, najwięcej uczestników osiągnęło równowagę emocjonalną bądź lepszy kontakt z emocjami. Kilka osób stało się bardziej otwartych w wyrażaniu uczuć lub uzyskało dodatni bilans emocjonalny.

Szereg osób podawało także inne zmiany w swoim życiu (np. zawarcie małżeństwa, podjęcie pracy, czy poprawa sytuacji mieszkaniowej). Kilkanaście osób tą drogą złożyło podziękowania prowadzącym i organizatorom, bądź przesłało pozdrowienia.

W przypadku sześciu osób trudno było ocenić jednoznacznie zmiany w ich życiu jako korzystne czy niekorzystne. Osoby te obok różnorodnych korzystnych zmian wymieniały także niekorzystne, jak np. pogorszenie relacji z małżonkiem. Zjawisko to trudno ocenić, bowiem w zależności od okoliczności może to być oznaką zdrowienia bądź pogorszenia stanu psychicznego po PRO.

Nie było natomiast w ogóle takich osób, które wymieniałyby wyłącznie niekorzystne zmiany w swoim życiu po PRO.

Analiza odpowiedzi uczestników na pytania otwarte o zmiany w ich życiu po PRO nasuwa przypuszczenie, że zastosowane w badaniach kwestionariusze nie wykrywają tych zmian, które w ocenie uczestników są najistotniejsze. Uczestnicy nie wspominali na ogół w swoich wypowiedziach o zmniejszeniu nasilenia objawów psychopatologicznych (jak np. natręctwa czy fobie), ani tym bardziej o zmianach w zakresie poczucia kontroli. Pisali natomiast o poprawie w kontaktach z ludźmi, o większej otwartości, asertywności, równowadze emocjonalnej itp. Oczywiście zmiany, o których pisali uczestnicy zapewne pośrednio wiążą się ze zdrowiem psychicznym, mierzonym przy pomocy kwestionariusza SCL-90 czy z poziomem lęku jako cechy osobowości, mierzonym skalą X-2 kwestionariusza Spielbergera. Można jednak przypuszczać, że lepiej dobrane narzędzia badawcze pozwoliłyby dokładniej ocenić efekty udziału w PRO. Wydaje się, że obok zastosowanych kwestionariuszy SCL-90, KRE i skali X-2, szczególnie przydatne byłyby kwestionariusze pozwalające ocenić zmiany w zakresie takich zmiennych jak: jakość kontaktów z ludźmi, otwartość, asertywność, pewność siebie, tolerancja, światopogląd, skrypty, nasilenie emocji pozytywnych i negatywnych (np. Skala Bilansu Afektywnego Bradburna), kontakt z emocjami czy funkcjonowanie społeczne.

## Inne zależności

### Korelacje między wynikami w chwili rozpoczynania PRO a efektami terapii

Sprawdzono związki pomiędzy wszystkimi badanymi zmiennymi, poszukując interesujących zależności. Poniższa tabela prezentuje korelacje pomiędzy wynikami badań przy rozpoczynaniu PRO a trwałymi efektami terapii, mierzonymi pół roku po PRO. Przez trwałe efekty terapii rozumie się w tym miejscu różnicę pomiędzy wynikami badań pół roku po PRO a wynikami w chwili rozpoczynania PRO (trzeci pomiar minus pierwszy pomiar). Oznaczono czerwonym kolorem współczynniki korelacji r-Pearsona istotne na poziomie istotności  $p < 0,05$ .

Korelacje między trwałymi efektami udziału w PRO (mierzonymi pół roku po zakończeniu PRO) a wiekiem i wynikami badań w chwili rozpoczynania PRO													
Wyniki przy rozpoczynaniu PRO:	Trwałe efekty terapii (trzeci pomiar minus pierwszy pomiar) w zakresie badanych zmiennych												
	efekty w skali kłamstwa	efekty w skali poczucia a kontroli	efekty w skali empatii	efekty w skali X-2 lęku jako cechy	efekty w skali somatyzacji	efekty w skali natręctw	efekty w skali nadwrażliwości i int.	efekty w skali depresji	efekty w skali lęku	efekty w skali wrogości	efekty w skali fobii	efekty w skali myślenia a paranoi dalnego	efekty w skali psychotyczności
wiek	,24	,15	-,06	,12	,16	,11	,19	,14	,05	-,09	,14	,21	,08
skala kłamstwa	-,30	-,04	-,05	,02	,01	,17	,12	,03	-,07	,07	,15	,21	,04
poczucie kontroli	-,09	-,45	-,16	-,09	-,01	-,13	-,01	,01	-,08	-,20	,18	-,05	-,19
empatia	-,12	-,06	-,40	,00	,11	,10	,08	,05	-,02	-,06	,21	,16	,14
lęk jako cecha (X-2)	,10	,01	-,03	-,48	-,04	-,19	-,22	-,36	-,22	-,30	-,13	-,19	-,45
somatyzacje	,24	-,05	,12	-,19	-,33	-,17	-,13	-,24	-,18	-,21	-,23	-,20	-,35
natręctwa	,23	-,03	-,03	-,22	-,06	-,40	-,18	-,14	-,18	-,28	-,23	-,12	-,35
nadwrażliwość interpersonalna	,17	,01	,05	-,21	-,09	-,20	-,47	-,35	-,17	-,16	-,31	-,11	-,42
depresja	,17	,01	,06	-,33	-,13	-,20	-,24	-,54	-,31	-,27	-,12	-,18	-,48
lęk	,17	,07	-,11	-,28	-,09	-,20	-,17	-,30	-,43	-,31	-,13	-,14	-,35
wrogość	,20	-,14	,02	-,29	-,07	-,30	-,22	-,14	-,23	-,63	-,07	-,18	-,28
fobie	,16	,10	,07	-,10	-,08	-,08	-,16	-,19	-,10	,03	-,66	-,03	-,18
myślenie paranoidalne	,26	-,08	,01	-,19	-,07	-,23	-,14	-,21	-,12	-,18	-,24	-,22	-,38
psychotyczność	,16	,00	,01	-,19	-,18	-,21	-,26	-,28	-,19	-,26	-,20	-,14	-,55
ocena korzyści osobistych	,02	,04	-,06	,10	,07	,03	-,02	,16	,16	-,01	,10	,12	,12

Jak widać w powyższej tabeli, najsilniejsze ujemne korelacje wystąpiły między trwałymi efektami terapii mierzonymi daną skalą a wynikami w tej właśnie skali w chwili rozpoczęcia PRO (komórki tabeli wypełnione szarym kolorem). Oznacza to, że im „gorszy” wynik w danej skali (im niższy w skali empatii i im wyższy w pozostałych skalach) tym większe są efekty udziału w PRO mierzone tą właśnie skalą pół roku po jego zakończeniu. Zatem największe korzyści z udziału w PRO odnieśli przeważnie ci uczestnicy, którzy na początku uzyskiwali najgorsze rezultaty. Można więc przypuszczać, że efektywność PRO byłaby jeszcze wyższa, gdyby uczestnicy nie uzyskiwali tak dobrych rezultatów w zakresie badanych zmiennych już w chwili rozpoczęcia PRO.

Ponadto wystąpiły także podobne, choć nieco słabsze korelacje między trwałymi efektami terapii mierzonymi określonymi skalami a wynikami w innych skalach w chwili rozpoczęcia PRO.

Nie było natomiast żadnych związków między trwałymi efektami terapii a oceną uczestników odniesionych korzyści osobistych, jaką wystawili w chwili kończenia PRO, ani między trwałymi efektami terapii a ich poziomem wykształcenia.

## Wyniki w chwili rozpoczynania PRO i trwale efekty terapii a stan cywilny

### Wyniki w chwili rozpoczynania PRO a stan cywilny

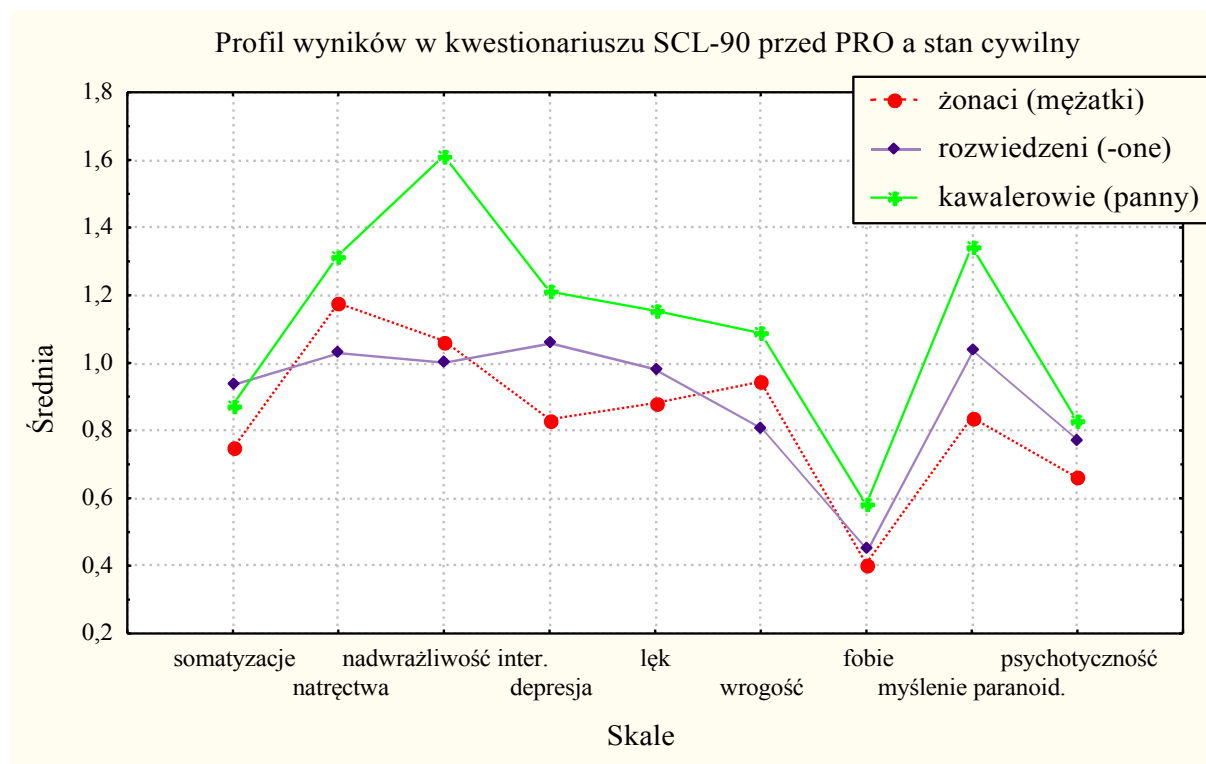
Stan cywilny uczestników PRO istotnie różnicuje ich pod względem wyników osiągniętych w chwili rozpoczynania PRO w kwestionariuszu SCL-90. Porównano podgrupy 11 kawalerów (panien), 38 osób pozostających w związku małżeńskim i 16 osób rozwiedzionych. Ze względu na niską liczebność grupy wdowców i wdów (4 osoby), pominięto ich w porównaniach. Pominięto także pojedyncze osoby, które błędnie wypełniły odpowiedni kwestionariusz. Istotność statystyczną różnic między trzema podgrupami oszacowano za pomocą testu U-Manna-Whitneya:

Stan cywilny uczestników a nasilenie objawów psychopatologicznych przed PRO					
Skale SCL-90:	Średnie wyniki w chwili rozpoczynania PRO			poziom istotności różnic	
	kawalerowie (panny) N=11	żonaci (mężatki) N=38	rozwiedzeni (-one) N=16	kawalerowie a żonaci	kawalerowie a rozwiedzeni
somatyzacje	0,88	0,75	0,94	n.i.	n.i.
natręctwa	1,32	1,18	1,03	n.i.	n.i.
nadwrażliwość interpersonalna	<b>1,61</b>	<b>1,07</b>	<b>1,00</b>	<b>0,0371</b>	<b>0,0360</b>
depresja	1,21	0,83	1,06	n.i.	n.i.
lęk	1,15	0,88	0,98	n.i.	n.i.
wrogość	1,09	0,94	0,81	n.i.	n.i.
fobie	0,58	0,41	0,45	n.i.	n.i.
myślenie paranoidalne	<b>1,34</b>	0,84	<b>1,04</b>	<b>0,0183</b>	n.i.
psychotyczność	0,83	0,66	0,77	n.i.	n.i.

Jak widać w powyższej tabeli, kawalerowie (panny) wykazują w chwili rozpoczynania PRO istotnie wyższy poziom nadwrażliwości interpersonalnej w porównaniu



do pozostałych podgrup. Mają także istotnie wyższe nasilenie myśli paranoidalnych w porównaniu do osób pozostających w związku małżeńskim. Różnice pomiędzy trzema podgrupami ilustruje poniższy wykres:



W chwili rozpoczynania PRO nie było istotnych różnic między osobami pozostającymi w związku małżeńskim a rozwiedzionymi w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych. Nie było także istotnych różnic między wyodrębnionymi trzema podgrupami w zakresie pozostałych zmiennych (poczucia kontroli, tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, empatii ani lęku jako cechy).

### Wyniki w chwili kończenia PRO a stan cywilny

W chwili kończenia PRO było mniej różnic pomiędzy trzema podgrupami w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych. Kawalerowie (panny) uzyskali tylko istotnie wyższe wyniki od osób pozostających w związku małżeńskim w zakresie fobii ( $p=0,0142$ ). Pozostałe podgrupy nie różniły się nasileniem objawów psychopatologicznych. Nie było także różnic między omawianymi podgrupami w zakresie pozostałych badanych zmiennych.

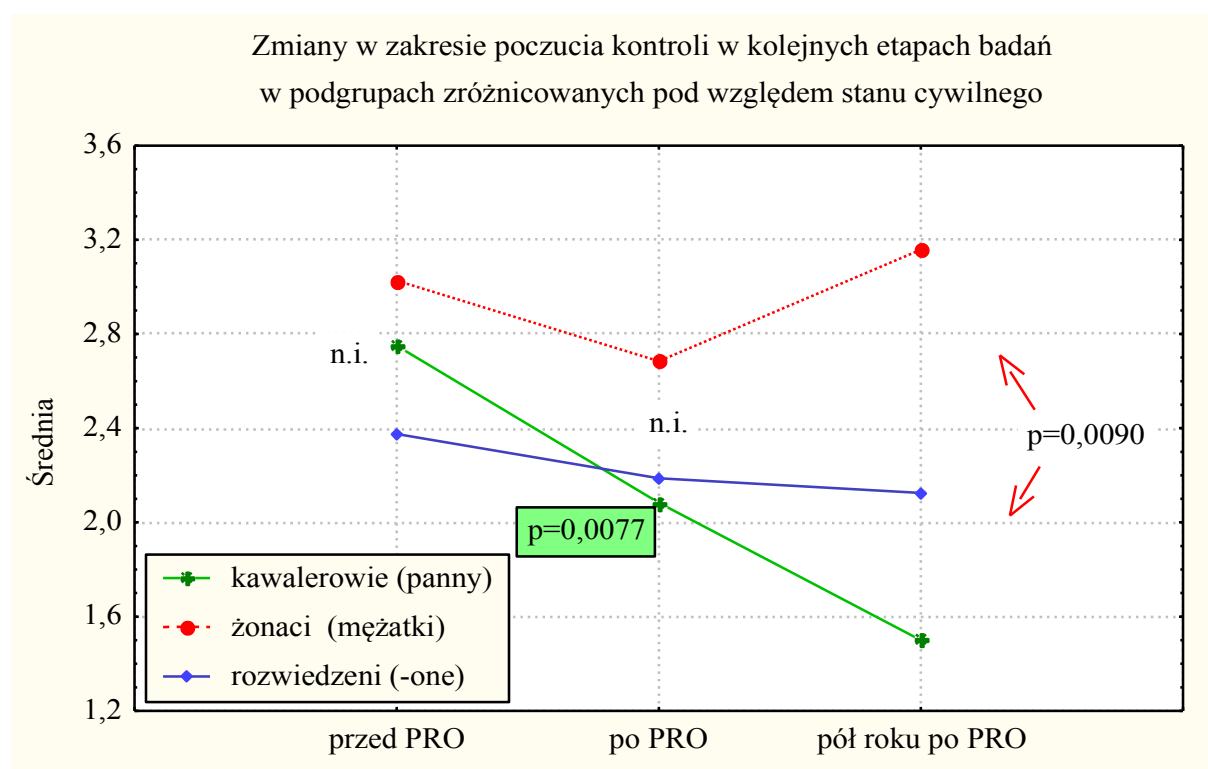
### Wyniki pół roku po zakończeniu PRO a stan cywilny

Porównanie nasilenia objawów psychopatologicznych pół roku po zakończeniu PRO w tych trzech podgrupach zróżnicowanych ze względu na stan cywilny wykazało, że różnice, jakie zanotowano między nimi w chwili rozpoczynania PRO, zatarły się. Pół roku po PRO nie było już żadnych istotnych statystycznie różnic między kawalerami (pannami), żonatymi (mężatkami), czy rozwiedzionymi w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych.

Nie było także istotnych różnic w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle ani lęku jako cechy. Pojawiły się natomiast istotne różnice w zakresie poczucia kontroli i empatii między kawalerami (pannami) a żonatymi (mężatkami). Różnice te ilustruje poniższa tabela:

Stan cywilny uczestników a wyniki badań kwestionariuszami Delta i KRE pół roku po PRO					
Zmienne	Średnie wyniki pół roku po PRO			poziom istotności różnic	
	kawalerowie (panny) N=11	żonaci (mężatki) N=38	rozwiedzeni (-one) N=16	kawalerowie a żonaci	kawalerowie a rozwiedzeni
Skale SCL-90:					
poczucie kontroli	1,45	3,16	2,13	0,0090	n.i.
empatia	73,18	66,00	66,63	0,0417	n.i.

Poniższy wykres pozwala porównać zmiany w zakresie poczucia kontroli w kolejnych etapach badań w omawianych podgrupach.



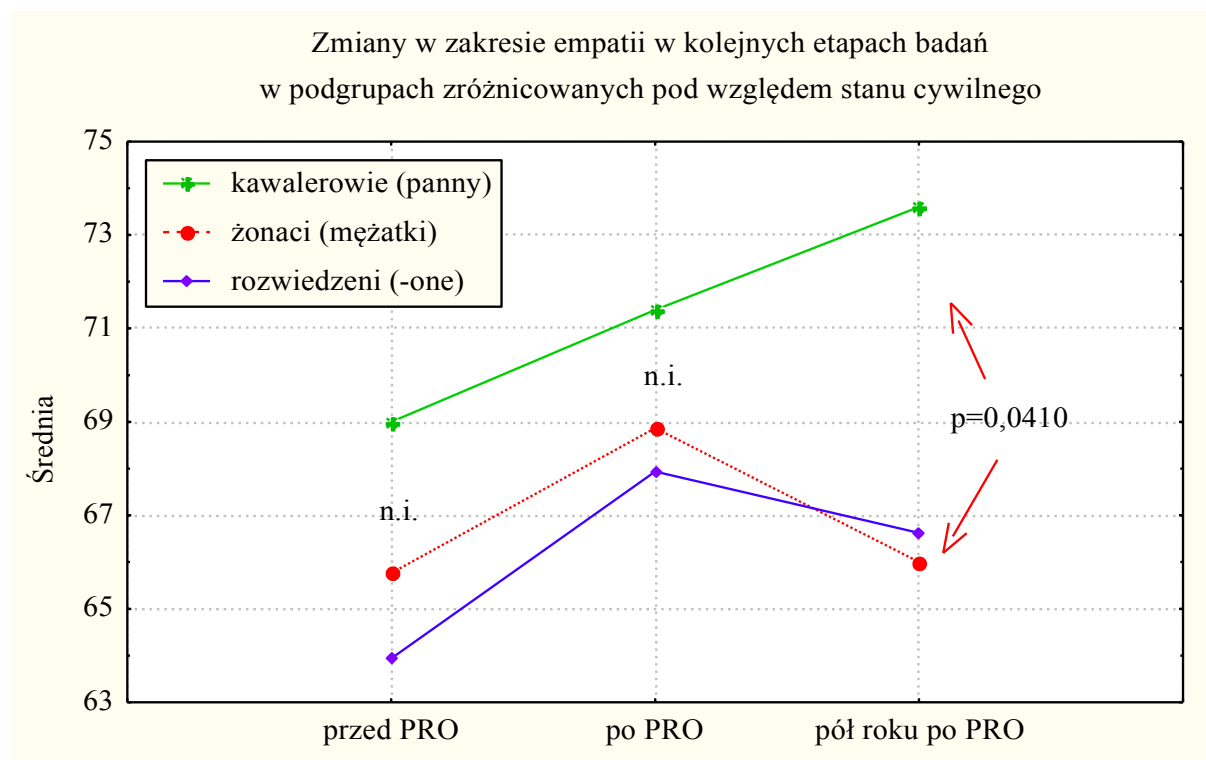
W chwili rozpoczynania PRO poczucie kontroli kawalerów (panien) nie różniło się istotnie od poczucia kontroli pozostałych podgrup. Pół roku po PRO wynik w skali poczucia kontroli kawalerów (panien) jest istotnie niższy w porównaniu do pomiaru z chwili rozpoczynania PRO. Różnica między pierwszym a trzecim pomiarem w tej grupie, szacowana za pomocą testu Wilcoxon, jest statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,0077$ . Tymczasem zmiany w pozostałych grupach nie były statystycznie istotne. Wskutek tego pół roku po PRO podgrupa kawalerów (panien) różni się już istotnie od podgrupy żonaty (mężatek), mając bardziej wewnętrzne poczucie kontroli. Różnica ta, szacowana za pomocą testu U-Manna-Whitney, jest statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,0090$ .

Oznacza to, że udział w PRO prowadzi do zmiany poczucia kontroli u kawalerów (panien) na bardziej wewnętrzne. Sprawia, że skłonni są wierzyć, iż to oni sami, a nie zewnętrzne okoliczności, mają największy wpływ na swój los. Natomiast pozostałe podgrupy – żonaci (mężatki) oraz rozwiedzeni (-one) - nie zmieniają się pod tym względem.

Rezultaty te można wyjaśnić, odwołując się do koncepcji systemowej terapii rodzin. W myśl tej koncepcji, system rodzinny dąży do zachowania stanu równowagi, utrudniając

izolowaną zmianę pojedynczym członkom rodziny. Wobec tego kawalerowie (panny) jako najmniej uwikłani w system rodzinny mogą zmieniać się najłatwiej, także po ukończeniu PRO. Nie muszą tak bardzo liczyć się ze swoją rodziną, co sprawiałoby, że ich poczucie kontroli zmienia się najbardziej. Zgodnie z tą koncepcją, najbardziej zewnętrzne i najmniej podatne na zmiany byłoby poczucie kontroli żonatych (mężatek), co zdają się potwierdzać uzyskane rezultaty.

Podobne zjawisko występuje w zakresie empatii, co ilustruje poniższy wykres:



Omawiane trzy podgrupy nie różnią się istotnie pod względem empatii w chwili rozpoczynania PRO i w chwili jego zakończenia. Jednakże pół roku po zakończeniu PRO kawalerowie (panny) wykazują istotnie wyższy poziom empatii od żonatych (mężatek). Różnica między tymi podgrupami, szacowana testem U-Manna-Whitneya, jest statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,0410$ . Warto zwrócić uwagę na fakt, że wyniki uzyskiwane przez kawalerów (panny) należą do najwyższych w porównaniu do innych grup badanych kwestionariuszem KRE. Najwyższy wynik w dotychczasowych badaniach tym kwestionariuszem osiągnęli studenci pedagogiki specjalnej WSPS, uzyskując 72 punkty. Tymczasem wynik podgrupy kawalerów (panien) wyniósł aż 73,6 punkta.

### Trwale efekty terapii a stan cywilny

Okazało się ponadto, że stan cywilny uczestników jeszcze bardziej różnicuje ich w zakresie trwałych efektów terapii (pomiar 3 minus pomiar 1). Poniższa tabela prezentuje istotność statystyczną różnic pomiędzy podgrupą osób żyjących w związku małżeńskim ( $N=38$ ) a kawalerami (pannami) ( $N=12$ ), szacowaną za pomocą testu U-Manna-Whitneya.

Różnice pomiędzy kawalerami (pannami) a żonatymi (mężatkami) w zakresie trwałych efektów terapii	
Efekty w poszczególnych skalach	poziom istotności
skala kłamstwa	n.i.

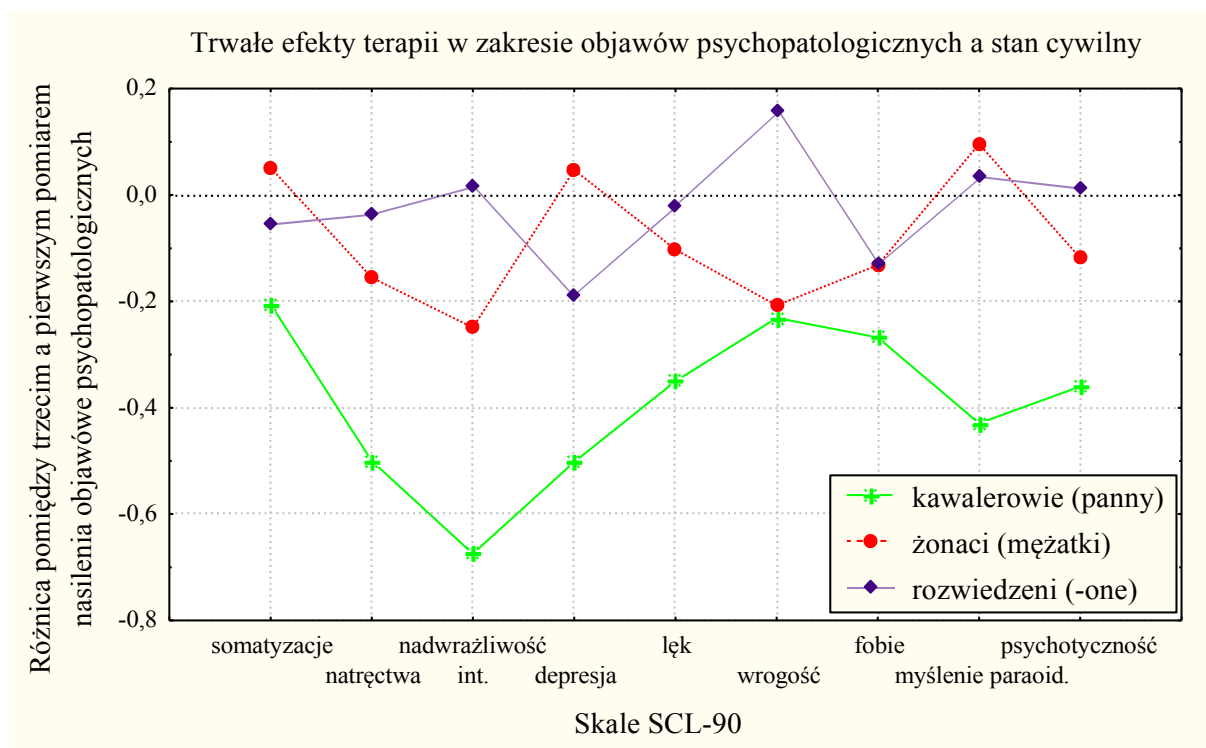
poczucie kontroli (LOC)	0,0038
empatia (KRE)	n.i.
lęk jako cecha (skala X-2)	0,0017
somatyzacje	n.i.
natręctwa	0,0292
nadwrażliwość interpersonalna	0,0292
depresja	0,0009
lęk	n.i.
wrogość	n.i.
fobie	0,0494
myślenie paranoidalne	0,0150
psychotyczność	n.i.

Podobne różnice wystąpiły między kawalerami (pannami) (N=12) a osobami rozwiedzionymi (N=16):

Różnice pomiędzy kawalerami (pannami) a osobami rozwiedzionymi, w zakresie trwałych efektów terapii	
Efekty w poszczególnych skalach	poziom istotności
skala kłamstwa	n.i.
poczucie kontroli (LOC)	0,0309
empatia (KRE)	n.i.
lęk jako cecha (skala X-2)	0,0338
somatyzacje	n.i.
natręctwa	0,0156
nadwrażliwość interpersonalna	0,0042
depresja	n.i.
lęk	n.i.
wrogość	n.i.
fobie	n.i.
myślenie paranoidalne	n.i.
psychotyczność	0,0513

Kawalerowie (panny) różnią się od pozostałych podgrup wyższymi trwałymi efektami terapii w zakresie zmniejszenia objawów psychopatologicznych. Natomiast rozwiedzeni (-one) z żonatymi (mężatkami) różnią się tylko efektami w skali wrogości ( $p=0,0301$ ). Efektywność terapii w tym zakresie jest wyższa dla osób pozostających w związku małżeńskim niż rozwiedzionych.

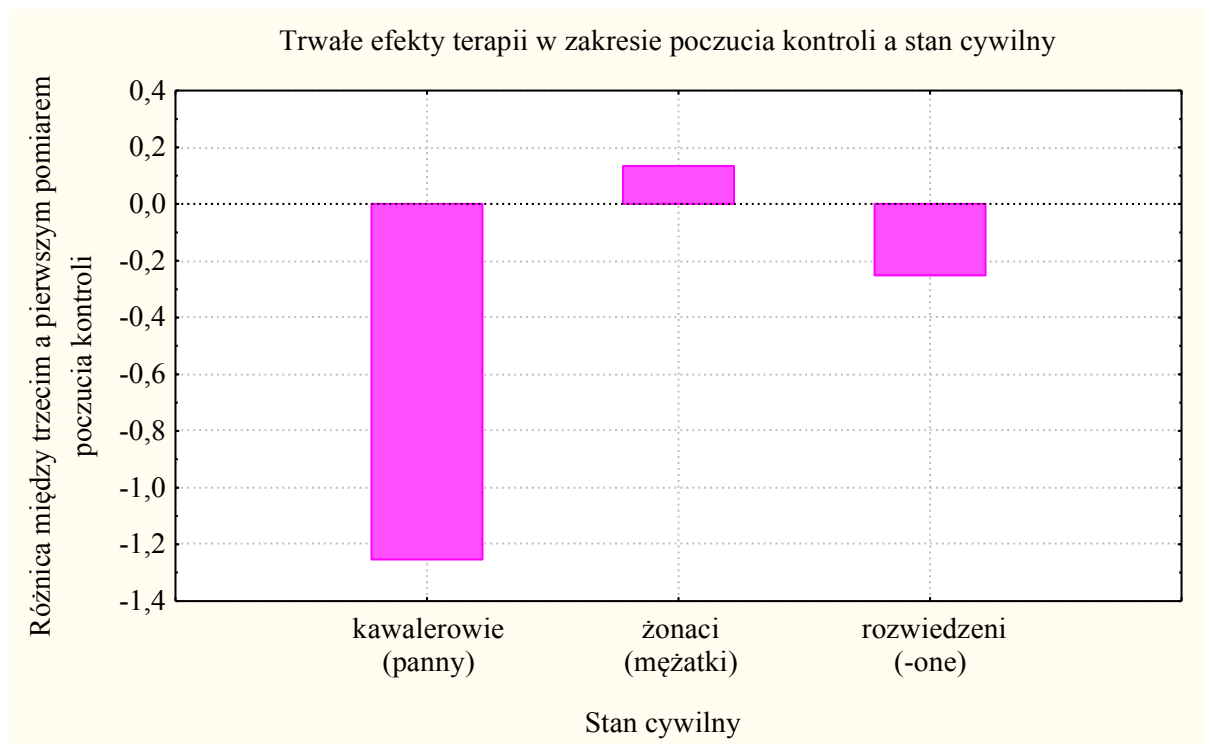
Poniższy wykres prezentuje różnice pomiędzy trzema podgrupami w zakresie trwałych efektów terapii mierzonych kwestionariuszem SCL-90 (zmiany nasilenia objawów psychopatologicznych – pomiar 3 minus pomiar 1):



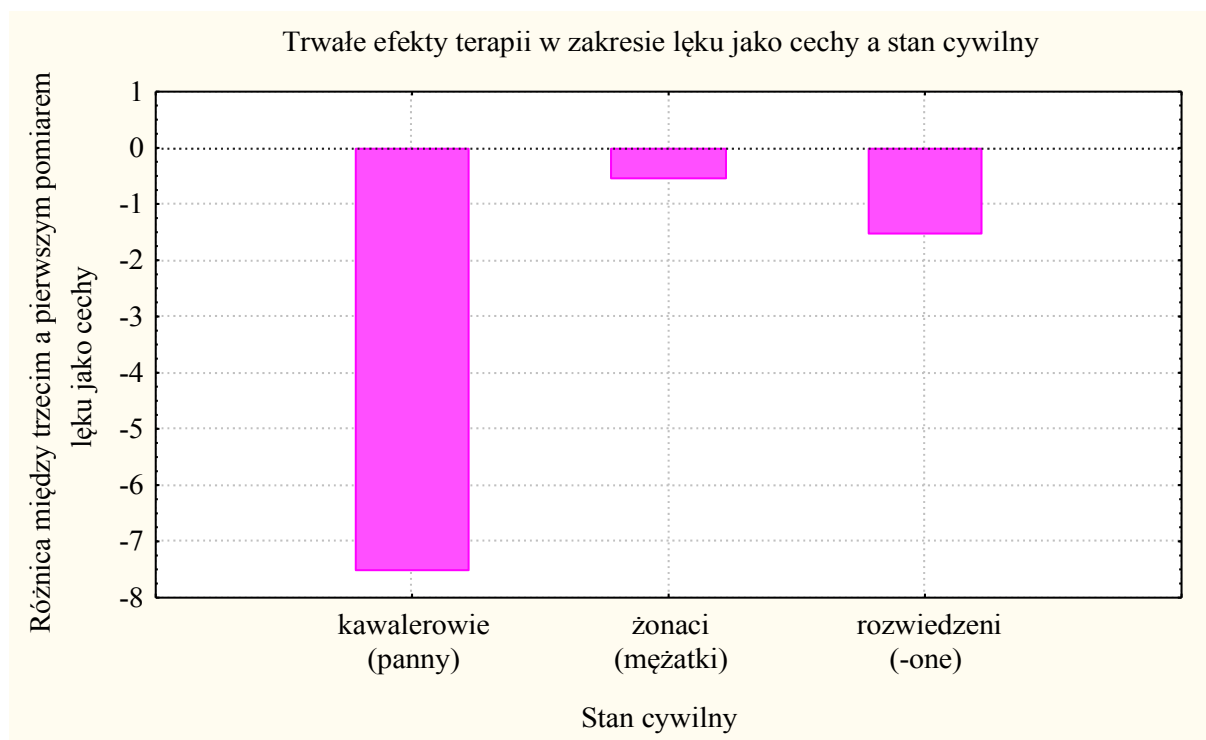
Jak widać na powyższym wykresie, największe trwałe efekty terapii (pomiar trzeci minus pomiar pierwszy) zanotowano w podgrupie kawalerów (panien). Nasilenie objawów psychopatologicznych w tej grupie zmniejszyło się najbardziej w porównaniu do osób żyjących w związku małżeńskim czy rozwiedzionych.

Oznacza to, że największe korzyści z udziału w PRO uzyskują kawalerowie (panny), którzy przed PRO uzyskują istotnie gorsze wyniki w porównaniu do żonatych (mężatek) czy rozwiedzionych w zakresie nadwrażliwości interpersonalnej i myślenia paranoidalnego. Pół roku po PRO nasilenie objawów psychopatologicznych kawalerów (panien) obniża się do poziomu pozostałych osób.

Poniższe wykresy ilustrują dalsze różnice pomiędzy omawianymi podgrupami pod względem trwałych efektów terapii w zakresie poczucia kontroli i lęku jako cechy:



Kawalerowie (panny) istotnie bardziej korzystają z udziału w PRO w porównaniu do osób pozostających w związku małżeńskim czy rozwiedzionych, jeśli chodzi o trwałe efekty terapii w zakresie poczucia kontroli. Poziom istotności różnic między kawalerami (pannami) a żonatymi (mężatkami) i osobami rozwiedzionymi, szacowany za pomocą testu U-Manna-Whitneya wyniósł odpowiednio: 0,0038 i 0,0309.



Kawalerowie (panny) istotnie bardziej korzystają z udziału w PRO w porównaniu do osób pozostających w związku małżeńskim czy rozwiedzionych, jeśli chodzi o trwałe efekty terapii w zakresie lęku jako cechy. Poziom istotności różnic między kawalerami (pannami) a

żonatymi (mężatkami) i osobami rozwiedzionymi, szacowany za pomocą testu U-Manna-Whitneya wyniósł odpowiednio: 0,0017 i 0,0338.

Podsumowując, należy stwierdzić, że kawalerowie (panny) najbardziej korzystają z udziału w PRO w porównaniu do osób pozostających w związku małżeńskim lub rozwiedzionych. Trwałe efekty terapii kawalerów (panien) są większe niż trwałe efekty terapii żonatych (mężatek) w zakresie poczucia kontroli, lęku jako cechy, natręctw, nadwrażliwości interpersonalnej, depresji, fobii i myślenia paranoidalnego.

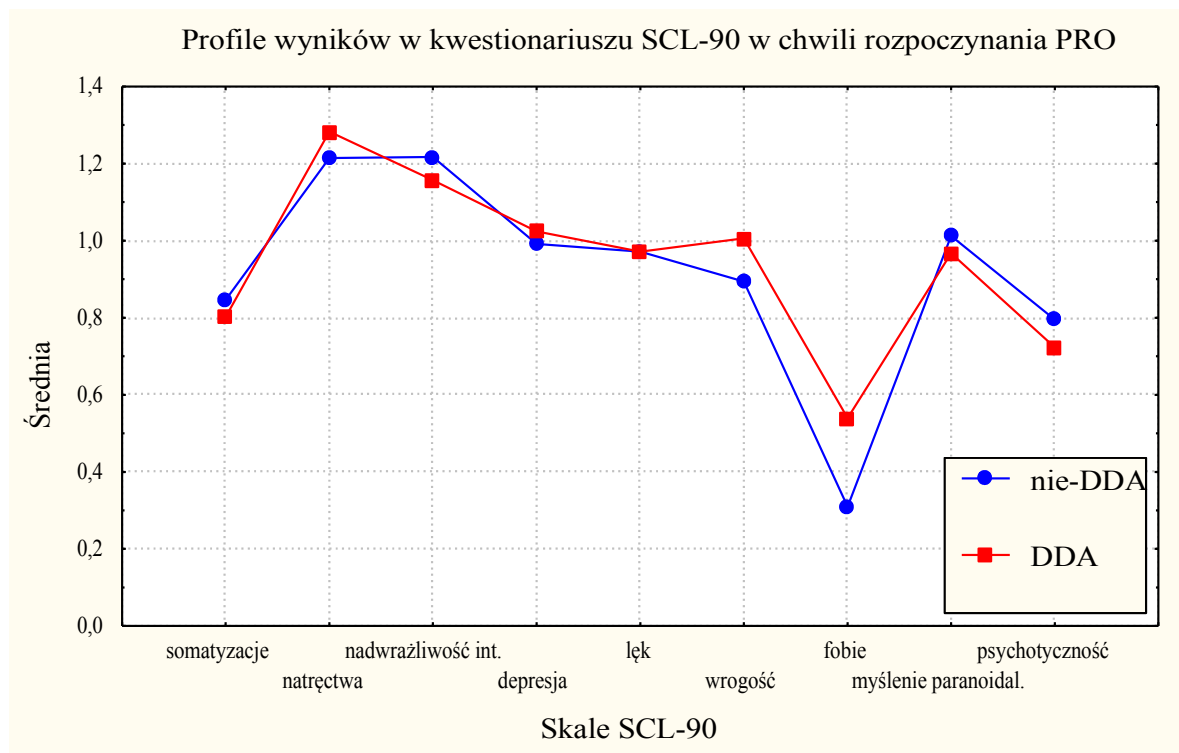
Podobnie, trwałe efekty terapii kawalerów (panien) są większe niż trwałe efekty terapii osób rozwiedzionych w zakresie poczucia kontroli, lęku jako cechy, natręctw, nadwrażliwości interpersonalnej i psychotyczności.

Natomiast rozwiedzeni (-one) z żonatymi (mężatkami) różnią się tylko efektami w zakresie wrogości. Efektywność terapii w tym zakresie jest wyższa dla osób pozostających w związku małżeńskim niż rozwiedzionych.

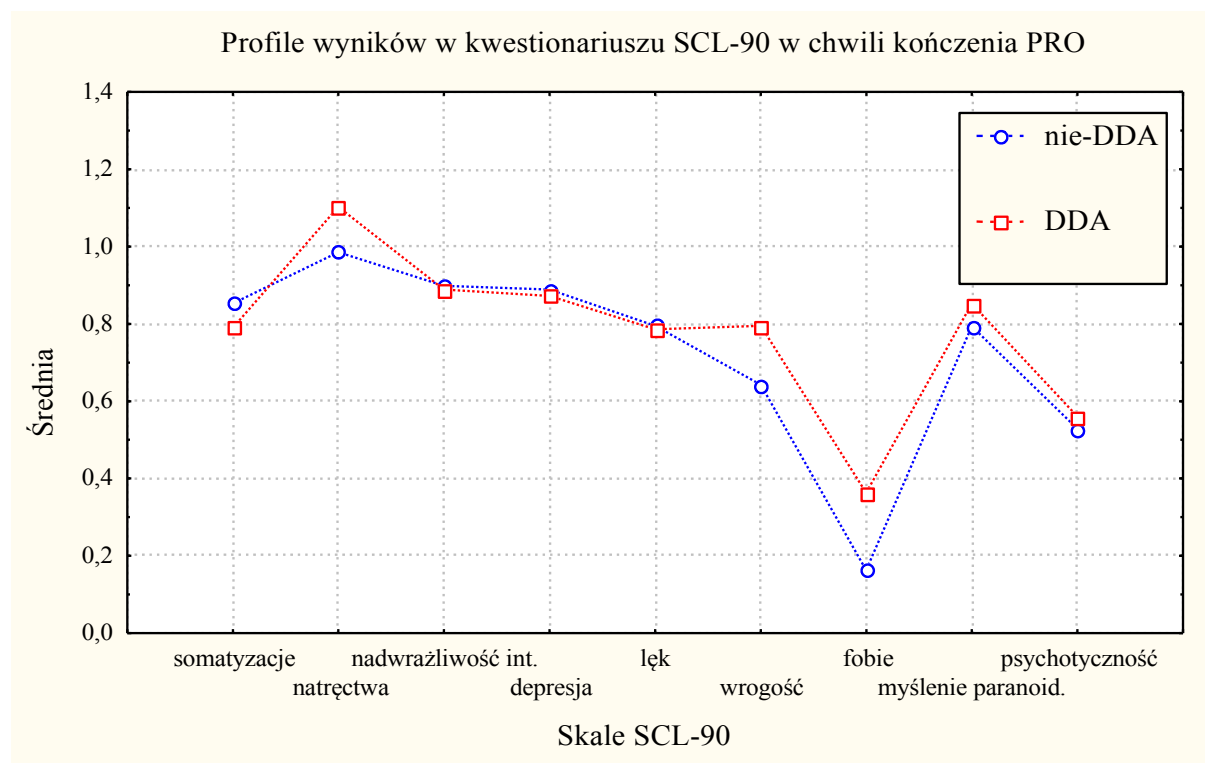
Faktu wyższej efektywności PRO w podgrupie kawalerów (panien) raczej nie można wiązać z ich młodszym wiekiem, gdyż - jak wykazano już wcześniej - efektywność PRO w zasadzie nie koreluje z wiekiem (poza efektywnością w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, która to efektywność jest większa u młodszych osób). Wyższą efektywność PRO w podgrupie kawalerów (panien) można wyjaśnić odwołując się do koncepcji systemowej terapii rodzin. Kawalerowie (panny) byłoby bardziej podatni na zmiany, gdyż nie są uwikłani w system rodzinny dążący do zachowania równowagi i powstrzymujący zmiany u członków rodziny.

### **Wyniki w chwili rozpoczynania PRO i trwałe efekty terapii a wychowanie w rodzinie alkoholowej**

Porównano wyodrębnione podgrupy dorosłych dzieci alkoholików (N=35) i osób, których rodzice nie byli alkoholikami (N=21). Pominięto osoby, które nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o uzależnienie rodziców oraz pojedyncze osoby, które na którymkolwiek z etapów badań błędnie wypełniły odpowiedni kwestionariusz. Okazało się, że wychowanie w rodzinie alkoholowej nie różnicuje uczestników PRO w chwili rozpoczynania terapii w zakresie badanych zmiennych. Poniżej przedstawiono profile wyników obu podgrup w kwestionariuszu SCL-90 w chwili rozpoczynania PRO:

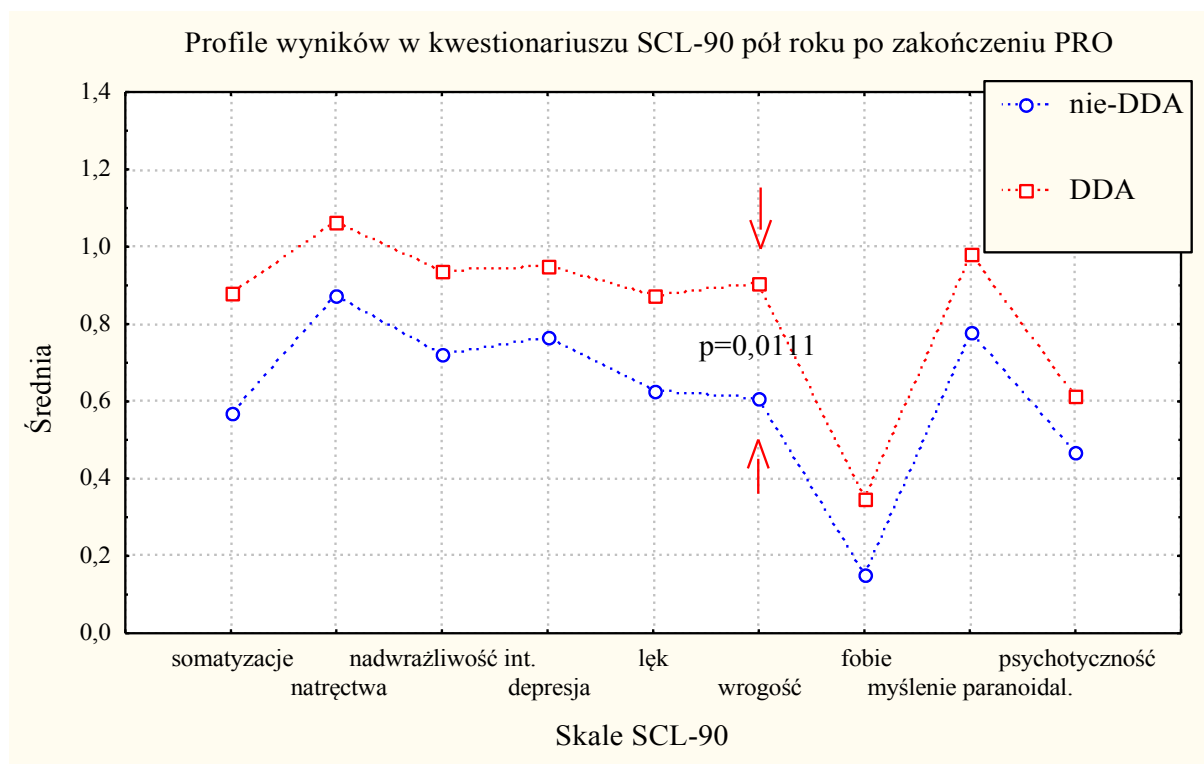


Porównano także nasilenie objawów psychopatologicznych obu podgrup w chwili kończenia PRO. Profile wyników przedstawia poniższy wykres:



Profile wyników w kwestionariuszy SCL-90 obu podgrup w chwili kończenia PRO również nie różnią się istotnie. Różnice ujawniają się natomiast pół roku po zakończeniu PRO.

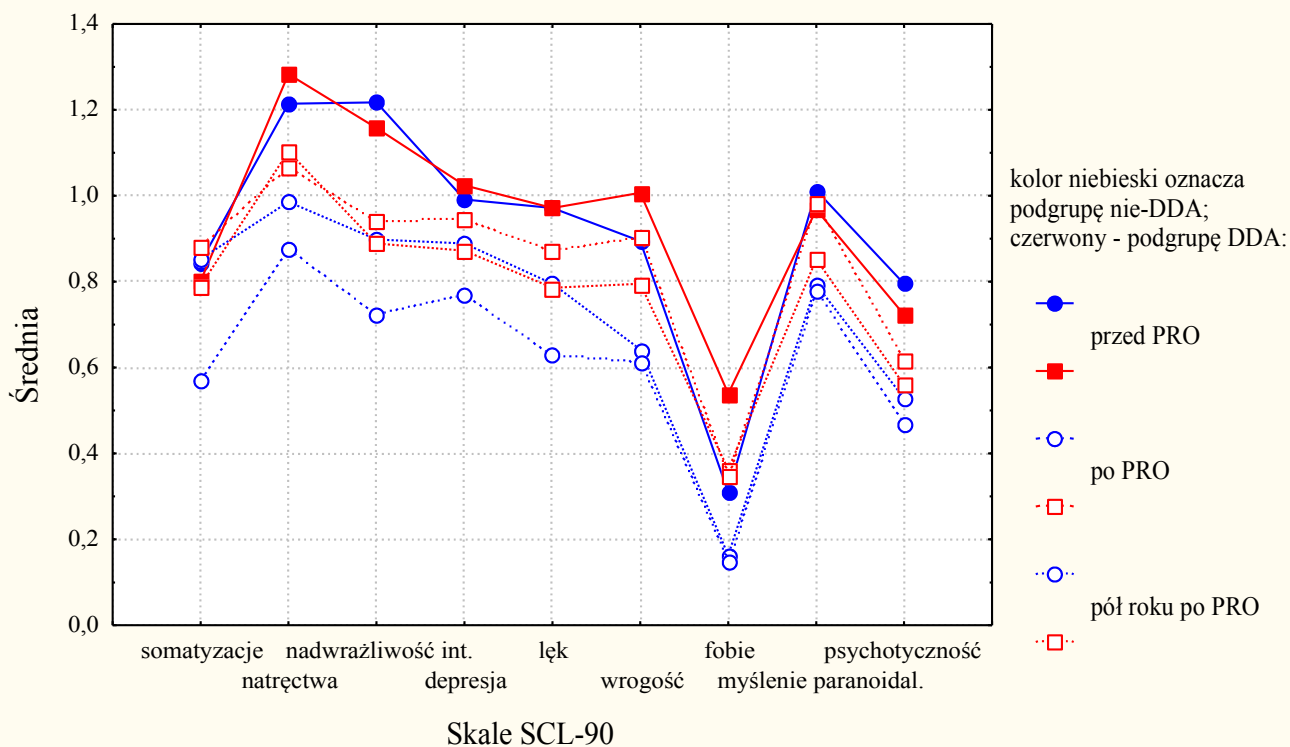




Pół roku po zakończeniu PRO podgrupa uczestników PRO będących dorosłymi dziećmi alkoholików ujawnia istotnie wyższy poziom wrogości w porównaniu do podgrupy uczestników PRO, którzy nie wychowywali się w rodzinie alkoholowej. Poziom istotności różnicy szacowanej za pomocą testu U-Manna-Whitneya wyniósł  $p=0,0111$ .

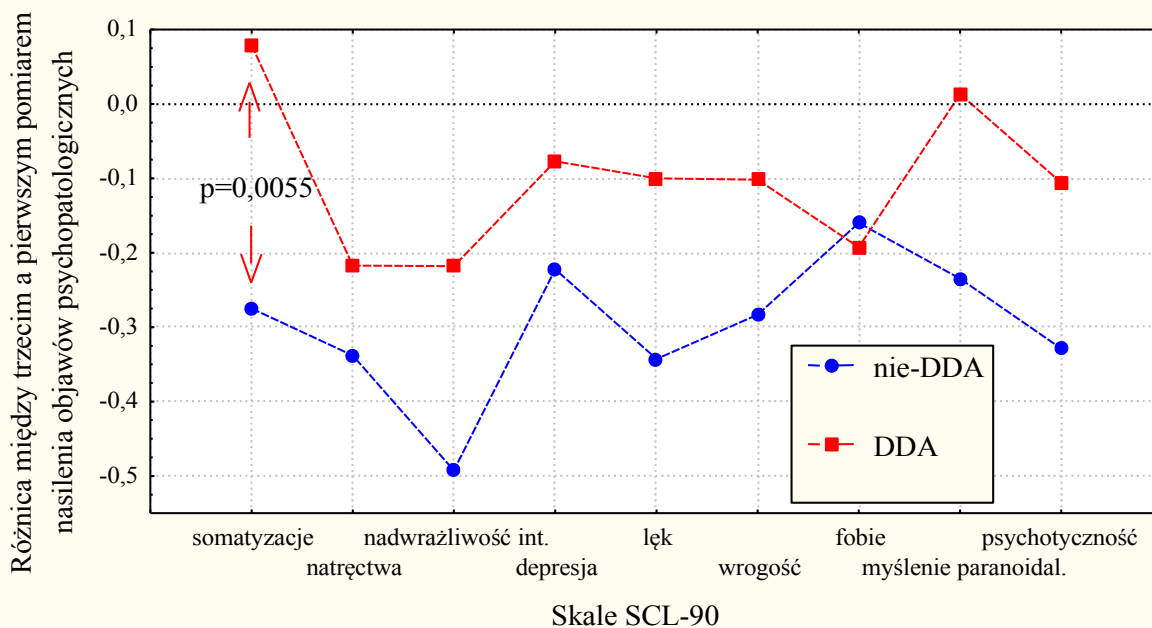
Poniższy wykres prezentuje trzy kolejne pomiary (w chwili rozpoczynania PRO, po jego zakończeniu i pół roku po PRO) nasilenia objawów psychopatologicznych w obu podgrupach:

Profile kwestionariusza SCL-90 podgrup DDA i nie-DDA na trzech etapach badań



Porównując profile wyników obu podgrup w kolejnych etapach badań odnosi się wrażenie, że dorosłe dzieci alkoholików nieznacznie mniej korzystają z udziału w PRO. Sprawdzono zatem istotność różnic w zakresie efektów udziału w PRO (pomiar trzeci minus pomiar pierwszy), co ilustruje poniższy wykres:

Trwale efekty udziału w PRO w zakresie objawów psychopatologicznych a wychowanie w rodzinie alkoholowej



Dorośle dzieci alkoholików nie odniosły korzyści z udziału w PRO w zakresie somatyzacji, w przeciwieństwie do podgrupy osób nie będących dorosłymi dziećmi alkoholików, które takie korzyści odniosły. Różnica między obu podgrupami, szacowana testem U-Manna-Whitneya, była statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,0055$ . Różnice w zakresie efektów w pozostałych skalach SCL-90 były statystycznie nieistotne.

Sprawdzono ponadto testem U-Manna-Whitneya istotność różnic w zakresie pozostałych zmiennych (poczucia kontroli, tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, empatii i lęku jako cechy), lecz nie wykryto znaczących różnic między obu podgrupami.

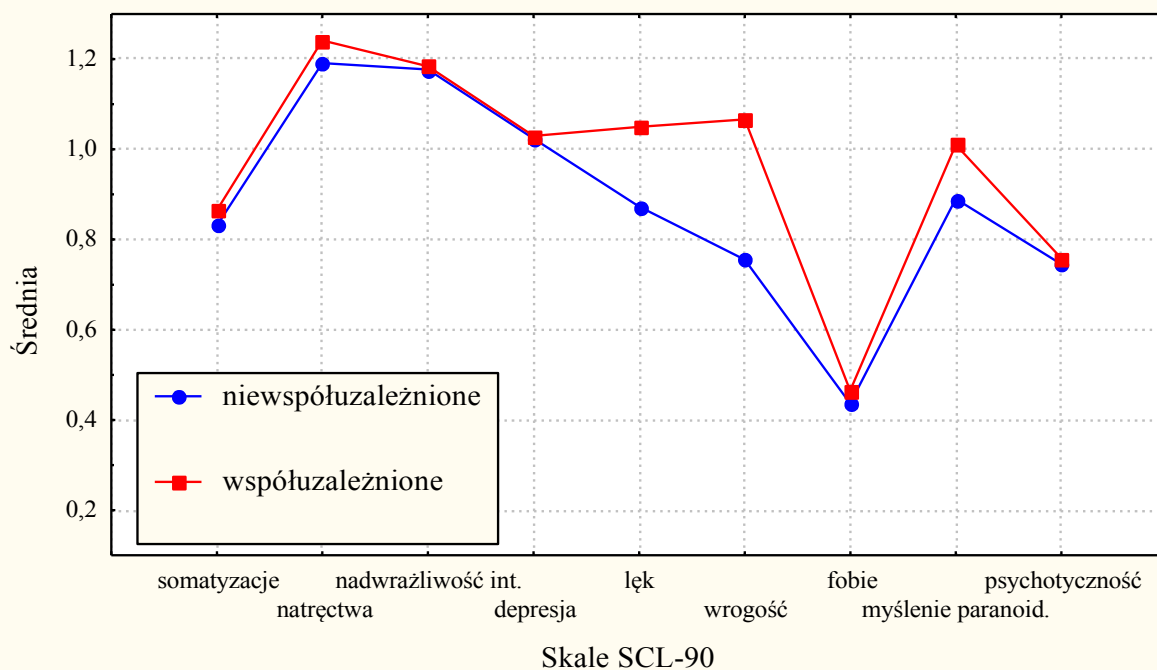
Podsumowując, ci spośród uczestników PRO, którzy są dorosłymi dziećmi alkoholików wydają się być mniej podatni na trwale korzystne zmiany wynikające z udziału w PRO od pozostałych uczestników, którzy nie wychowywali się w rodzinie alkoholowej, w zakresie zmniejszenia objawów somatyzacji i wrogości. Być może wychowanie w rodzinie alkoholowej jest czynnikiem utrudniającym utrzymywanie się korzystnych zmian w tym zakresie. Być może dorosłe dzieci alkoholików wymagają raczej specyficznej terapii DDA.

## **Wyniki w chwili rozpoczynania PRO i trwale efekty terapii a współzależnienie**

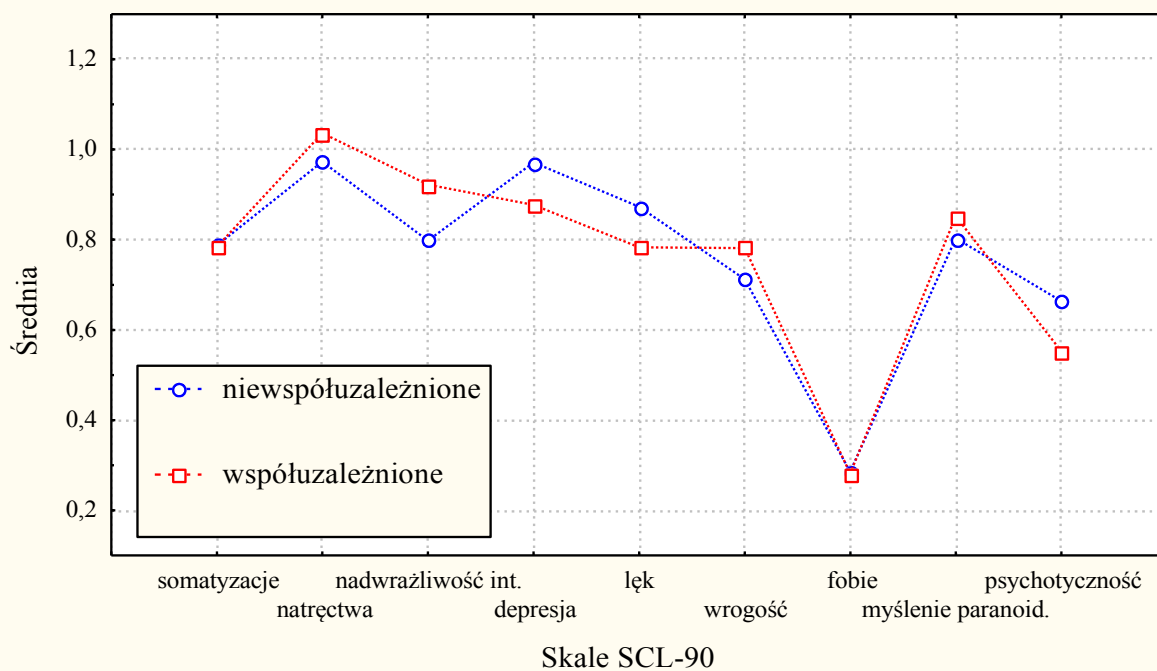
### **Wyniki w kolejnych etapach badań a współzależnienie**

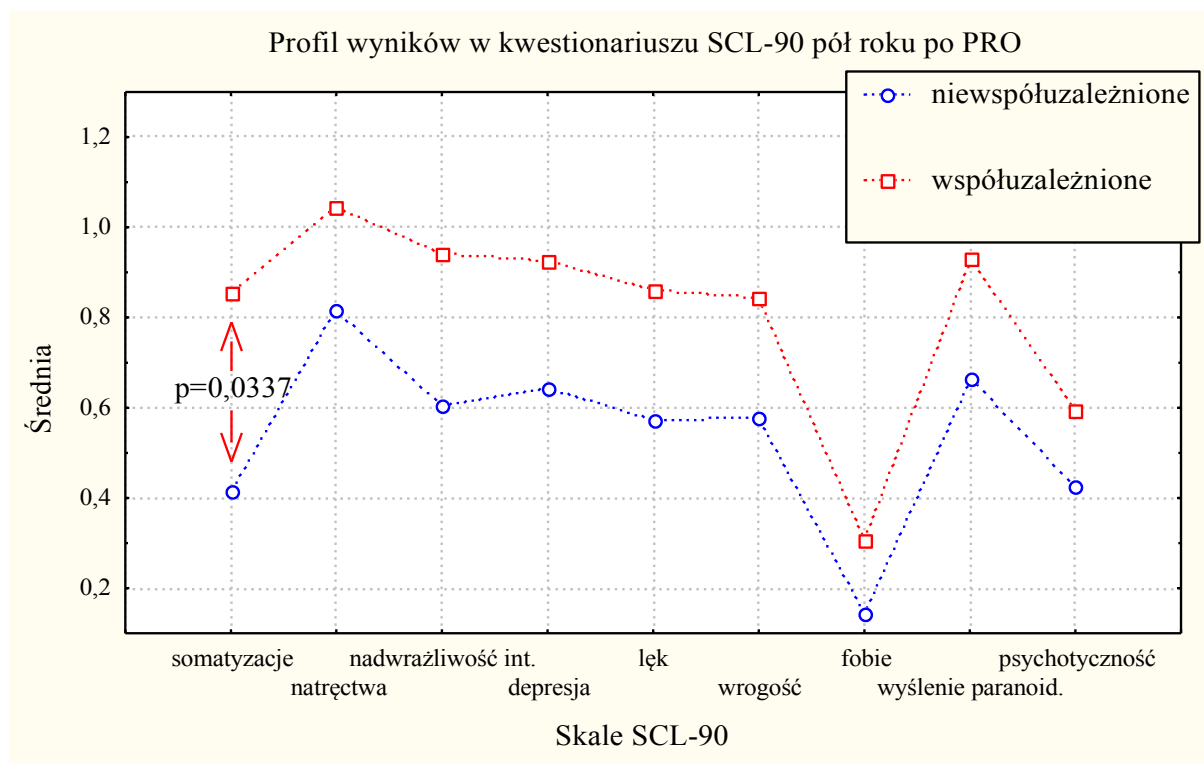
Wyodrębniono dwie podgrupy badanych: 35 osób, które zadeklarowały, że są współzależnione i 11 osób, które temu zaprzeczyły (pominięto osoby, które nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o współzależnienie oraz pojedyncze osoby, które na którymkolwiek z etapów badań błędnie wypełniły odpowiedni kwestionariusz). Nie znaleziono żadnych istotnych różnic między tymi podgrupami, jeśli chodzi o wyniki w chwili rozpoczynania PRO, ani w chwili jego kończenia. Wystąpiły natomiast istotne statystycznie różnice, jeśli chodzi o wyniki pół roku po zakończeniu PRO i trwale efekty terapii (pomiar 3 minus pomiar 1).

Profil wyników w kwestionariuszu SCL-90 w chwili rozpoczynania PRO

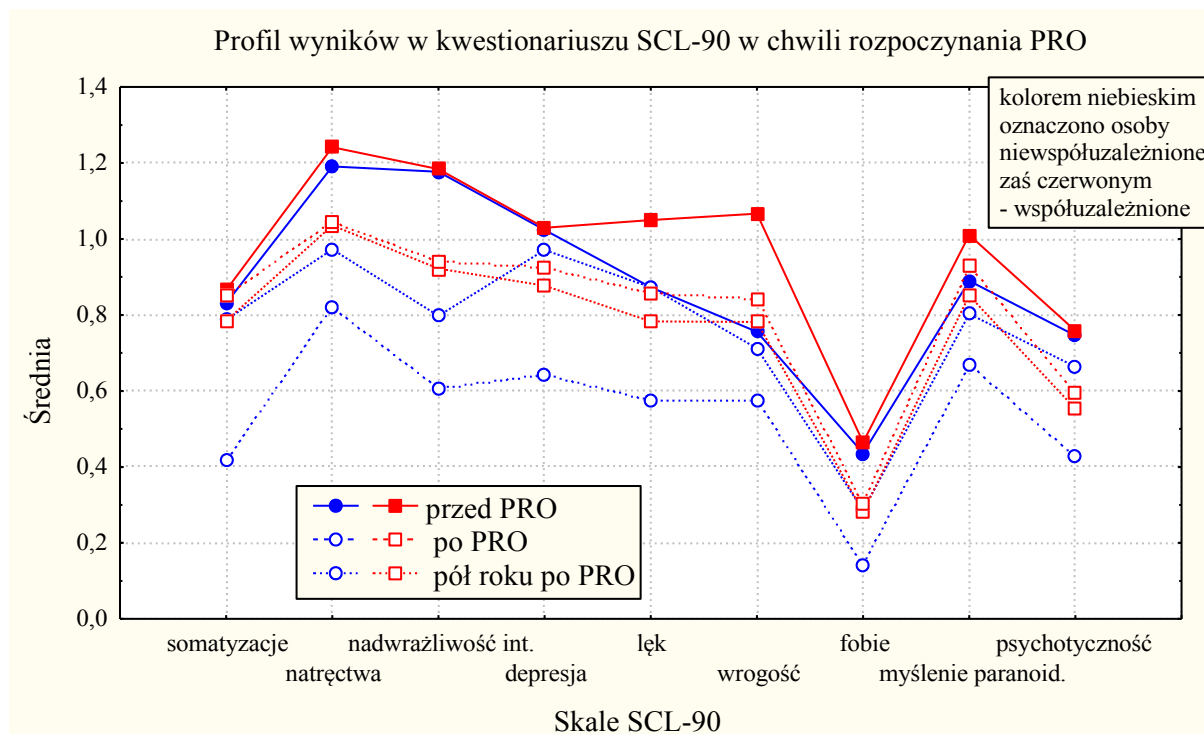


Profil wyników w skali SCL-90 w chwili kończenia PRO

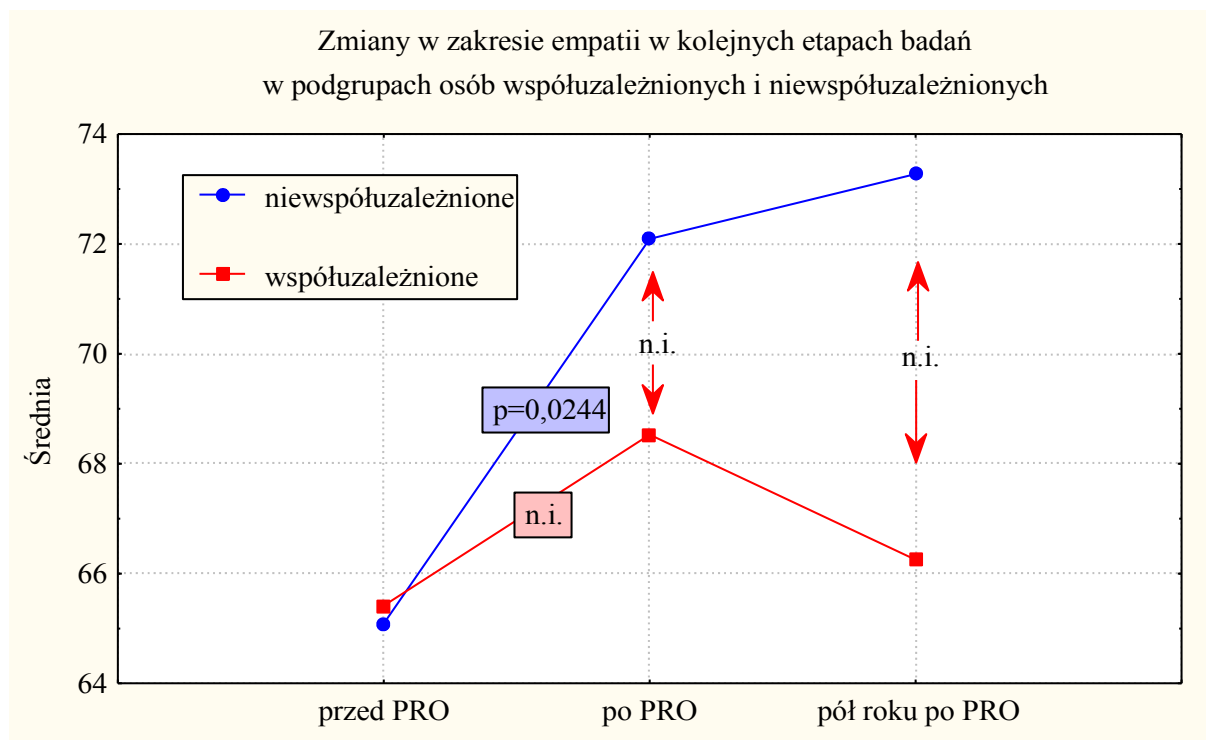




Jak widać na powyższym wykresie, pół roku po zakończeniu PRO pojawiają się istotne statystycznie różnice między obu podgrupami w zakresie somatyzacji. Osoby niewspółzależnione ujawniają wówczas niższy poziom somatyzacji od współzależźnych



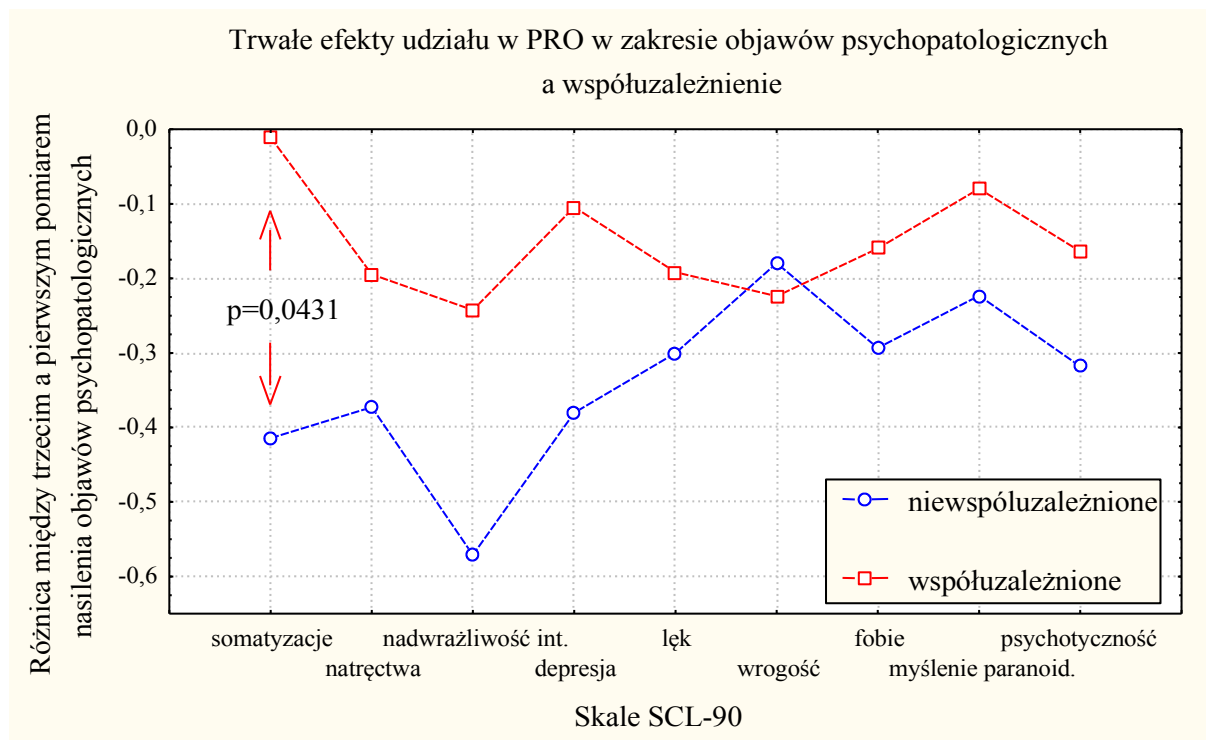
Porównując profile wyników obu podgrup w kolejnych etapach badań odnosi się wrażenie, że w grupie osób niewspółzależźnych korzystne zmiany po PRO zdają się pogłębiać pół roku później, czego nie obserwujemy w podgrupie osób współzależźnych. Podobne zjawisko obserwujemy, jeśli chodzi o zmiany w zakresie empatii.



W grupie osób niewspółzależnych udział w PRO prowadzi do istotnego podniesienia poziomu empatii. Różnica między pierwszym i drugim pomiarem empatii w tej grupie, szacowana testem Wilcoxon'a jest statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,0244$ . Zjawisko to nie zachodzi w grupie osób współzależnych. Niewielki i nietrwały wzrost empatii w tej grupie jest statystycznie nieistotny. Pół roku po PRO między obu grupami zdaje się ujawniać nieznaczna różnica, która jednak nie osiąga wymaganego poziomu istotności statystycznej ( $p=0,0875$ ).

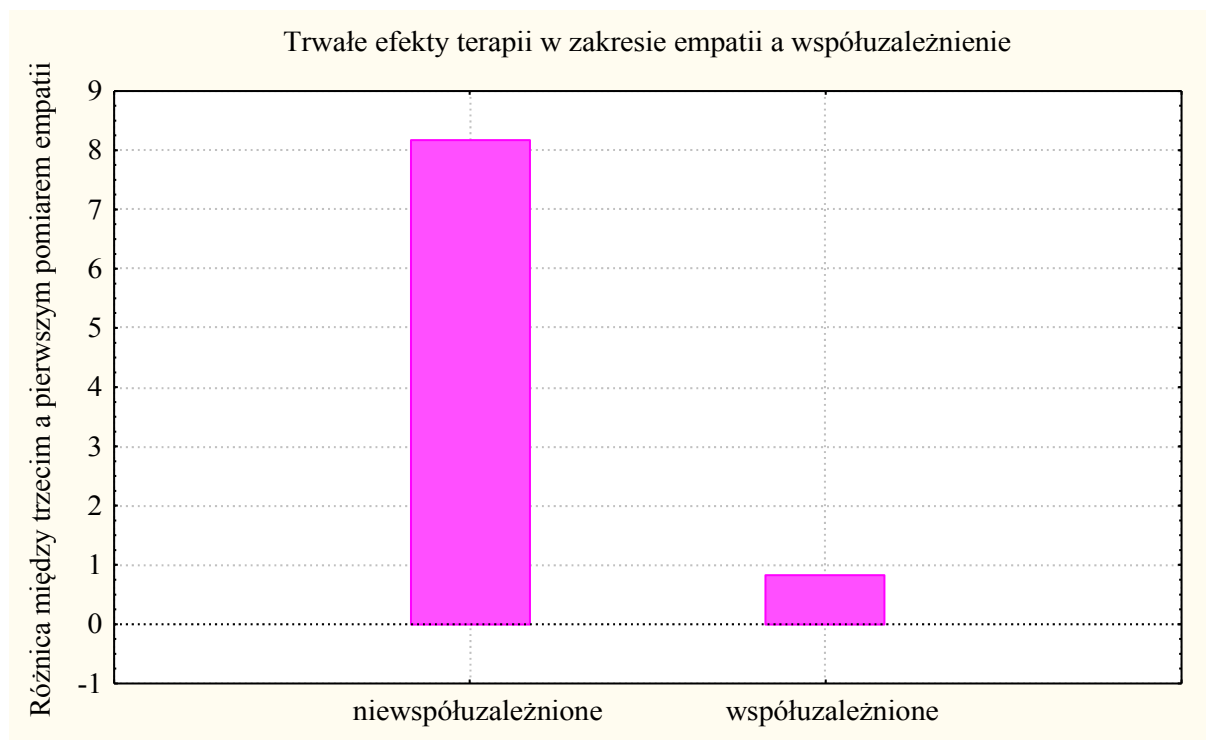
### Trwale efekty terapii a współzależnienie

Analiza różnic pomiędzy trwałymi efektami terapii w obu podgrupach potwierdza wcześniejsze spostrzeżenia:



Obie podgrupy różnią się istotnie trwałymi efektami terapii (pomiar trzeci minus pomiar pierwszy) w zakresie somatyzacji. Różnica pomiędzy nimi, szacowana testem U-Manna-Whitneya, jest statystycznie istotna na poziomie istotności  $p=0,0431$ . Trwałe efekty terapii w podgrupie osób niewspółzależnionych są tu istotnie wyższe niż w podgrupie osób współzależnionych.

Podobne zjawisko obserwujemy, jeśli chodzi trwałe efekty terapii w zakresie empatii:



Trwałe efekty udziału w PRO w zakresie empatii są istotnie większe u osób niewspółzależnionych niż współzależnionych. Poziom istotności różnicy między trwałymi

efektami terapii w obu grupach, szacowany za pomocą testu U-Manna-Whitneya, wyniósł  $p=0,0270$ . Oznacza to, że mierzony pół roku po PRO wzrost empatii osób niewspółzależniowych jest znacząco większy niż wzrost empatii współzależniowych.

Podsumowując, osoby współzależnione nie różnią się istotnie od niewspółzależniowych w zakresie badanych zmiennych ani w chwili rozpoczynania PRO, ani w chwili kończenia. Różnią się natomiast pół roku po zakończeniu PRO poziomem somatyzacji, a także trwałymi efektami terapii zakresie somatyzacji i empatii (pomiar trzeci minus pomiar pierwszy). Osoby współzależnione istotnie mniej korzystają z udziału w PRO w tym zakresie od osób niewspółzależniowych, bądź korzyści te są mniej trwałe, wskutek czego pół roku po PRO osoby współzależnione wykazują istotnie wyższy poziom somatyzacji i istotnie niższy poziom empatii od niewspółzależniowych. Może to oznaczać, że osoby współzależnione nie są zbyt podatne na rozwijanie empatii, bądź też zmiany w tym zakresie nie są adekwatne do ich sytuacji rodzinnej, wobec czego nie utrzymują się. Można przypuszczać, że zwiększona empatia mogłaby popychać te osoby w kierunku współzależnienia. Podobnie można sądzić, że somatyzacje są utrwalonym mechanizmem obronnym osób współzależniowych, wobec czego zmiany w tym zakresie nie utrzymują się długo w tej grupie.

## **Wyniki w chwili rozpoczynania PRO i trwałe efekty terapii a uzależnienie**

Porównano podgrupę 49 osób uzależnionych i 13 osób, które zadeklarowały, że nie są uzależnione. Obie podgrupy nie różniły się istotnie w zakresie badanych zmiennych na żadnym z etapów badań. Nie znaleziono także żadnych istotnych statystycznie różnic między nimi w zakresie trwałych efektów terapii.

## **Podsumowanie**

Na podstawie powyższy porównań można próbować ustalić cechy hipotetycznego uczestnika PRO, który odniósł największe trwałe korzyści z udziału w PRO oraz cechy hipotetycznego uczestnika PRO, który odniósł najmniejsze korzyści z udziału w PRO. Uczestnikiem, który odniósł największe trwałe korzyści z udziału w PRO byłaby osoba stosunkowo bardziej zaburzona w chwili rozpoczynania PRO, kawaler lub panna, która zarazem nie byłaby współzależniona ani DDA.

Uczestnikiem, który odniósłby najmniejsze trwałe korzyści z udziału w PRO byłaby osoba stosunkowo najmniej zaburzona w chwili rozpoczynania PRO, współzależniona i rozwiedziona, która wychowywała się w rodzinie alkoholowej.

Wiek, wykształcenie i uzależnienie tych osób byłyby czynnikami bez większego wpływu na odniesione przez nie trwałe korzyści.



## Ograniczenia badań

Należy wziąć pod uwagę fakt, że uczestnictwo w czterech sesjach PRO w okresie wrzesień – grudzień 1996 nie było jedynym czynnikiem, jaki oddziaływał na osoby badane w okresie od września 1996 do września 1997 roku. Osoby te prowadziły w tym czasie także normalne życie rodzinne i zawodowe, które dostarczało im wielu bodźców (będących niekontrolowanymi zmiennymi zakłócającymi) mogących mieć wpływ na wyniki osiągnięte w kwestionariuszach.

Nie wiemy również, jaki poziom wyników w poszczególnych kwestionariuszach jest optymalny dla zdrowia psychicznego jednostki. Dotyczy to wszystkich badanych zmiennych. Można bowiem przypuszczać, że w niektórych wypadkach optymalny wynik znajduje się nie na jednym z biegunów, lecz gdzieś na kontinuum między nimi. W takich wypadkach Program Rozwoju Osobistego spełniłby odpowiednio swoją rolę, gdyby zmiany ulegały przede wszystkim skrajne wyniki. Za hipotezą tą zdają się przemawiać fakt, że po ukończeniu PRO na ogół zmniejszało się odchylenie standardowe badanej zmiennej.

Ponadto należało również oczekiwać, że obok wielu osób odnoszących korzyści z udziału w PRO, znajdą się również takie osoby, które nie odniosą żadnych znaczących korzyści, a nawet pod niektórymi względami ich stan pogorszy się. Można spodziewać się obecności takich osób w badanej grupie choćby dlatego, że nie istnieje optymalny, ustalony dla wszystkich, jednakowy okres czasu udziału w psychoterapii, zalecany dla każdego. Pomimo wstępnej selekcji, część uczestników PRO może wymagać długoterminowej terapii, w której najważniejszym czynnikiem leczącym będzie stały, bliski kontakt z terapeutą. Osoby takie mogą wówczas znaleźć się w trakcie PRO dopiero w tej fazie terapii, w której następuje pogorszenie samopoczucia w związku z uświadomieniem i przeżyciem urazów z dzieciństwa. Mimo że generalnie jest to zjawisko korzystne, gdyż motywuje do szukania dalszej pomocy gdzie indziej i dalszego rozwoju osobistego, to jednak słabe wyniki tych osób mogą zamazywać obraz efektów udziału w PRO. Zjawisko to ogranicza wartość badań, prowadząc do niedoszacowania korzystnych zmian.

Istotnym ograniczeniem może być niedostatek odpowiednich, precyzyjnych narzędzi do pomiaru zmian zachodzących wskutek udziału w psychoterapii. Pomimo, że kwestionariusze Delta, Spielberga i Węglińskiego, posiadają zadowalającą trafność i rzetelność, zaś wcześniejsza wersja kwestionariusza SCL-90 (kwestionariusz HSCL) była zalecana do porównawczych badań nad efektywnością psychoterapii, to jednak można przypuszczać, że zastosowane narzędzia nie mierzą tych zmian, które uczestnikom PRO wydają się najistotniejsze, a o których dowiadujemy się z odpowiedzi uczestników na pytania otwarte.

## Wnioski

1. Uczestnicy PRO uzyskali dobre rezultaty w zakresie badanych zmiennych już w chwili rozpoczynania PRO. Szczególnie zwracają uwagę bardzo niskie wyniki badanej grupy w skali kłamstwa mierzącej tendencję do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle oraz w skali poczucia kontroli (wskazujące na wewnętrzne poczucie kontroli). Podgrupa mężczyzn uzyskała w obu tych skalach najniższe wyniki ze wszystkich badanych dotychczas grup. Ponadto uczestnicy mieli stosunkowo niskie nasilenie objawów psychopatologicznych, stosunkowo niski poziom lęku jako cechy oraz przeciętny poziom empatii w porównaniu do innych grup badanych tymi samymi narzędziami.
2. Wystąpiły istotne różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle w chwili rozpoczynania PRO i w chwili jego kończenia. Kobiety uzyskiwały wówczas istotnie wyższe wyniki w skali kłamstwa. Różnice między kobietami i mężczyznami zatarły się pół roku później.
3. Wbrew oczekiwaniom, nie wystąpiły istotne różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie empatii na żadnym z etapów badań.
4. Spośród trzech podgrup zróżnicowanych ze względu na stan cywilny: kawalerów (panien), żonaty (mężatek) i rozwiedzionych, kawalerowie (panny) wykazują w chwili rozpoczynania PRO istotnie wyższy poziom nadwrażliwości interpersonalnej zarówno w porównaniu do żonaty (mężatek) jak i w porównaniu do osób rozwiedzionych. Mają także istotnie wyższe nasilenie myśli paranoidalnych w porównaniu do osób pozostających w związku małżeńskim.
5. Uczestnicy bardzo wysoko ocenili treść i organizację zajęć, sposób ich prowadzenia oraz odniesione korzyści osobiste i zawodowe.
6. Nie było związku między subiektywną oceną korzyści osobistych odniesionych przez uczestników a efektami udziału w PRO mierzonymi za pomocą kwestionariuszy.
7. Udział w PRO spowodował u uczestników trwałe obniżenie (utrzymujące się pół roku po PRO) lęku jako cechy osobowości oraz objawów psychopatologicznych takich jak natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, lęk, fobie i psychotyczność.
8. Oczekiwane, lecz nietrwałe zmiany (nie utrzymujące się pół roku po PRO) wystąpiły u uczestników PRO w zakresie empatii, tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogości. Empatia najpierw istotnie wzrosła po ukończeniu PRO, a następnie (pół roku później) nieco obniżyła się, natomiast tendencja do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogość po PRO istotnie spadły, lecz pół roku później wzrosły do poziomu z chwili rozpoczynania PRO.
9. Udział w PRO nie doprowadził do jakichkolwiek istotnych zmian w zakresie poczucia kontroli, somatyzacji, depresji i myślenia paranoidalnego.
10. Efektywność PRO była wyższa w odniesieniu do tych uczestników PRO, którzy nie uzyskiwali tak dobrych rezultatów w zakresie badanych zmiennych już w chwili rozpoczynania PRO, na co wskazują stosunkowo silne ujemne korelacje między efektami PRO a wynikami w chwili rozpoczynania PRO.

11. Kawalerowie (panny) najbardziej korzystają z udziału w PRO w porównaniu do osób pozostających w związku małżeńskim lub rozwiedzionych. Trwałe efekty terapii kawalerów (panien) są większe niż trwałe efekty terapii żonatych (mężatek) w zakresie poczucia kontroli, lęku jako cechy, natręctw, nadwrażliwości interpersonalnej, depresji, fobii i myślenia paranoidalnego. Podobnie, trwałe efekty terapii kawalerów (panien) są większe niż trwałe efekty terapii osób rozwiedzionych w zakresie poczucia kontroli, lęku jako cechy, natręctw, nadwrażliwości interpersonalnej i psychotyczności. Pół roku po PRO nasilenie objawów psychopatologicznych kawalerów (panien) obniża się do poziomu pozostałych podgrup. Natomiast rozwiedzeni (-one) z żonatymi (mężatkami) różnią się tylko efektami w zakresie wrogości. Efektywność terapii w tym zakresie jest wyższa dla osób pozostających w związku małżeńskim niż rozwiedzionych.
12. Uczestnicy PRO, którzy wychowywali się w rodzinie alkoholowej (DDA) wykazywali istotnie wyższy poziom wrogości pół roku po zakończeniu PRO w porównaniu do grupy uczestników PRO, którzy nie wychowywali się w rodzinie alkoholowej. Różnica ta nie ujawniała się we wcześniejszych etapach badań (ani w chwili rozpoczynania PRO, ani w chwili kończenia PRO). Dorosłe dzieci alkoholików (DDA) odniosły także istotnie mniejsze trwałe korzyści z terapii w zakresie zmiany nasilenia somatyzacji (pomiar 3 minus pomiar 1) w porównaniu do grupy uczestników PRO, którzy nie wychowywali się w rodzinie alkoholowej.
13. Osoby współuzależnione ujawniały pół roku po PRO istotnie wyższy poziom somatyzacji od niewspółuzależnionych. Różniły się także trwałymi efektami terapii zakresie somatyzacji i empatii (pomiar trzeci minus pomiar pierwszy) - istotnie mniej korzystały z udziału w PRO w tym zakresie od osób niewspółuzależnionych, bądź korzyści te były mniej trwałe. Różnice te nie ujawniały się wcześniej (ani w chwili rozpoczynania PRO, ani w chwili kończenia).
14. Udział w PRO spowodował, w opinii uczestników, wiele korzystnych zmian w ich życiu. Pół roku po PRO uczestnicy entuzjastycznie opisywali szereg zmian w ich relacjach z bliskimi i innymi osobami, w emocjach, poglądach, sposobie myślenia a także wiele innych zmian, jakie zaszły w ich życiu wskutek udziału w PRO.
15. Uzyskane rezultaty uprawniają do stwierdzenia, że zajęcia prowadzone przez Instytut Psychologii Zdrowia w ramach Programu Rozwoju Osobistego są w wysokim stopniu skuteczną i efektywną formą psychoterapii i psychoedukacji osób, dla których są pomyślane i przeznaczone. Program Rozwoju Osobistego spełnia swoje zadanie zarówno jako pomoc w dalszym zdrowieniu dla osób uzależnionych i współuzależnionych, jako psychoedukacja i psychoterapia dla osób zainteresowanych rozwojem osobistym i poprawą kontaktów z ludźmi oraz jako pomoc w kształceniu dla nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.

## Zakończenie

Celem badań była ocena efektywności zajęć terapeutyczno – psychoedukacyjnych prowadzonych w ramach Programu Rozwoju Osobistego przez Instytut Psychologii Zdrowia PTP dla zawansowanych w zdrowieniu osób uzależnionych i współzależnionych, działających w środowiskach trzeźwościowych. Trzykrotnie (na początku, na końcu i pół roku po zakończeniu PRO) badano poczucie kontroli uczestników, tendencję do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle, lęk jako cechę osobowości, empatię i nasilenie objawów psychopatologicznych (somatyzacji, natręctw, fobii, nadwrażliwości interpersonalnej, depresji, lęku, wrogości, myślenia paranoidalnego i psychotyczności). Ponadto, po zakończeniu PRO uczestnicy oceniali odniesione korzyści osobiste oraz wypełniali anonimową ankietę *Opinia o zajęciach*, zaś pół roku później odpowiadali na pytanie otwarte o ewentualne zmiany w ich życiu wskutek udziału w PRO.

Badania objęły 74 osoby (po 37 mężczyzn i kobiet), które ukończyły PRO. Pół roku po ukończeniu PRO nawiązano kontakt z 73 osobami.

Uczestnicy PRO uzyskali dobre lub przeciętne rezultaty w zakresie badanych zmiennych już w chwili rozpoczynania PRO.

Ocenę efektywności PRO sformułowano na podstawie porównania trzech kolejnych wyników badań kwestionariuszowych oraz na podstawie opinii i ocen uczestników.

Porównanie wyników badań kwestionariuszowych wykazało, że udział w PRO spowodował u uczestników istotne statystycznie, trwałe obniżenie (utrzymujące się pół roku po PRO) lęku jako cechy osobowości oraz objawów psychopatologicznych takich jak natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, lęk, fobie i psychotyczność. Oczekiwane, lecz nietrwałe zmiany (nie utrzymujące się pół roku po PRO) wystąpiły w zakresie empatii, tendencji do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle i wrogości. Udział w PRO nie doprowadził natomiast do jakichkolwiek istotnych zmian w zakresie poczucia kontroli, somatyzacji, depresji i myślenia paranoidalnego.

W chwili kończenia PRO uczestnicy bardzo wysoko ocenili treść i organizację zajęć, sposób ich prowadzenia oraz odniesione korzyści osobiste i zawodowe

Pół roku po PRO uczestnicy entuzjastycznie opisywali szereg korzystnych zmian w ich relacjach z bliskimi i innymi osobami, w emocjach, poglądach, sposobie myślenia a także wiele innych zmian, jakie zaszły w ich życiu wskutek udziału w PRO.

Na podstawie powyższego stwierdzono, że zajęcia prowadzone przez Instytut Psychologii Zdrowia w ramach Programu Rozwoju Osobistego są w wysokim stopniu skuteczną i efektywną formą psychoterapii i psychoedukacji osób, dla których są pomyślane i przeznaczone. Program Rozwoju Osobistego spełnia swoje zadanie zarówno jako pomoc w dalszym zdrowieniu dla osób uzależnionych i współzależnionych jako psychoedukacja i psychoterapia dla osób zainteresowanych rozwojem osobistym i poprawą kontaktów z ludźmi oraz jako pomoc w kształceniu dla nieprofesjonalnych działaczy środowisk trzeźwościowych.

## Piśmiennictwo

1. Agosti V., Ocepek-Welikson K., *The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression: a reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. *Journal of Affect Disorders*, 1997, nr 43/3, 181-186.
2. Bergin A.E., Lambert M.J., *Ocena wyników terapii* [w:] Garfield S.L., Bergin A.E., *Psychoterapia i zmiana zachowania. Analiza empiryczna*. Warszawa 1990. IPN.
3. Brodziak A., *Nerwica, stan przeciążenia, choroby psychosomatyczne*. Katowice 1981. Pracownia Informatyki Medycznej Kliniki Gastroenterologii Śląskiej Akademii Medycznej.
4. Bryła – Zielińska I., *Badania nad skutecznością psychoterapii w leczeniu pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i z zaburzeniami osobowości w Polsce w latach 1960-1995*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1997, nr 4(6), 443-450.
5. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa 1996. Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Classen C., Abramson S., Angell K., Atkinson A., Desch C., Vinciguerra V.P, Rosenbluth R.J., Kirshner J.J., Hart R., Morrow G., Spiegel D., *Effectiveness of a training program for enhancing therapists' understanding of the supportive – expressive treatment model for breast cancer groups*. *Journal Psychoter. Pract. Res.* 1997, nr 3 (6), 211-8.
7. *Charakterystyka kobiet współzależnych. Raport z badań.*, Warszawa 1997. IPZ.
8. Corey M.S., Corey G., *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa 1995. IPZiT.
9. Czabała C., Leder S., Pohorecka A., *Badania nad psychoterapią grupową*, [w:] Wardaszko – Łyszkowska H., *Terapia grupowa w psychiatrii*, Warszawa 1980. PZWL.
10. Dakowska H., *Styl radzenia sobie z zaburzeniami nerwicowymi – uwarunkowania i podatność na zmiany pod wpływem psychoterapii*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1997, nr 4(6), 451-456.
11. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L., *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report*, *Psychopharmacology Bulletin* 1973, vol. 9, nr 1, 13-28.
12. Dobrogowska M., *Poziom rozumienia empatycznego i układ potrzeb u studentów pedagogiki specjalnej*. Warszawa 1992. ATK. Niepublikowana praca magisterska.
13. Drwal R.Ł. *Opracowanie kwestionariusza Delta do pomiaru poczucia kontroli*, *Studia Psychologiczne* 1979, t. XVIII/I, 67-83.

14. van Dulmen A.M., Fennis J.F., Bleijenberg G., *Cognitive – behavioural group therapy for irritable bowel syndrome: effects and long-term follow-up*. Psychosomatically Medicine 1996, nr 58/5, 508-14.
15. Eysenck H., *Sens i nonsens w psychologii*, Warszawa 1971, PWN.
16. Eysenck H., *Niezlomny krytyk psychoterapii (I)*, Charaktery 1997a, nr 6, 43-45.
17. Eysenck H., *Niezlomny krytyk psychoterapii (II)*, Charaktery 1997b, nr 7, 43-45.
18. Gajewska A., *Zmiany w stanie kondycji psychicznej i nasilenia objawów zaburzeń emocjonalnych pod wpływem psychoterapii*. Warszawa 1984. UW. Niepublikowana praca magisterska.
19. Golczyńska M. *Porównanie efektów: specyfiki medytacji i hipnoterapii w leczeniu pacjentów z nerwicami o przewadze objawów cielesnych*. Warszawa 1991. IPN . Streszczenie niepublikowanej pracy doktorskiej.
20. Golińska L., *Uczestnicy SPP w trakcie Studium oraz w rok później*. IPZiT. Maszynopis (bez daty wydania).
21. Huflejt – Łukasik M., *Poznawczo – behawioralne psychoterapie depresji*, [w:] Grzesiuk L. (red.), *Psychoterapia; szkoły, zjawiska, techniki, specyficzne problemy*, Warszawa 1994, Wydawnictwo Naukowe PWN.
22. Jakubik A., *Zaburzenia osobowości*, Warszawa 1997. PZWL.
23. Jakubowska U., *Badania nad psychoterapią*, [w:] Grzesiuk L. (red.), *Psychoterapia; szkoły, zjawiska, techniki, specyficzne problemy*, Warszawa 1994, Wydawnictwo Naukowe PWN.
24. Jäger B., Liedtke R., Künsebeck H.W., Lempa W., Kersting A., Siede L., *Psychotherapy and bulimia nervosa: evaluation and long term follow up of two conflict-orientated treatment conditions*, Acta Psychiatrica Scandinavica 1996, nr 4 (93), 268-78.
25. Kashner T.M., Rost K., Cohen B., Anderson M., Smith G.R., *Enhancing the health of somatisation disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy*. 1995, nr 5 (36), 462-70.
26. Kogon M.M., Biswas A., Pearl D., Carlson R.W., Spiegel D., *Effects of medical and psychotherapeutic treatment on the survival of women with metastatic breast carcinoma*. Cancer 1997, nr 2 (80), 225-30.
27. Kratochvil S., *Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic*, Warszawa 1986, PWN.
28. Kucińska M., *Podwójny obraz*, Świat Problemów 1997, nr 10(57), 17-20.
29. Kucińska M., Mellibruda J., *Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia przez pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA*, Alkoholizm i Narkomania 1997 a, nr 3 (28), 373-388.

30. Kucińska M., Mellibruda J., *Zmiany stanu psychicznego po terapii odwykowej pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA*, Alkoholizm i Narkomania 1997 b, nr 3 (28), 405-420.
31. Kucińska M., Mellibruda J., Włodawiec B., *Wyniki badań pilotażowych programu APETOW – charakterystyka pacjentek współuzależnionych*, Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 441-454.
32. Liou C.P., Her J.R., *The effectiveness of psychotherapies on hospitalised depressive patients*, Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei) 1996, nr 3 (58), 163-70.
33. Mantovani G., Astaro G., Lampis B., Bianchi A., Curreli L., Orru W., Carta M.G., Carpiniello B., Contu P., Rudas N., *Evaluation by multidimensional instruments of health-related quality of life of elderly cancer patients undergoing three „psychosocial” treatment approaches. A randomizal clinical trial*. Support Care Cancer 1996, nr 2 (4), 129-40.
34. Mellibruda J., *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 277-306.
35. Mellibruda J., *Strategiczno – strukturalna psychoterapia uzależnienia*, Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 307-324.
36. Mellibruda J., Sobolewska Z. *Koncepcja i terapia współuzależnienia*, Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 421-430.
37. Mellibruda J., Włodawiec B., *Zmiany funkcjonowania społecznego po terapii odwykowej pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA*. Alkoholizm i Narkomania 1997, nr 3 (28), 389-404.
38. Mitchell J.E., Hoberman H.N., Peterson C.B., Mussell M., Pyle R.L., *Research on the psychotherapy of bulimia nervosa: half empty or half full*, International Journal of Eating Disorders 1996, nr 3 (20), 219-29.
39. *Monitorowanie przebiegu i efektów terapii w sieci wiodących placówek leczenia odwykowego w Polsce. Portret pacjentów uzależnionych. Raport z badań.*, Warszawa 1996. IPZ.
40. Monti P.M., Abrams D.B., Kadden R.M., Cooney N.L., *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu*, Warszawa 1994. IPZiT.
41. Mynors-Wallis L., Davies I., Gray A., Barbour F., Gath D., *A randomised controlled trial and cost analysis of problem – solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care*, British Journal of Psychiatry 1997 nr 170, 113-9.
42. Opdyke K.S., Reynolds C.F., Frank E., Begley A.E., Buysse D.J., Dev M.A., Mulsant B.H., Shear M.K., Mazumdar S., Kupfer D.J., *Effect of continuation treatment on residual symptoms in late-life depression: how well is „well”?*, Depress Anxiety 1996-97, nr 4 (6), 312-319.

43. Ragsdale K.G., Cox R.D., Finn P., Eisler R.M., *Effectiveness of short-term specialised inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: a role for adventure-based counselling and psychodrama*, Journal of Trauma and Stress 1996, nr 9/2, 269-83
44. Rembowski J., *Empatia. Studium psychologiczne*. Warszawa 1989. PWN.
45. *Rocznik statystyczny demografii*, GUS, Warszawa 1995.
46. Sarol-Kotelnicka A., *Przebieg terapii i odległe wyniki leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości*. Warszawa 1993. IPN. Niepublikowana praca doktorska.
47. Seligman M.E., *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań 1993. Media Rodzina of Poznań.
48. Seligman M.E., *The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study*. American Psychologist 1995, nr 12(50), 965-74.
49. Seligman M.E., *Science as an ally of practice*. American Psychologist 1996, nr 10(51), 1072-9.
50. Siwiak – Kobayashi M.M., *Zmiany w stanie klinicznym i modyfikacja niektórych postaw pacjentów leczonych w klinice nerwic*. Warszawa 1974. IPN. Niepublikowana praca doktorska.
51. Sosnowski T., *Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu Charlesa P. Spielbergera*. Przegląd Psychologiczny 1977, t. XX, 2, 349-359.
52. Tillett R., *Psychotherapy assessment and treatment selection*. British Journal of Psychiatry 1996, nr 1(168), 10-15.
53. Walsh B.T., Wilson G.T., Loeb K.L., Devlin M.J., Pike K.M., Roose S.P., Fleiss J., Wateraux C., *Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa*. American Journal of Psychiatry 1997, nr 4 (154), 523-31.
54. Węgliński A., *Poziom empatii a zachowanie na koloniach resocjalizacyjnych dzieci z rodzin zagrożonych demoralizacją*. Kwartalnik Pedagogiczny 1984, nr 1/111, 111-120.
55. Węgliński A., *Trafność Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE)* [w:] R. Drwal (red.), *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej*. Wybrane zagadnienia., Lublin 1987. UMCS.
56. Włodawiec B., *Poziom lęku, agresji i empatii polskich wyznawców buddyzmu*. Warszawa 1992. ATK. Niepublikowana praca magisterska.
57. Włodawiec B., *Portret pacjenta*. Świat Problemów 1997, nr 6(53), 23-27.
58. Wrześniewski K., Sosnowski T., *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL)*. Warszawa 1987. Laboratorium Technik Diagnostycznych.



59. Zachariae R., Oster H., Bjerring P., Kragballe K., *Effects of psychological intervention on psoriasis: a preliminary report*. Journal of Academic Dermatology 1996, nr 6 (34), 1008-15.