KRAKOWSKA AKADEMIA

im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych

Kierunek: Pedagogika

Ścieżka specjalizacyjna: Pedagogika resocjalizacyjna z elementami kryminologii

Katarzyna Piwowarczyk

WYKORZYSTANIE METODY TEATROTERAPII A POZIOM LĘKU I SAMOOCENA OSÓB Z UZALEŻNIENIEM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (NA PRZYKŁADZIE BADAŃ PACJENTÓW ZAKŁADU LECZNICTWA ODWYKOWEGO „SZANSA" W PŁAWNIOWICACH)

Praca magisterska

napisana pod kierunkiem

dr Beaty Zinkiewicz

Kraków 2024 r.

SPIS TREŚCI

Wstęp ……..…. 3

Rozdział 1. Problematyka uzależnień ……... 6

1.1. Zagadnienia związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych ……..... 6

1.2. Geneza uzależnień od substancji psychoaktywnych …….……...…..…. 14

1.2.1. Model biologiczny ……..…….. 14

1.2.2. Model psychologiczny ……..…… 17

1.2.3. Model społeczno-kulturowy ……..……... 22

1.3. Kategorie substancji psychoaktywnych ……..……..……....……..…. 27

1.4. Zaburzenia osobowości i inne zaburzenia psychiczne współwystępujące z problemem uzależnień ……..…….…….……...…… 36

1.5. Lęk i strach występujący u osób w kryzysie uzależnienia ……..…..……... 42

1.6. Samoocena osób z uzależnieniem …….……..……. 48

1.7. Zagrożenia wynikające z przyjmowania substancji psychoaktywnych……..…….. 52

1.8. Metody leczenia osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych ……..……..…. 56

Rozdział 2. Działania twórcze w kontekście leczenia uzależnień ……...…..…..…… 62

2.1. Zagadnienia twórczości i działań twórczych w resocjalizacji w ujęciu teoretycznym … 62

2.2. Pojęcie teatroterapii ……...……...……...…. 67

2.3. Dramaterapia a psychodrama ……...……....……..…… 75

2.4. Strategie terapeutyczne wykorzystywane w praktyce teatroterapii ……..……... 80

Rozdział 3. Podstawy metodologiczne badań własnych ……..……..… 83

3.1. Cel i przedmiot badań ……..…… 83

3.2. Problemy i hipotezy badawcze …….…….....……...…….. 85

3.3. Zakres badań, zmienne i wskaźniki ……..……... 87

3.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze ……..…..…… 89

3.5. Teren, organizacja i przebieg badań ……..……... 94

3.6. Charakterystyka grupy badawczej ……..……. 96

Rozdział 4. Analiza wyników badań własnych ……...…… 97

4.1. Uwagi wprowadzające do interpretacji wykorzystanych testów ……..……... 97

4.2. Charakterystyka indywidualnych przypadków …….…….…….……... 100

4.2.1. Przypadek P1 ……..…… 100

4.2.2. Przypadek P2 ……..……. 103
4.2.3. Przypadek P3 ……..……. 107
4.2.4. Przypadek P4 ……..……. 110
4.2.5. Przypadek P5 ……..……. 113
4.2.6. Przypadek P6 ……..……. 117
4.2.7. Przypadek P7 ……..……. 120
4.2.8. Przypadek P8 ……..……. 123
4.3. Interakcje w grupie …….……... 127
4.3.1. Dynamika grupowa ……. 127
4.3.2. Współpraca i interakcje ……...…… 128
4.3.3. Rozwiązywanie konfliktów ……..…….….. 129
4.3.4. Wpływ na poziom lęku …….…….……. 129
4.3.5. Wpływ na samoocenę ……..….…….. 130
4.4. Formy ekspresji artystycznej ……..…….……...131
4.4.1. Cel zajęć teatroterapeutycznych: Integracja artystyczna i terapeutyczna …….….. 131
4.4.2. Techniki i metody wykorzystywane w trakcie zajęć …….. 131
4.4.3. Wpływ form ekspresji artystycznej na uczestników …….…….…. 132
4.4.4. Priorytety w terapii uzależnień ……..…. 133

Wnioski i rekomendacje …….…… 134

Zakończenie ……...…….. 136

Bibliografia …….. 137

Wykaz tabel ……. 144

Aneks ……..…….……. 145

WSTĘP

„Sztuka nie jest ani stanem duszy (w znaczeniu jakiejś wyjątkowej, nieprzewidzianej chwili natchnienia), ani statusem człowieka (w znaczeniu zawodu czy funkcji społecznej). Sztuka jest dojrzewaniem, ewolucją, uniesieniem umożliwiającym wyjście z ciemności w blask światła.” - Jerzy Grotowski

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych to złożony problem zdrowotny i społeczny, który prowadzi do poważnych konsekwencji w różnych sferach życia osoby z uzależnieniem oraz osób z jej otoczenia. Charakteryzuje się niekontrolowanym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, mimo negatywnych skutków zdrowotnych, psychologicznych i społecznych. Osoby z uzależnieniem często doświadczają wykluczenia społecznego, strat w sferze relacji interpersonalnych, problemów z samorozwojem oraz trudności w funkcjonowaniu zawodowym. Metody leczenia uzależnień opierają się na psychoterapii, która obejmuje różne techniki, takie jak terapia poznawczo-behawioralna czy terapia grupowa. Niestety, niewiele ośrodków terapeutycznych korzysta z dodatkowych metod wspomagających proces terapeutyczny, takich jak dramaterapia, mimo jej potencjalnych korzyści, które są udokumentowane w innych obszarach terapii, takich jak praca z osobami z niepełnosprawnościami intelektualnymi lub zaburzeniami psychicznymi.

Teatr od dziecka kojarzył mi się z magicznym miejscem, gdzie mogłam wyobrazić sobie, że jestem jedną z postaci i przeżywam przygody, które oglądałam na scenie. Potem teatr stał się częścią nie tylko mojej wyobraźni, ale także realnych działań. Współtworzyłam różne profesjonalne projekty dramatyczne. Zawodowo pracowałam, tworząc spektakle dla najmłodszej publiczności, prowadziłam warsztaty teatralne dla osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz z osobami z uzależnieniem. Zaczęłam zauważać, że same działania artystyczne to nie wszystko, co daje nam tworzenie. To także rozwój wewnętrzny, zmiana patrzenia na siebie i innych, a czasami forma ratunku i znalezienia drogi z trudnej sytuacji. Obecnie, pracując jako psychoterapeuta uzależnień, widzę, jak ważne dla pacjentów są doświadczenia, które wzmacniają ich motywację do zmian. Proces tworzenia wspiera ich w budowaniu nowego siebie. Teatroterapia może być taką formą, która im w tym pomoże.

Podczas pisania pracy licencjackiej zaczęłam głębiej poznawać temat teatroterapii i jej zastosowania w leczeniu uzależnień. Niestety, okazało się, że niewiele placówek wspomaga

się tą metodą terapeutyczną. Z badań przeprowadzonych w ramach mojej pracy licencjackiej, gdzie analizowałam, w jakich obszarach pacjenci widzą korzystne zmiany po teatroterapii, wynikało, że najbardziej odczuwali poprawę w samoocenie i obniżeniu poziomu lęku. Postanowiłam więc bliżej przyjrzeć się tym obszarom i sprawdzić, czy zmiany te są tylko subiektywnymi deklaracjami pacjentów, czy rzeczywiście zachodzą.

Literatura specjalistyczna, którą przeanalizowałam, składa się z dwóch głównych części. Pierwsza dotyczy uzależnień i obejmuje różne źródła, w tym szczególnie wartościowe pozycje takie jak "Narkomania spojrzenie wielowymiarowe" autorstwa Mariusza Jędrzejko, która w przystępny sposób opisuje problem z punktu widzenia psychologii, socjologii, filozofii i medycyny, oraz "Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów" autorstwa Piotra Jabłońskiego, Bogusławy Bukowskiej i Jana Czesława Czabały, będący kompendium wiedzy na temat uzależnień. Druga część literatury dotyczy dramaterapii, a szczególnie teatroterapii wśród osób z uzależnieniami. Niestety, sama metoda dramaterapii jest w trakcie kształtowania się i brakuje literatury, zwłaszcza w języku polskim. Warto jednak zapoznać się z książką Anity Stefańskiej "Teatroterapia we wspomaganiu aktywności komunikacyjnej dorosłych osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną", która jest próbą wyjaśnienia teoretycznych założeń opartych na aktualnych trendach i badaniach. Korzystałam również z literatury anglojęzycznej, jednak większość artykułów dotyczy pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie lub z zaburzeniami psychicznymi, a bardzo mało publikacji odnosi się do wsparcia leczenia uzależnień.

Pierwszy rozdział pracy zawiera wprowadzenie do tematu uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Opisano, czym jest uzależnienie, jakie są jego przyczyny według modelu biopsychospołecznego, jakie substancje psychoaktywne są najczęściej używane oraz jakie zaburzenia osobowości i psychiczne współwystępują z uzależnieniem. Omówiono również problem lęku i strachu w uzależnieniach, samoocenę osób z uzależnieniem, konsekwencje przyjmowania substancji psychoaktywnych oraz stosowane metody leczenia.

Drugi rozdział dotyczy działań twórczych w kontekście uzależnień. Opisano różne formy działań twórczych wykorzystywanych w resocjalizacji, pojęcie teatroterapii, dramaterapii i psychodramy, a także niektóre metody stosowane w teatroterapii.

Rozdział trzeci skupia się na metodologii badań własnych. Przedstawiono cel badań i problem badawczy, zmienne i wskaźniki, a także metodę, techniki oraz narzędzia badawcze zastosowane do przeprowadzenia badań. Opisano także grupę badawczą objętą badaniem. W pracy badawczej zastosowano zarówno metody ilościowe, jak i jakościowe.

Czwarty rozdział to analiza wyników badań własnych. Opisano osiem indywidualnych przypadków, w których zaprezentowano wyniki badań z przeprowadzonych testów STAI i SES pacjentów, a także wyniki obserwacji własnej oraz wywiadów z osobami prowadzącymi zajęcia teatroterapeutyczne w Zakładzie Lecznictwa Odwykowego „Szansa" w Pławniowicach. Celem przeprowadzonych badań było poznanie efektywności teatroterapii jako narzędzia wspierającego proces terapeutyczny wśród osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu na poziom lęku i samoocenę pacjentów. Pod koniec rozdziału zawarto wnioski z badań oraz rekomendacje wskazujące możliwy kierunek dalszego rozwoju badań.

Zakończenie pracy podsumowuje wyniki badań i refleksje nad ich znaczeniem.

Na zakończenie chciałabym wyrazić wdzięczność wszystkim respondentom oraz prowadzącym zajęcia teatroterapeutyczne za udział w badaniach. Dziękuję także dyrekcji ośrodka "Szansa" w Pławniowicach za umożliwienie przeprowadzenia badań, psychologowi za konsultacje wyników, a także pani promotor dr Beacie Zinkiewicz za ogromne wsparcie i cierpliwość podczas całego procesu tworzenia pracy. Serdeczne podziękowania kieruję również do wszystkich, którzy wspierali mnie na różnych etapach powstawania tej pracy.

ROZDZIAŁ 1. PROBLEMATYKA UZALEŻNIEŃ

1.1. Zagadnienia związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych

Z analizy naukowej wynika, że uzależnienie jest problemem wielowarstwowym, który należy rozpatrywać z perspektywy medycznej, socjologicznej oraz prawnej. Wielowymiarowość tego tematu podkreśla, jak złożone jest to zjawisko. Choć istnieje wiele różnych skojarzeń i definicji związanych z uzależnieniem, stan ten może powodować problemy zarówno dla poszczególnych osób, jak i całego społeczeństwa[1]. Problemy w sferze osobistej stwarzają trudności w relacjach społecznych i interpersonalnych. Konsekwencje uzależnienia są najbardziej odczuwalne przez osobę dotkniętą problemem i jej bliskich, co prowadzi do negatywnych zmian w dynamice rodziny i najbliższego otoczenia. Na poziomie indywidualnym mówi się o powstaniu zaburzeń fizycznych i psychicznych, które mogą stać się chroniczne, a nawet skutkować śmiercią[2]. Z perspektywy społecznej, uzależnienie generuje zachowania dewiacyjne, które z kolei mają szereg negatywnych konsekwencji dla szerszej społeczności. Konsekwencje te najczęściej przybierają formę zwiększonej zapadalności na choroby bezpośrednio lub pośrednio związane z używaniem substancji psychoaktywnych, wzrostu śmiertelności (np. zatruć, wypadków), nieobecności w miejscach edukacji i pracy oraz wzrostu przestępczości. Problemy w interakcjach z innymi obejmują ryzykowne zachowania, takie jak niebezpieczeństwo zakażenia chorobami, zagrożenia dla bezpieczeństwa fizycznego (z powodu niekontrolowanych reakcji) i psychicznego (przemoc emocjonalna i fizyczna), obniżenie jakości relacji międzyludzkich, a także pojawienie się tzw. syndromów zespołu współuzależnienia wśród osób bliskich osobie z uzależnianiem[3].

Zgodnie z powszechną wiedzą, nałóg może dotknąć każdego, bez względu na jego wiek, stan pochodzenia, czy status materialny. Od zawsze rozumiano, że potencjalne uzależnienie może wynikać z czegoś, co jest w stanie zakłócić procesy myślowe. Uzależnienie może dotyczyć nie tylko substancji psychoaktywnych (określane jako uzależnienie od substancji chemicznych), ale także różnych zachowań (przyjęte jako

---

[1] M. Dobijański, A. Kamieński [red.], *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, Wydawnictwo Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny "SIM", Warszawa 2018, s. 7

[2] W. Szaszkiewicz, *Rodzina z problemem uzależnienia*, [w:] B. Bętkowska-Korpała [red.], *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Znaczenia diagnostyczne*, Wydawnictwo Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009, s. 270

[3] M. Jędrzejko A. Kowalewska, *Narkomania – wybrane pojęcia i definicje*, [w:] M. Jędrzejko [red.], *Narkomania spojrzenie wielowymiarowe*, Wydawnictwo Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora & Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk-Warszawa 2009, s. 63

uzależnianie niechemiczne lub behawioralne), które wpływają i zmieniają stan psychiczny[4]. W styczniu 2022 w Polsce utworzono nową instytucję – Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), która stanowi jeden podmiot prowadzący działalność w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami. Dotychczas funkcjonowały dwie osobne agendy. Jedna związana z uzależnieniami od narkotyków, czyli Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) oraz jednostka zajmująca się uzależnieniami od alkoholu – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). KCPU prowadzi działania zintegrowane na szczeblu krajowym oraz lokalnym, skupiające się na problematyce uzależnień chemicznych i behawioralnych[5].

W oparciu o definicję podaną przez *American Society of Addiction Medicine*, „uzależnienie jest pierwotną i przewlekłą chorobą obejmującą system nagrody mózgu, motywację, pamięć i powiązane z nimi obwody mózgowe”[6]. Zaburzenia te przyczyniają się do zmian o charakterze psychologicznym, biologicznym, duchowym i społecznym. Przymus poszukiwania nagrody lub ulgi, poprzez patologiczne używanie alkoholu i substancji psychoaktywnych, jak również kompulsywne zachowania takie jak: nadmierne jedzenie, problemy związane z seksem, zakupami czy hazardem, poszerzają rozumienie uzależnienia jako złożonego zaburzenia. W przypadku nie podjęcia leczenia, choroba objawia się cyklem nawrotów, postępującego zaostrzenia problemu oraz śmiercią[7].

W literaturze przedmiotu można spotkać określenia takie jak nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych, które są dwoma odrębnymi pojęciami. Nadużywanie odnosi się do sytuacji, w której osoba dobrowolnie lub celowo przyjmuje środek, mając możliwość jego dowolnego zmniejszenia lub odstawienia. Natomiast uzależnienie, w rozumieniu medycznym, jest patologicznym i niezamierzonym przyjmowaniem substancji[8]. Aby lepiej zrozumieć zagadnienie uzależnienia przytoczono definicję Światowej Organizacji Zdrowia, która mówi, że „uzależnienie od substancji psychoaktywnych definiowane jest jako kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji psychoaktywnych dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta

---

[4] M. Jędrzejko A. Kowalewska, *Narkomania – wybrane … Ibidem*, s. 20
[5] Raport 2023 roku “Uzależnienia w Polsce”, Wydawnictwo Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2023; s. 5
[6] D. E. Smith, *The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction*, “Journal of Psychoactive Drugs”, 44, 2012, s. 1-4
[7] D. E. Smith, *Ibidem*, s. 1-4
[8] C. K. Erickson, *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2018, s. 36

większą wartość”[9]. Aktualnie obowiązują dwa międzynarodowe systemy diagnostyczne, według których dokonuje się klasyfikacji chorób. Zalicza się do nich Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych, czyli ICD-10 oraz klasyfikację zaburzeń psychiatrycznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w skrócie DSM-V[10]. W Polsce obowiązuje klasyfikacja IDC-10, ale od stycznia 2022 WHO przyjęło nową klasyfikację ICD-11, która obecnie jest w trakcie tłumaczenia na język polski i będzie wprowadzona do końca 2026 roku[11]. Sugerując się bieżącą wiedzą, czyli klasyfikacją chorób ICD-10, diagnoza uzależnienia jest stawiana, jeśli przez ostatni rok jednocześnie zaobserwowano przynajmniej trzy z poniższych symptomów:

1. Głód substancji - nieodparta potrzeba stosowania substancji psychoaktywnej lub poszukiwania z nią kontaktu.
2. Utrata kontroli - zmniejszona zdolność do decydowania o ilości, momencie lub warunkach przyjmowania substancji.
3. Objawy abstynencji - pojawienie się negatywnych odczuć psychicznych i fizycznych po przerwaniu lub znacznym ograniczeniu spożycia substancji.
4. Zmiana tolerancji - tolerancja na substancję wzrasta, wymagając coraz większych dawek do osiągnięcia efektu.
5. Porzucenie lub ograniczenie innych form aktywności dających satysfakcję, takich jak praca, hobby czy interakcje społeczne.
6. Kontynuowanie przyjmowania substancji mimo świadomości jej negatywnego wpływu[12].

Podobnie postuluje Jerzy Mellibruda uznając, że „przy diagnozie syndromu uzależnienia uwzględnia się wiązkę zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych wskazujących, że używanie substancji uzyskało priorytet znacznie większy dla danej osoby niż inne jej zachowania, które poprzednio miały większe znaczenie. Centralną właściwością charakteryzującą ten syndrom jest silne pragnienie danej substancji. Stwierdza się również, że ponowne zażycie substancji po okresie abstynencji prowadzi do ponownego ujawnienia się innych cech syndromu w większym nasileniu”[13].

---

[9] A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1992, s. 276
[10] H. Kuntz, *Narkotyki i uzależnienia*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2008, s. 38
[11] P. Majewski, *ICD-11 - Implikacje w badaniach i praktyce psychologiczno-pedagogicznej*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” T. XLII, z. 1 - 2023, s. 124-125
[12] S. Pużyński, J. Wciórka [red.], *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000, s. 73-74
[13] J. Mellibruda, *Alkoholizm i diagnozowanie uzależnienia od alkoholu*, psychologia.edu.pl [dostęp 02.04.2024]

Jak wcześniej zaznaczono, DSM-V stanowi kolejny system klasyfikacyjny używany do rozpoznania uzależnienia przez profesjonalistów (w Polsce nie obowiązuje, ale jest pomocny na etapie diagnozowania pacjentów). Kluczowym elementem tej metody jest ustalenie poziomu nasilenia szkodliwego wzoru używania substancji, z uwzględnieniem symptomów, które utrzymują się przez 12 miesięcy. Diagnoza łagodnego zaburzenia wynikającego z konsumpcji substancji psychoaktywnej jest możliwa przy wystąpieniu dwóch do trzech objawów; cztery do pięciu symptomów wskazują na dysfunkcję o umiarkowanym stopniu nasilenia, natomiast sześć lub więcej objawów świadczy o głębokim stopniu choroby[14]. Przedstawione kryteria zostały zilustrowane na przykładzie zaburzeń wynikających z przyjmowania alkoholu:

1. Nawracające spożywanie alkoholu, które uniemożliwia realizację podstawowych zadań w pracy, szkole czy domu.
2. Utrzymywanie spożycia alkoholu pomimo ciągłych lub powracających trudności w relacjach międzyludzkich i społecznych, które są wywoływane lub pogarszane przez picie alkoholu.
3. Zmiana tolerancji alkoholu, czyli zwiększona ilość dawki substancji, w celu uzyskania zamierzonego efektu lub znaczne obniżenie reakcji organizmu na alkohol przy przyjmowaniu tej samej ilości.
4. Pojawienie się objawów zespołu abstynencyjnego.
5. Picie alkoholu w ilościach przekraczających początkowe zamierzenia lub przez czas dłuższy, niż był przewidywany.
6. Niepowodzenia w próbach ograniczenia ilości wypijanego alkoholu lub w kontrolowaniu jego spożycia, mimo wytrwałych starań.
7. Znaczna ilość czasu jest poświęcana na pozyskiwanie alkoholu, jego konsumpcję oraz regenerację po efektach picia.
8. Z powodu nadmiernego picia alkoholu dochodzi do ograniczenia lub porzucenia istotnych aktywności zawodowych, społecznych czy rekreacyjnych.
9. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości, że wywołuje ono lub pogarsza konkretne problemy zdrowotne, zarówno fizyczne, jak i psychiczne.
10. Nawracające spożywanie alkoholu w okolicznościach, które narażają na szkodę dla zdrowia i życia.

[14] L. Cierpiałkowska, H. Sęk, *Psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, s. 389

11. Występowanie głodu alkoholowego, silnego pragnienia lub nieodpartej potrzeby jego spożycia[15].

Podstawową cechę uzależnienia w ujęciu Wojciecha Kostowskiego jest „utrata kontroli nad zachowaniami popędowymi, co prowadzi do kompulsyjnego poszukiwania kontaktu z substancją uzależniającą (*drug seeking*) i jej używania (*drug taking*). Dla wielu uzależnionych proces chorobowy staje się chroniczny, towarzyszą mu nawroty (*relapses*) pojawiające się nawet po bardzo długich okresach abstynencji”[16]. Innymi słowy o uzależnieniu mówimy wtedy, gdy są spełnione trzy warunki: upośledzenie kontroli, poczucie przymusu i kontynowanie używania substancji psychoaktywnej lub wykonywanie czynności behawioralnej, pomimo szkodliwych następstw[17].

W oparciu o dostępne źródła naukowe, można dokonać podziału uzależnień na trzy główne kategorie: uzależnienia fizyczne (fizjologiczne), psychiczne (psychologiczne) i społeczne (socjologiczne)[18]. Uzależnienie fizyczne ma miejsce w przypadku określonych substancji uzależniających. Stan ten powstaje poprzez regularne stosowanie substancji psychoaktywnej w wysokich dawkach przez długi okres. Organizm osoby używającej przystosowuje się do ciągłej obecności narkotyku na tyle, że jego nieobecność zakłóca zdolność do prawidłowego utrzymania normalnych procesów metabolicznych i zachowania biologicznej stabilności. Gdy dochodzi do gwałtownego przerwania przyjmowania substancji, obserwuje się pojawienie niechcianych objawów fizycznych, znanych jako zespół abstynencyjny, który jest specyficzny dla każdego rodzaju substancji (więcej w rozdziale 1.3.). Zjawisko zwiększonej tolerancji jest również widoczne w tym typie uzależnienia. Oznacza to, że dawka substancji musi zostać zwiększana, aby uzyskiwać takie same efekty, jakie pojawiły się przy otrzymaniu pierwszej dawki[19].

Uzależnienie psychiczne charakteryzuje się głęboką satysfakcją emocjonalną czerpaną z przyjmowania substancji uzależniających. Powoduje silne i niekontrolowane pragnienie ponownego doświadczania określonego stanu emocjonalnego i zmysłowego. Jest to proces, w którym jednostka przypisuje substancji szczególną wartość i koncentruje się głównie na jej zdobyciu, czyniąc z niej dominujący element w swoim życiu. Uzależnienie psychiczne uznaje się za najmocniejszy typ zależności między jednostką a narkotykiem. W przeciwieństwie do

---

[15] M. Jarema, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016; s. 249
[16] W. Kostowski, *Uzależnienia: podstawowe pojęcia i teorie* „Psychiatria” 2005, Tom 2 nr 2, s. 61
[17] M,. Bujalski, J. Klingemann, *Słownik uzależnień*, Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, s. 8
[18] M. Jędrzejko, A. Kowalewska, *Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje*, [w:] M. Jędrzejko [red.], *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Wydawnictwo Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009, s. 46
[19] C. K. Erickson, *Ibidem*, s. 36-38

uzależnienia fizycznego, nie towarzyszą mu charakterystyczne objawy abstynencyjne, ale psychologiczny pociąg do używki[20].

W uzależnieniu społecznym, zażywanie substancji psychoaktywnych jest działaniem wtórnym. Główną motywacją jest pragnienie akceptacji, zaspokojenie potrzeby przynależności i uznania w określonej grupie społecznej. Grupy takie mają często charakter subkulturowy lub przestępczy i promują destrukcyjne zachowania jako swoje standardy. Przynależność do takich grup i integracja z nimi ma kluczowe znaczenie, a używanie narkotyków staje się efektem ubocznym. Tak silną potrzebę bycia częścią grupy często motywuje brak przynależności do innych środowisk, takich jak rodzina czy szkoła[21].

Jak każda choroba, tak i uzależnienie może rozwijać się etapami. Według Elvina Mortona Jellinka istnieją cztery fazy uzależnienia. W początkowej fazie uzależnienia (tzw. faza towarzyska lub eksperymentalna), osoby zaczynają próbować substancji psychotycznych głównie z ciekawości lub w sytuacjach towarzyskich. W tym okresie zmniejsza się odporność psychiczna na stres, a wzrasta tolerancja na substancje, co łączy się z przyjmowaniem coraz większych dawek. Chociaż spożycie narkotyków ma początkowo charakter społeczny, osoba zażywająca nie jest jeszcze świadoma tworzenia się psychicznej więzi z substancją. Dla tych, którzy nie są podatni na uzależnienie ta faza jest zwykle krótkotrwała[22].

W fazie drugiej, czyli ostrzegawczej lub fascynacji, osoba systematycznie przyjmuje substancje, nie czekając na szczególne okoliczności. Samodzielnie inicjuje poszukiwania narkotyków, nawiązując kontakt z dealerami i zwiększając swoje zaangażowanie w subkulturę narkotykową. Oszukuje bliskich i zaniedbuje codzienne obowiązki. Próbuje usprawiedliwiać swoje zachowanie różnymi, często nieprzekonującymi powodami. Takie zachowanie powoduje konflikty, nasila drażliwość w interakcjach i stopniowo pogorsza relacje z rodziną i przyjaciółmi (często następuje zmiana środowiska). Na tym etapie osoba robi się coraz bardziej wycofana i niestabilna emocjonalnie, a jej nałóg staje się coraz bardziej widoczny dla otoczenia. Dochodzi do dalszego izolowania się i pogłębiania problemów społecznych oraz emocjonalnych[23].

W trzeciej fazie uzależnienia, zwaną fazą przymusu, pragnienie zażycia substancji psychoaktywnych staje się niekontrolowane, a życie osoby z uzależnieniem poddawane jest całkowitej zależności od substancji. Wszystkie działania, rutyny i wcześniejsze metody

---

[20] M. Jędrzejko, A. Kowalewska, *Uzależnienia – wybrane … Ibidem*, s. 47
[21] L. Cierpiałkowska, H. Sęk, *Ibidem*, s. 403
[22] M. Jędrzejko, A. Kowalewska, *Narkomania – wybrane … Ibidem*, s. 46
[23] K. Zajączkowski, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2003, s. 44

egzystowania są reorganizowane w celu zapewnienia dostępu do narkotyku. Zażywanie substancji psychoaktywnych przekształca się w działanie cykliczne, nieuchronnie prowadzące do rozwinięcia się silnego uzależnienia fizycznego i psychicznego. Na tym etapie uzależniony nie doświadcza już euforii związanej z wcześniejszym zażywaniem narkotyków i nie jest w stanie kontrolować ich przyjmowania. W konsekwencji, osoba ta zmuszona jest do przyjmowania coraz większych dawek oraz eksperymentowania z coraz silniejszymi narkotykami. Taki wzorzec zachowania prowadzi do pierwszych incydentów z przedawkowaniem, a w skrajnych przypadkach do poważnych komplikacji, takich jak ostra niewydolność krążeniowa. Faza ta charakteryzuje się utratą kontroli nad własnym życiem, odpowiedzialnością oraz zdolnością do podejmowania racjonalnych decyzji[24]. „Oprócz uzależnienia fizycznego i psychicznego, w fazie tej mocno odczuwalna jest zależność społeczna, dając szkody w postaci: popadania w konflikty z prawem (posiadanie lub handel narkotykami, kradzieże, rozboje, prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków), wykluczenia społecznego i stygmatyzacji, dysfunkcji rodziny (współuzależnienie, rozpad więzi, rozwody), zobojętnienia na bieżące zajęcia (brak zainteresowań, kłopoty z nauką, brak kontaktów towarzyskich), utraty pozycji finansowej (porzucenie lub wydalenie z pracy, zagrożenie bezrobociem)”[25].

W zaawansowanej fazie uzależnienia, zwanej również fazą destrukcji lub upadku, substancje psychoaktywne są używane w sposób ciągły i intensywny oraz stają się integralną częścią życia osoby z uzależnieniem. Ciągi narkotykowe/alkoholowe mogą trwać przez wiele dni i prowadzić do poważnego upadku moralnego, uszkodzeń procesów poznawczych i upośledzenia zdolności oceny rzeczywistości. Zaburzeniom tym towarzyszy coraz wyższa tolerancja na narkotyki (lub, w przypadku alkoholu, osłabienie tolerancji), co zmusza osobę w kryzysie uzależnienia do przyjmowania niebezpiecznie wysokich dawek, często kończących się przedawkowaniem lub śmiercią. Zażywanie narkotyków przestaje przynosić przyjemność i staje się niezbędne do utrzymania funkcjonowania bez objawów zespołu abstynencyjnego. Bez podjęcia leczenia, stan ten może prowadzić do trwałych uszkodzeń organizmu[26].

---

[24] W. R. Miller, A. A. Forcehimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Wydawnictwo Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2014, s. 63

[25] Fragment zaczerpnięty z pracy licencjackiej K. Piwowarczyk, napisanej pod kierunkiem dr B. Zinkiewicz, *Znaczenie dramy w procesie terapii osób uzależnionych od narkotyków (na przykładzie badań pacjentów Zakładu Lecznictwa Odwykowego “Szansa” w Pławniowicach)*, Krakowska Akademia im. A. Frycz - Modrzewskiego, Kraków 2022, s. 16

[26] J. Mellibruda, *Ibidem*, psychologia.edu.pl [dostęp 02.04.2024]

Na zakończenie tego rozdziału warto podkreślić, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła terminy takie jak: uzależnienie, używanie szkodliwe, czy substancja psychoaktywna, ale w języku polskim terminy narkotyk, narkomania są powszechnie używane jako synonimy uzależnienia od substancji chemicznych wpływających na funkcjonowanie mózgu. Pojęcie *narkomania* wywodzi się od greckich słów *nárkē*, co określa odurzenie oraz *manía* oznaczającego szaleństwo[27]. Jak zaznacza Józef Leśniak „zaproponowano używanie w języku polskim słowa toksykomania na określenie wykształconego uzależnienia człowieka od wszelkiego rodzaju środków chemicznych … w literaturze przedmiotu można było znaleźć również takie określenia jak: farmakomania, narkomania rzekoma, narkomania prawdziwa, mała lub duża, farmakofilia itd."[28]. Przykładem definicji terminu narkomania w literaturze przedmiotu i w powszechnym użyciu jest np. znowelizowana w 2005 r ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, która określa narkomanię w następujący sposób: „stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich"[29]. Michał Bujalski w „Słowniku uzależnień" proponuje stosowanie określeń mniej stygmatyzujących i szkalujących dla osób, które doświadczają uzależnień, wprowadzając określenia: „osoba używająca substancji psychoaktywnych" – zamiast „narkoman", „osoba z uzależnieniem od alkoholu" – zamiast „alkoholik", „osoba z uzależnieniem", „osoba w kryzysie uzależnienia" lub „osoba z doświadczaniem uzależnienia" – zamiast uzależniony/osoba uzależniona. To samo dotyczy osób z najbliższego otoczenia osób z uzależnieniem, którym dotychczasowe określenia przypisywały współodpowiedzialność za uzależnienie, były stygmatyzujące, szkodliwe i nieadekwatne. Zamiast nazywania ich współuzależnionymi, z syndromem DDA lub koalkoholikami, proponuje określenie „osoby z rodzin z uzależnieniem", „bliscy osób z uzależnieniem"[30].

---

[27] I. Pospiszyl, *Patologie społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 124
[28] J. Leśniak, *Używanie narkotyków*, [w:]. B. Bętkowska-Korpała [red.], *Ibidem*, s. 118
[29] Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005, nr 179, poz. 1485, Art. 4, pkt 11)
[30] M,. Bujalski, J. Klingemann, *Ibidem*, s. 37, 41, 45, 57-58

1.2. Geneza uzależnień od substancji psychoaktywnych

Zgodnie z literaturą naukową istnieje wiele modeli i czynników wpływających na powstanie i rozwój uzależnienia. Poniżej przedstawiono model biopsychospołeczny opracowany przez George'a Engela i przyjęty przez Światową Organizację Zdrowia w 1946 roku, który definiuje się nie tylko jako brak choroby, ale jako pełnię dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Posłużono się tym modelem, gdyż zyskuje on szczególne znaczenie w kontekście uzależnienia, rozumianego jako choroba wielowymiarowa. Model ten obejmuje nie tylko bezpośrednie skutki biologiczne powstania zaburzenia, ale także czynniki psychologiczne, wpływy społeczne i kulturowe, które mogą przyczyniać się do rozwoju i utrzymywania się choroby. Jest to model eklektyczny, który traktuje zdrowie i chorobę przez pryzmat złożonych interakcji, podkreślając znaczenie holistycznego podejścia w diagnozowaniu i leczeniu uzależnień[31].

1.2.1. Model biologiczny

W modelu biologicznym możemy dokonać podziału na czynniki genetyczne, fizjologiczne i neurologiczne. Badania genetyczne prowadzone od lat 80-tych XX wieku (m.in. Kendler, Heath, Cloninger) analizowały dzieci osób zmagających się z problemem alkoholowym, które wychowywały się w różnych środowiskach, a także bliźnięta jednojajowe i dwujajowe. Na podstawie tych badań odkryto, że predyspozycje do uzależnienia mogą mieć podłoże genetyczne. Chociaż nie istnieje jeden gen bezpośrednio odpowiadający za uzależnienie, to dziedziczenie pewnych zaburzeń biochemicznych lub neurologicznych może wpływać na predyspozycje do uzależnienia[32]. To znajduje odzwierciedlenie w danych statystycznych: 60% osób leczących się z uzależnienia od alkoholu zgłasza, że w ich rodzinach również inni bliscy krewni borykają się z problemami wynikającymi z nadużywania alkoholu[33].

Koncepcje dotyczące fizjologicznych czynników predyspozycji do uzależnień, podparte badaniami nad markerami fizjologicznymi i neurofizjologicznymi, przyniosły

---

[31] Z. Michalczyk, *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania. Zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne*, Wydawnictwo Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018, s. 19
[32] R. K. James, B. E. Gilliand, *Strategie interwencji kryzysowej*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2008, s. 287
[33] J. Rybakowski, S. Pużyński J. Wciórka, *Psychiatria. Tom II Psychiatria kliniczna*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, s. 170

obiecujące wyniki w wielu obszarach. Na przykład, badania nad enzymami metabolizującymi alkohol pokazały, że w niektórych przypadkach (przykładem jest. populacja azjatycka) bardzo silne, negatywne reakcje organizmu odstraszają od dalszego spożywania alkoholu. Stwierdzono też, że dziedziczona mniejsza wrażliwość, powodująca przyjmowanie wysokich dawek substancji psychoaktywnej, zwiększa predyspozycje do uzależnienia[34].

Najbardziej obiecujące są jednak badania nad czynnikami neurologicznymi, a konkretniej nad neurobiologicznymi mechanizmami uzależnienia. „Narodowy Instytut Uzależnienia od Narkotyków w Stanach Zjednoczonych (NIDA) uznał uzależnienie od substancji psychoaktywnych za chorobę mózgu”[35]. Mateusz Gola opisuje trzy kluczowe mechanizmy neuronalne, które są odpowiedzialne za uzależnienie: „wzorce reaktywności układu nagrody, zwiększoną wrażliwość jąder migdałowatych na bodźce lękowe oraz zmniejszoną zdolność regulacji tych dwóch układów przez korę przedczołową”[36]. Wszystkie złożone procesy zachodzące w mózgu są wynikiem aktywności sieci różnorodnych ośrodków mózgowych. Ośrodki te są stymulowane przez neuroprzekaźniki, takie jak na przykład dopaminę czy serotoninę, na których poziom wpływają czynniki genetyczne i środowiskowe. Ta kompleksowa struktura odpowiada za codzienną aktywność, jednocześnie będąc przez nią kształtowana i modyfikowana. W ramach tego wzajemnego cyklu interakcji kształtują się nawyki, zarówno te pożądane, jak i niepożądane. Jednym z takich ośrodków mózgu jest układ limbiczny, często nazywany emocjonalnym mózgiem. Odpowiada on głównie za regulację emocji, pamięci, zachowań społecznych oraz motywację. W skład układu limbicznego wchodzi m.in. układ nagrody, skoncentrowany głównie wokół prążkowia brzusznego, obszarów mezolimbicznych oraz niektórych części kory przedczołowej. Specjalizuje się on w przetwarzaniu i reagowaniu na przyjemności i nagrody. Jest to system, który odpowiada na stymulację nagradzającą i jest silnie związany z uczuciami szczęścia i motywacją do działania. Układ nagrody korzysta z dróg neuronowych, które wykorzystują dopaminę jako główny neuroprzekaźnik, aby sygnalizować obecność nagrody i wzmacniać zachowania, które zwiększają prawdopodobieństwo zdobycia tej nagrody. Jego działanie jest ściśle powiązane z innymi częściami układu limbicznego, które regulują emocje i pamięć, co pozwala na kompleksową odpowiedź organizmu na różne bodźce. W kontekście uzależnień

---

[34] L. Cierpiałkowska, H. Sęk, *Ibidem*, s. 396

[35] M. Wojnar, K. J. Brower, *Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia*, [w:] B. Bukowska, C. Czabała, P. Jabłoński [red.], *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 105

[36] M. Gola, *Neuronalne mechanizmy zachowań nałogowych*, [w:] B. Habrat. *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016, s. 65

substancje psychoaktywne lub kompulsywne zachowania (takie jak na przykład hazard) mogą wywołać nadmierne i nieadekwatne uwalnianie się dopaminy w układzie nagrody, co prowadzi do zmienionych wzorców przesadnego reagowania tego układu (gwałtowny wzrost stężenia neuroprzekaźnika w synapsach). Gdy mózg utożsamia przyjmowanie substancji psychoaktywnych jako jedyny sposób na odczuwanie przyjemności i nagrody, z siłą wielokrotnie większą niż jakiekolwiek bodźce naturalne, zaczyna postrzegać ten stan jako jedyną możliwość osiągnięcia gratyfikacji. Przewlekłe stosowanie substancji może pociągać za sobą zmianę w neuroplastyczności mózgu (mózg stale się uczy i zmienia, lecz nie rozpoznaje różnic pomiędzy dobrymi i złymi nawykami). Drugim neurobiologicznym mechanizmem uzależnienia jest wrażliwość jąder migdałowatych na bodźce lękowe. Jądra migdałowate są odpowiedzialne za emocje i reakcje na stres. W przypadku uzależnień, zwiększona wrażliwość jąder migdałowatych może oznaczać, że osoby z uzależnieniem mają bardziej intensywne reakcje lękowe. Te silne reakcje mogą być wywoływane przez różne sytuacje związane z nałogiem. Dla przykładu, widok miejsca, gdzie osoba wcześniej używała narkotyków, może wywołać silne reakcje lękowe i zwiększyć pragnienie tych substancji. Z drugiej strony, badania wykazują, że strach może służyć jako mechanizm obronny, który ogranicza ryzykowne zachowania. Jeżeli reakcja lękowa w jądrach migdałowatych jest równie intensywna jak reakcja na bodźce nagradzające w układzie nagrody, osoba może wykazywać mniejszą tendencję do ryzykownego zachowania. Jednak gdy reakcja lękowa przewyższa reakcję na nagrody, może to prowadzić do zwiększenia ryzykownych zachowań. Głównym obszarem mózgu, który moduluje reakcje układu nagrody i systemów lękowych jest kora przedczołowa. Pełni ona kluczową rolę w regulacji emocji, podejmowaniu decyzji i hamowaniu impulsów. W przypadku uzależnienia, kora przedczołowa często wykazuje obniżoną aktywność i zmniejszoną zdolność do regulowania zarówno układu nagrody, jak i reakcji na lęk. To oznacza, że osoba z doświadczaniem uzależnienia może mieć trudności z kontrolowaniem impulsów do zażywania substancji lub angażowania się w zachowania kompulsywne, mimo świadomości negatywnych konsekwencji tych działań. Dodatkowo, osłabiona kora przedczołowa może mieć problemy z adekwatnym reagowaniem na stres i radzeniem sobie z lękiem, co dodatkowo pogłębia problem uzależnienia. Te zmiany w mózgu tworzą rodzaj błędnego koła, w którym uzależnienie powoduje dalszą dysfunkcję neuronów, co pogłębia uzależnienie i utrudnia wyjście z nałogu[37]. Oprócz opisanych mechanizmów neurobiologia uzależnień zwraca uwagę na inne procesy jakie zachodzą

[37] *Ibidem*, s.56-65

w różnych częściach mózgu. Należą do nich m.in.: endogenny układ opioidowy (regulujący uczucie przyjemności i zmniejszenie percepcji bólu), proces neuroadaptacji (w którym mózg dostosowuje się do długotrwałej ekspozycji na substancję, a tym samym zwiększa tolerancję na jej działanie), proces allostazy (przeciwieństwo homeostazy, czyli zmiany w funkcjach biologicznych, które początkowo są adaptacyjne, ale stają się patologiczne i mogą prowadzić do trwałego uszczerbku na zdrowiu). Zrozumienie tych złożonych interakcji w mózgu jest niezbędne do opracowania skuteczniejszych metod leczenia uzależnień, które nie tylko zmniejszają potrzebę przyjmowania substancji psychoaktywnych, ale także pomogą przywrócić zdrowe mechanizmy homeostatyczne w mózgu[38].

1.2.2. Model psychologiczny

W poszukiwaniu psychologicznych czynników wyjaśniających teorie powstawania uzależnień opracowano model psychologiczny, oparty na wielu nurtach i koncepcjach. Najważniejsze z nich to teoria behawioralno-poznawcza, koncepcja psychoanalityczna, orientacja psychodynamiczna, podejście humanistyczno-egzystencjalne oraz teoria społecznego uczenia. Poniżej przedstawiono niektóre z tych stanowisk.

Według teorii psychoanalitycznej Zygmunta Freuda pojawienie się i rozwój uzależnienia można przypisać nieświadomej motywacji i zatrzymania rozwoju psychoseksualnego na wczesnym etapie. Uzależnienie jest również interpretowane jako przejaw stłumionego konfliktu między miłością a agresją, gdzie agresja służy obronie przed lękiem emocjonalnym związanym z bliskością. Osoby z uzależnieniem mogą traktować używanie substancji psychoaktywnych lub wykonywać inne kompulsywne czynności jako sposób radzenia sobie z tymi nierozwiązanymi konfliktami. Psychoanaliza zakłada też, że uzależnienia mogą pochodzić z neurotycznych problemów w strukturze osobowości, które się nasilają przez kontakt z otoczeniem. Używanie środków psychoaktywnych służy do unikania bólu i stresu, czyli jest formą ucieczki od trudnych emocji i sytuacji. Nadużywanie substancji staje się metodą radzenia sobie z nierozwiązanymi problemami i brakami w zdrowym funkcjonowaniu psychicznym. Teoria psychoanalityczna sugeruje, że nałogi mogą być rezultatem zaburzeń we wczesnych fazach rozwoju, gdy osoba nadmiernie koncentruje się na sobie i swoich potrzebach. Takie zaburzenia hamują rozwój zdrowego poczucia własnej wartości i tożsamości. Osoba może wtedy stawać się bardziej skłonna do zachowań

[38] M. Wojnar, K. J. Brower, *Ibidem*, s. 120-121

destrukcyjnych, które stają się sposobem radzenia sobie z wewnętrznym niepokojem[39]. Ciekawą hipotezę przedstawił też Edward Khantzian uważając przyjmowanie substancji psychoaktywnych jako formę samoleczenie dystresu i cierpienia. Edward Khanzian identyfikuje w swojej teorii cztery główne obszary problemowe: niską samoocenę, ograniczenia w zaspokajaniu własnych potrzeb, problemy interpersonalne i trudności z regulacją emocji. Hipoteza samopomocy odegrała ważną rolę w rozwoju leczenia uzależnień. Teoria ta podkreśla, że osoby z uzależnieniem nie powinny być postrzegane jako zdeprawowane, ale jako cierpiące na inne zaburzenia, które utrudniają im radzenie sobie z wewnętrznymi problemami. Teoria ta wniosła również znaczący wkład w zdefiniowanie i leczenie tak zwanej „podwójnej diagnozy" w dziedzinie uzależnień[40].

Uzależnienie w świetle teorii poznawczo-behawioralnych opiera się głównie na koncepcji poznawczej Aarona Beck'a i teorii społecznego uczenia się autorstwa Alberta Bandury. Według Becka, cechy takie jak skłonność do impulsywnego działania, niska tolerancja na niepowodzenia (frustrację), ograniczona zdolność radzenia sobie ze stresem i nieustanne poszukiwanie nowych wrażeń, mogą zwiększać ryzyko problematycznego używania substancji. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych potęguje dotychczasowe trudności lub rodzi kolejne, co w następstwie doprowadza do dyskomfortu psychicznego. Decydujące dla uzależnienia są głód i pragnienie substancji, gdzie pragnienie wiąże się z dążeniem do nagrody, a głód z koniecznością jej osiągnięcia. Beck opisuje mechanizmy uzależnienia, które związane są z błędnymi przekonaniami na temat własnej osoby (tzw. dezadaptacyjne, nieprzystosowawcze przekonania kluczowe). Przekonania te powstają w okresie wczesnego dzieciństwa, na skutek zaburzonych relacji z osobami znaczącymi[41]. Charakteryzują się one tym, że osoby stają się wycofane, izolują się od otoczenia, mają poczucie odrzucenia i trudności w adaptacji do swojego środowiska. Mają one też niespełnione potrzeby akceptacji, co skłania je do poszukiwania pocieszenia w nowych, często szkodliwych dla siebie formach działania[42]. W konsekwencji, w późniejszym okresie życia, dezadaptacyjne przekonania kluczowe prowadzą do warunkowych przekonań takich jak:

1. substancja zwiększa zdolności umysłowe i społeczne;

---

[39] L. Cierpiałkowska, H. Sęk, *Ibidem*, s. 397
[40] B. Bukowska, *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli*, [w:] B. Bukowska, C. Czabała, P. Jabłoński [red.], *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 133-134
[41] L. Cierpiałkowska, H. Sęk, *Ibidem*, s. 397-399
[42] P. Karpowicz, *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie*, Wydawnictwo Instytut Wydawniczy Kreator, Białystok 2022, s. 51

2. stabilność emocjonalna i psychiczna jest zależna od zaaplikowania substancji psychoaktywnej;
3. głód substancji może ustąpić tylko po jej przyjęciu;
4. oczekiwanie, że substancja pobudzi organizm, dostarczy radości oraz pomoże radzić sobie z uczuciem pustki i smutku.

Jak twierdzi Beck mechanizm rozpoczyna się od myślenia o efektach zażycia substancji, co przekłada się na chęć jej spożycia i niedopuszczenia do głodu. Następnie pojawiają się myśli przyzwalające na użycie narkotyku, jak np. „to tylko ten, jeden raz", a kończy się na strategiach zdobycia substancji[43].

Teoria społecznego uczenia się Alberta Bandury dostarcza ważnych wskazówek na temat mechanizmów uczenia się zachowań, w tym destrukcyjnych. Według Bandury, znaczącym elementem tego procesu jest modelowanie, czyli zdobywanie nowych umiejętności poprzez obserwację i naśladowanie zachowań osób, które mają znaczenie dla obserwatora. W kontekście uzależnień, młodzież może uczyć się zachowań związanych z używaniem substancji obserwując rodziców, rówieśników i popularne postacie medialne. Bandura podkreśla, że wzorce zachowań, które są nagradzane w społeczeństwie, mają większe szanse na bycie naśladowanymi. W przeciwnym wypadku, obserwacja karania za pewne zachowania może zniechęcać do ich naśladowania[44]. Dodatkowo, teoria Bandury akcentuje rolę procesów poznawczych, takich jak formowanie oczekiwań względem efektów substancji psychoaktywnych, oraz ocena własnej skuteczności w kontrolowaniu lub odmawianiu zachowań (*self-efficacy*). Oczekiwania, że substancje zredukują stres lub zwiększą atrakcyjność społeczną, mogą zachęcać do powtarzalnego stosowania. Bandura zauważył, że dzieci z rodzin, gdzie przynajmniej jeden z rodziców regularnie używa substancji psychoaktywnych, częściej przyjmują zachowania mające na celu redukcję stresu. Wskazał, że ich prawdopodobieństwo powtarzania takich zachowań jest wyższe niż w rodzinach, które nie borykają się z problemem nadużywania substancji. Oprócz tego osoby z niedostatecznymi kompetencjami w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych częściej sięgają po substancje psychoaktywne. Chociaż Bandura uwzględniał stres jako czynnik sprzyjający uzależnieniom, podkreślał też znaczenie innych zmiennych, takich jak oczekiwania i kompetencje społeczne[45].

---

[43] B. Bukowska, *Ibidem*, s. 137-138
44 M. Jędrzejko, A. Nerol, K. A. Wojcieszek, A. Kowalewska, *Teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, [w:] M. Jędrzejko [red.], *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Wydawnictwo Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009, s. 76-77
[45] B. Bukowska, *Ibidem*, s. 135

Podobnie jak w przypadku braku jednego, konkretnego genu odpowiedzialnego za rozwój uzależnień, nie zidentyfikowano również jednolitej "osobowości uzależniającej". Zamiast tego, badania przeprowadzone przez Roberta C. Cloningera wskazują na pewne korelacje między cechami osobowości a predyspozycjami do uzależnień. Cloninger badał zarówno temperament (czyli cechy wrodzone) jak i charakter (czyli cechy nabyte). Wyniki jego badań sugerują, że osoby o temperamencie skłonnym do lęku oraz o charakterze silnie zależnym od innych, a także osoby o skłonnościach ryzykownych i wrogim stosunku do otoczenia, wykazują większą tendencję do uzależnień niż osoby z innymi kombinacjami cech temperamentu i charakteru. U osób z uzależnieniem można zauważyć cechy temperamentu, które powodują, że poszukują one dodatkowych bodźców. Cloninger zwrócił też uwagę na to, że trzy główne cechy temperamentu mają podłoże biologiczne. Zgodnie z jego badaniami, cecha poszukiwania nowości koreluje z poziomami dopaminy, tendencja do unikania szkody wiąże się z poziomami serotoniny, natomiast skłonność do uzależnienia od nagrody jest związana z poziomami noradrenaliny (w reakcjach stresowych hormon wydzielany razem z adrenaliną)[46].

Warto jeszcze wspomnieć o teoretycznym modelu mechanizmów psychologicznych powodujących uzależnienie, opracowanym przez Jerzego Mellibrudę. Mechanizmy te są aktywowane przez negatywne emocje oraz stresujące sytuacje i okoliczności, tworząc dysfunkcyjny system funkcjonowania osoby z uzależnieniem. Głównymi składnikami tego systemu są: mechanizm nałogowego regulowania emocji, mechanizm iluzji i zaprzeczenia oraz mechanizm rozproszenia i rozdwojenia Ja. Są to mechanizmy obronne, które utrudniają uzależnionemu zrozumienie prawdziwych przyczyn jego problemów, co prowadzi do utrwalenia uzależnienia. Mechanizm nałogowego regulowania emocji występuje, gdy osoba w kryzysie uzależnienia próbuje zmieniać swoje emocje za pomocą substancji uzależniających. Celem takiego działania jest poprawa samopoczucia lub redukcja negatywnych emocji. Substancje te zakłócają realną ocenę stanu emocjonalnego, co sprawia, że uzależniony nie dostrzega, iż używki jedynie tymczasowo maskują jego problemy, a w rzeczywistości pogarszają jego stan. Z czasem postrzeganie swojej sytuacji przez uzależnionego staje się coraz bardziej zniekształcone. Nie zdaje on sobie sprawy, że prawdziwą przyczyną jego problemów jest zażywany narkotyk. Mechanizm ten prowadzi do ciągłego głodu substancji, utraty kontaktu z rzeczywistością oraz niezdolności do spontanicznego przeżywania pozytywnych emocji. Taki stan utrwala iluzję, że tylko ciągłe

[46] M. Jędrzejko, A. Nerol, K. A. Wojcieszek, A. Kowalewska, *Ibidem*, s. 68-69

przyjmowanie narkotyku może poprawić samopoczucie[47]. Mechanizm iluzji i zaprzeczenia wpływa na sposób, w jaki osoba z uzależnieniem postrzega rzeczywistość, która jest przez niego idealizowana. Tworzy się system magiczno-życzeniowego myślenia, który uniemożliwia osobie dostrzeganie swojego problemu z uzależnieniem. Myśli i działania zostają podporządkowane chęci zdobycia i zażycia substancji, przez co uruchamia się ochronny mechanizm racjonalizacji. Osoba z uzależnieniem tworzy irracjonalne usprawiedliwienia dla swojego działania, ignorując jakiekolwiek sygnały z otoczenia. W rezultacie, chory zaprzecza istnieniu swojego problemu, minimalizując skutki uzależnienia i nie łączy ich z pojawiającymi się trudnościami w różnych aspektach życia[48]. Mechanizm rozproszenia i rozdwojenia Ja charakteryzuje się niewydolnością w sferze postępowania i podejmowania decyzji przez osobę w kryzysie uzależnienia. Dochodzi do zachwiania poczucia tożsamości, indywidualności, samodecyzyjności, odczuwania własnej wartości, a także kryzysu znaczenia wewnętrznych przekonań moralnych i etycznych. Mechanizm ten objawia się dwubiegunowością myślenia o sobie. Z jednej strony osoba z uzależnieniem ma poczucie omnipotencji (po przyjęciu substancji), a z drugiej strony pojawiają się myśli autodestrukcyjne, lęk, wyrzuty sumienia, wstyd (w okresach trzeźwienia). Chcąc stłumić tak negatywne odczucia osoba sięga po substancję, szukając ulgi. Taka oscylacja nastrojów uniemożliwia określenie realnych granic pomiędzy poczuciem własnej tożsamości, a światem zewnętrznym. Tendencja do przesuwania granic (utrata kontroli) powoduje przekraczanie norm etycznych i moralnych. To z kolei wprowadza chaos w życiu osoby z uzależnieniem, poczucie pustki wewnętrznej, a także wpływa na powstawanie problemów w zdrowym funkcjonowaniu. Model mechanizmów psychologicznych Jerzego Mellibrudy stanowi podstawę leczenia w polskiej terapii uzależnień[49].

W literaturze przedmiotu można znaleźć różne czynniki psychologiczne, które przyczyniają się do powstania i rozwoju uzależnienia. Niektóre z nich zamieszczono i opisano poniżej:

1. labilność i niedojrzałość emocjonalna;
2. negatywne nastawienie do samego siebie;
3. ograniczone kompetencje społeczne;
4. nieodpowiednie wzorce rodzicielskie;

---

[47] J. K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *Psychopatologia zjawisk społecznych*, [w:] J. Strelau [red.], *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3 Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Wydawnictwo Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 700-702
[48] M. Jędrzejko, A. Kowalewska, *Uzależnienia – wybrane …Ibidem*, s. 49
[49] J. K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *Ibidem*, s. 703-705

5. nieumiejętność radzenia sobie z trudnościami;
6. niska samoocena;
7. ograniczona odporność wobec lęku i frustracji[50].

Uzależnienie bywa również określane mianem „choroba emocji", co zazwyczaj wiąże się z labilnością i niedojrzałością emocjonalną. Są to stany, w których osoba ma trudności z adekwatnym wyrażaniem swoich emocji w sposób odpowiedni do kontekstu i wieku. Stany te mogą objawiać się poprzez niepewność co do własnej tożsamości oraz przez nieumiejętność określenia jakie wartości i przekonania są istotne. Osoby niedojrzałe emocjonalnie mają problemy z rozpoznawaniem i rozumieniem własnych myśli, zachowań i emocji. Nie rozumieją swoich reakcji na pewne sytuacje, a także nie mają świadomości jaki wpływ mogą mieć ich emocje i zachowania na inne osoby. Niedojrzałość emocjonalna wiąże się również z brakiem kontroli emocji, czyli uleganiu chwiejność nastrojów poprzez nagłe i ekstremalne reakcje. Charakterystyczną cechą dla labilności i niedojrzałości emocjonalnej jest też nieznajomość swoich atutów i deficytów. Osoby z emocjonalną niedojrzałością często podejmują impulsywne i ryzykowne decyzje, co może prowadzić do problemów w interakcjach społecznych takich jak trudności w utrzymaniu stabilnych relacji czy umiejętności dojrzałego rozwiązywania konfliktów. Są to osoby silnie zależne od innych, co z kolei doprowadza do unikania odpowiedzialności za własne działania lub obarczania innych za swoje niepowodzenia. Stan ten jest charakterystyczny dla okresu adolescencji. Osoby z uzależnieniem często zatrzymują się na tym etapie rozwoju emocjonalnego[51]. W ostatnich latach udało się zidentyfikować wiele czynników psychologicznych wpływających na powstanie i rozwój uzależnienia. Ponadto, powstało szereg teorii naukowych, które pozwalają głębiej zrozumieć mechanizmy, lecz nadal wiele aspektów tego procesu pozostaje niezbadanych[52].

1.2.3. Model społeczno-kulturowy

W modelu społeczno-kulturowym ważną rolę w analizie przyczyn uzależnień odgrywa oddziaływanie środowiska rodzinnego, rówieśników (szkoła, środowisko zawodowe), oraz

[50] Z. Michalczyk, *Ibidem*, s. 22
[51] B. T. Woronowicz, *Uzależnienia Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009, s. 74-75
[52] A. Kowalewska, M. Jędrzejko, *Człowiek a uzależnienia*, [w:] M. Jędrzejko [red.], *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Wydawnictwo Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009, s. 12

trendy zachowań społecznych, promowanych przez tradycję i kulturę masową (media, Internet, telewizja itp.)[53].

Rodzina odgrywa kluczową rolę w wychowaniu dziecka, będąc pierwszym i najważniejszym środowiskiem, w którym kształtują się podstawowe potrzeby emocjonalne, takie jak miłość, poczucie przynależności i akceptacja. W rodzinie tworzy się osobowość dziecka oraz ugruntowują się normy i zasady społecznie akceptowane, które wpływają na jego indywidualny i społeczny rozwój. Jednakże, w rodzinach dysfunkcyjnych mogą wystąpić nieprawidłowości w rozwój psychospołecznym, W rodzinach takich często występują niewłaściwe postawy rodzicielskie (brak kontroli lub nadkontrolność), niedostateczne zrozumienie potrzeb, zaburzona komunikacja, chłód emocjonalny czy traktowanie dziecka przedmiotowo. W przypadku rodzin, gdzie zamiast emocjonalnego wsparcia oferowane są dobra materialne, lub też dochodzi do zaniku norm prawnych i moralnych, dodatkowo wzrasta ryzyko powstania uzależnień[54]. W rodzinach borykających się z uzależnieniami, zarówno chemicznymi jak i behawioralnymi, pojawiają się poważne deficyty w wypełnianiu ról rodzicielskich, a także problemy z funkcjonowaniem samej osoby z uzależnieniem, czyli specyficzne zachowania związane bezpośrednio z uzależnieniem[55]. Do tych zachowań należą m.in.:

1. zaniedbanie lub porzucenie dziecka;
2. oszukiwanie i niedotrzymywanie obietnic;
3. nadmiernie krytyczna postawa wobec dziecka;
4. niesprawiedliwe traktowanie i wygórowane oczekiwania;
5. agresja oraz przemoc fizyczna, intelektualna i emocjonalna;
6. nadużycia seksualne.

W rodzinie uzależnionej dynamika życia koncentruje się na osobie z uzależnieniem. Funkcjonowanie dziecka w takiej rodzinie często polega na zamianie ról rodzicielskich – dziecko przejmuje funkcje opiekuńcze nad rodzicem. W dziecku pojawia się poczucie krzywdy, wstyd, nieufność, złość, brak opacia w osobach dorosłych, a także tłumienie uczuć i emocji. Dochodzi do maskowania, czyli ukrywania prawdziwej sytuacji, z jaką dziecko musi mierzyć się w rzeczywistości. Dziecko stara się stworzyć pozory normalności, aby chronić siebie lub swoją rodzinę przed zewnętrznym osądem, co często wiąże się z wewnętrznym

---

[53] Z. Michalczyk, Ibidem, s. 23
[54] M. Jędrzejko, A. Neroj, A. Kowalewska, K. Wojciesze, *Teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych*, [w:] M. Jędrzejko [red.], *Narkomania spojrzenie wielowymiarowe*, Wydawnictwo Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora & Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk-Warszawa 2009, s. 100
[55] L. Cierpiałkowska, H. Sęk, *Ibidem*, s. 402

konfliktem i poczuciem izolacji. Takie warunki rozwojowe obijają swoje piętno w dorosłym życiu. Często dochodzi do różnego rodzaju traum, zaburzeń osobowości, depresji i innych zaburzeń psychicznych, zachowań dewiacyjnych oraz autodestrukcyjnych, w tym uzależnień[56].

Adolescencja to okres, który jest krytycznym momentem w życiu każdego człowieka. Zauważa się w nim największe ryzyko rozpoczęcia stosowania substancji psychoaktywnych. Wielu młodych ludzi w tym czasie eksperymentuje z narkotykami, co często prowadzi do uzależnień rozpoznawanych później w dorosłości. Chociaż stosunkowo niewiele osób w wieku dojrzewania sięga po substancje psychoaktywne, aby poradzić sobie z bieżącymi problemami, to głównymi motywami ich użycia są ciekawość, dążenie do zaimponowania innym, bunt przeciwko oczekiwaniom społecznym, poszukiwanie rozrywki, czy też metody radzenia sobie ze stresem[57]. Środowisko rówieśnicze odgrywa szczególnie ważną rolę w okresie dojrzewania. Pragnienie bycia akceptowanym w grupie, naśladowanie innych zachowań, ma znaczący wpływ na rozwój osobowości młodych ludzi. W tym okresie trudności związane z niedojrzałością emocjonalną i psychiczną, obecność różnego rodzaju kompleksów oraz konflikty z otoczeniem mogą sprzyjać powstawaniu uzależnień. Młodzież często też spotyka się z presją rówieśników i innymi wyzwaniami, które czasami prowadzą do niezdrowych metod radzenia sobie[58]. Zgodnie z tym, co opisuje Jan Strelau „czynniki zwiększające ryzyko sięgania po alkohol i narkotyki przez młodzież to:

1. przyzwolenie dorosłych: rodziców, nauczycieli i innych osób na spożywanie alkoholu przez osoby nieletnie;
2. brak stabilnej sytuacji rodzinnej - np. konflikty w rodzinie, rozwód rodziców, uzależnienie któregoś z rodziców;
3. brak więzi łączącej dorastającego z rodziną - brak uwagi, zrozumienia i emocjonalnego wsparcia ze strony rodziców;
4. reklama alkoholu w mediach, zachęcająca do sięgania po niego i promująca „lekki" styl życia;
5. niechęć do szkoły na skutek trudności w nauce bądź poczucia niezrozumienia i braku akceptacji nauczycieli;

---

[56] B. Błaż-Kapusta, *Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym*, [w:] B. Bętkowska-Korpała [red.], *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Znaczenia diagnostyczne*, Wydawnictwo Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009, s. 218-222

[57] A. Kamieński, *Stosowanie substancji psychoaktywnych przez podopiecznych młodzieżowych ośrodków wychowawczych*, [w:] M. Dobijański, A. Kamieński [red.], *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, Wydawnictwo Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny "SIM", Warszawa 2018, s. 35-36

[58] P. Karpowicz, *Ibidem*, s. 36

6. poczucie alienacji jako rezultat trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami”[59].

Mimo świadomości szkód wynikających z używania substancji psychoaktywnych, „istnieje swoiste przyzwolenie społeczne i akceptacja zachowań związanych z używaniem np. produktów alkoholowych. Warunkiem, społecznej aprobaty jest nieprzekraczanie norm dotyczących ilości, częstości i okoliczności stosowania tej używki. Dzieci naśladując zachowania dorosłych od małego uczą się akceptacji zachowań destrukcyjnych w domu i poza domem, traktując zażywanie używek jako normalny składnik życia dorosłych osób”[60]. Alkohol jest wielopokoleniowo zakorzeniony w polskiej kulturze i tradycjach. Wychowywanie się w takim kulturowym i obyczajowym kontekście sprawia, że jest on przyjmowany i akceptowany jako integralny element świętowania istotnych wydarzeń życiowych. Jego obecność jest zauważalna zarówno w domach, w miejscach pracy, a także często stanowi sedno życia towarzyskiego[61]. Media, w tym reklama, Internet czy telewizja odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu postaw zarówno dorosłych, jak i młodzieży wobec substancji psychoaktywnych. Poprzez częste przedstawianie środków odurzających jako skutecznego narzędzia do rozwiązania problemów, używki pokazywane są w pozytywnym świetle. Promowanie takiego wizerunku zwiększa ich atrakcyjność. Media w ten sposób kreują modę oraz nieformalnie edukują, zmieniając społeczne podejście do zażywania tych środków. Dostępność i łatwość nabycia legalnych substancji psychoaktywnych, na przykład leków lub alkoholu, często prowadzi do ich nadużywania[62].

Wyniki badań dotyczących picia alkoholu i używania narkotyków w Polsce z 2020 roku pokazują, że ludzie mają różne powody, dla których sięgają po substancje psychoaktywne. Motywacją do picia są głównie aspekty społeczne i emocjonalne, związane z chęcią integracji, celebracji ważnych wydarzeń lub przyjemnością płynącą ze spożycia alkoholu. Społeczne aspekty picia, takie jak uroczystości czy dopasowanie się do grupy, są decydujące, co wskazuje na głęboko zakorzenioną rolę alkoholu w kulturze[63].

Nie ma jednoznacznie określonej przyczyny, która determinuje rozwój uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Dlaczego niektórzy ludzie stają się uzależnieni, a inni nie, pozostaje nadal kwestią otwartą. Wiadomo jednak, że korelacje między różnymi czynnikami

---

[59] J. Strelau, D. Doliński [red.], *Psychologia Akademicka. Podręcznik Tom 2*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2008, s. 261
[60] Fragment zaczerpnięty z pracy licencjackiej K. Piwowarczyk, *Ibidem*, s. 9
[61] I. Pospiszyl, *Ibidem*, s. 149-150
[62] P. Karpowicz, *Ibidem*, s. 31
[63] Raport 2023 roku “Uzależnienia w Polsce”, *Ibidem*; s. 8

biopsychospołecznymi mogą przyczyniać się do powstawania tej choroby. Istotne jest również prowadzenie działań edukacyjnych i profilaktycznych, które mają na celu podnoszenie świadomości społecznej na temat zagrożeń związanych z tymi substancjami.

1.3. Kategorie substancji psychoaktywnych

Narkotykiem jest każdy środek psychoaktywny stosowany do celów niemedycznych, który jest nielegalny. Związki chemiczne, czyli substancje psychoaktywne, zwane potocznie narkotykami, używkami czy środkami odurzającymi, mają zdolność wpływania na ludzki organizm. Mogą pochodzić one zarówno z naturalnych źródeł, jak i być syntetyzowane w laboratoriach. Ich główny wpływ obserwuje się w obszarze ośrodkowego układu nerwowego (OUN), co prowadzi do zmian w zachowaniu oraz percepcji, zarówno na poziomie psychicznym, jak i fizycznym[64]. Efekty tych zmian mogą znacznie wpłynąć na zdrowie psychofizyczne, powodując istotne i często długotrwałe skutki. Wśród zmian psychicznych najczęściej obserwuje się zniekształcone postrzeganie rzeczywistości, stany euforii, iluzji czy omamów. Osoby przyjmujące substancje psychoaktywne odczuwają ekstremalne stany emocjonalne, takie jak głęboki lęk lub intensywną przyjemność. Mogą także doświadczać wyraźnych zmian nastroju, problemów z pamięcią i myśleniem. Często zdarza się, że zmienia się także ich zakres świadomości. Na poziomie fizycznym występują objawy takie jak przyspieszenie tętna, podwyższenie ciśnienia krwi oraz wzmożone pobudzenie. Te symptomy są bezpośrednim wynikiem wpływu, jaki narkotyki wywierają na organizm[65]. W wielu popularnych publikacjach często spotyka się rozróżnienie narkotyków na tak zwane „miękkie", które są postrzegane jako stosunkowo nieszkodliwe, i „twarde", które uważa się za wyjątkowo niebezpieczne. Przykładem jest marihuana często uznawana jako nieszkodliwy „narkotyk miękki", co może sugerować jej bezpieczeństwo. Takie uproszczenie jest jednak mylące. Nawet substancje uważane za mniej szkodliwe, mogą w dłuższej perspektywie powodować poważne problemy zdrowotne. W rzeczywistości wszystkie substancje psychoaktywne oddziałują na mózg i nie istnieją całkowicie bezpieczne narkotyki, gdyż każdy z nich niesie ryzyko negatywnych konsekwencji[66].

Powołując się na monografię Marc'a Schuckit'a z 2000 roku, w której dokonał on aktualnej klasyfikacji środków psychoaktywnych, narkotyki dzielimy „na siedem grup:

1. Depresanty OUN, tj. substancje psychoaktywne o działaniu tłumiącym, hamującym lub zmieniającym przejawy aktywności OUN. Do tej grupy należą:
   - alkohol,
   - barbiturany,

[64] Strona internetowa: Narkotyki (kbpn.gov.pl) [dostęp w dniu 01.05.2024]
[65] M. E. P. Seligman, E. F. Walker, D. L Rosenhan, *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 685-686
[66] J. Leśniak, *Ibidem*, s. 120

- benzodiazepiny,
- kwas γ-hydroksymasłowy.

2. Stymulanty albo stymulatory OUN, tj. substancje psychoaktywne pobudzające czynność OUN. Jest to duża grupa narkotyków, której najważniejszymi przedstawicielami są:
   - amfetamina,
   - metamfetamina,
   - metkatinon,
   - kokaina,
   - khat,
   - narkotyki zmodyfikowane o działaniu amfetaminopodobnym.
3. Opioidy, Do których należą:
   - opiaty, czyli alkaloidy maku (morfina, kodeina),
   - półsyntetyczny analogii opiatów (heroina, hydromorfon, oksykodon),
   - narkotyki zmodyfikowane o działaniu opiatowym (petydyna, fentanyl, fencyklidyna i in.).
4. Kannabis – preparaty otrzymywane z konopi indyjskich *Cannabis sativa* o różnej zawartości kannabinoidów, wśród nich obdarzonego silnym działaniem biologicznym Δ^9-tetrahydrokannabinolu (Δ^9-THC). Są to:
   - marihuana,
   - haszysz,
   - olej haszyszowy.
5. Środki halucynogenne (Halucynogeny) – narkotyki, których dominującym efektem działania na organizm są halucynacja (omamy). Należą tu m.in.:
   - lizergid (LSD),
   - meskalina,
   - psylocyna,
   - harmina,
   - salwinoryna A, a także tzw. narkotyki zmodyfikowane o działaniu halucynogennym (psychotomimetyczne amfetaminy).
6. Inhalanty, czyli wziewne środki odurzające:
   - propan,
   - butan,

- chlorowcopochodne węglowodorów,
- benzyna,
- aerozole,
- spreje.

7. Inne – narkotyki, które nie mieszczą się w żadnej z wymienionych grup:
   - fencyklidyna,
   - ketamina”[67].

Istnieją różne sposoby przyjmowania narkotyków, zależne od efektu jaki chce się uzyskać (np. szybkie dostarczenie substancji do mózgu), formy narkotyku czy też ograniczeń zdrowotnych (np. z powodu stanu zapalnego żył przyjęcie heroiny inną drogą niż dożylnie). Najczęstszymi sposobami przyjęcia substancji odurzających jest stosowanie doustne (połykanie lub rozpuszczanie pod językiem), przez palenie, za pomocą iniekcji (dożylnie), wstrzykiwania domięśniowego lub podskórnego, poprzez wciąganie przez nos, przyjmowanie drogą odbytniczą lub dopochwową, poprzez wdychanie oparów, inhalację, a także przezskórnie[68].

Większość środków psychoaktywnych ma zastosowanie medyczne na przykład morfinę stosuje się jako środek przeciwbólowy lub w znieczuleniu ogólnym. Fentanyl przeciwbólowo w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej, w schyłkowych etapach życia. Marihuana jest reduktorem nudności w trakcie leczenia chemioterapią. W leczeniu stanów lękowych wykorzystuje się barbiturany i benzodiazepiny, które działają także jako leki nasenne i uspokajające. Amfetaminę podaje się w leczeniu zaburzeń koncentracji uwagi w ADHD, a ketamina jest jednym ze środków nasennych podczas zabiegów operacyjnych. Różnica w przyjmowaniu medycznym a niemedycznym substancji psychoaktywnych w głównej mierze polega na stosowaniu bez zaleceń lekarskich, przeznaczeniu zastosowania, dawce substancji, domieszek i łączenia różnych środków, sposobie przyjmowania substancji oraz stanu fizycznego i psychicznego osoby zażywającej[69].

W grupie depresantów najpopularniejszy jest alkohol etylowy. Jest to organiczny związek chemiczny, który szybko absorbuje się do układu pokarmowego. Osoby sięgają po alkohol w celu wyciszenia niepokojów i zmartwień, aby odprężyć się i uzyskać przyjemność, a także zwiększyć swoją pewności siebie i poczucie siły oraz w celu przełamania oporów

---

[67] B. Szukalski, *Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*, Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, s.5-7
[68] J. Leśniak, *Ibidem*, s. 121-122
[69] P. G. Zimbardo, R. L.,Johnson, V. McCann, *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Tom 3 Struktura i funkcje świadomości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; s. 237-240

wewnętrznych. W umiarkowanych ilościach alkohol może wywoływać relaks i łagodną euforię. W małych dawkach może działać stymulująco, ale w większych ilościach wykazuje działanie depresyjne, wpływając na zmianę nastroju, a także zwiększając lub obniżając poziom lęku. Może również prowadzić do pogorszenia funkcji zmysłowych i zdolności motorycznych. Duże dawki alkoholu najczęściej powodują wydłużenie czasu reakcji, obniżenie ostrości wzroku, osłabienie zmysłów smaku i zapachu, zakłócenia w pamięci, brak koordynacji ruchowej oraz zaburzenia mowy. Typowe objawy odstawienia alkoholu to zaniechanie lub ograniczenie jego spożycia, pocenie się, przyspieszony puls i tętno serca, drżenie rąk, drgawki, bezsenność, mdłości lub wymioty, halucynacje wzrokowe, dotykowe lub słuchowe, pobudzenie psychosomatyczne, lęk i niepokój, a nawet ataki padaczki. W poważnych przypadkach może dojść do *delirium tremens* (majaczenie alkoholowe), charakteryzującego się silnym pobudzeniem, urojeniami, manią prześladowczą, napadami i drgawkami. Uzależnienie od alkoholu jest najczęściej diagnozowanym rodzajem uzależnienia[70]. W tej samej grupie substancji psychoaktywnych znajdują się leki uspakajające i nasenne, takie jak benzodiazepiny i barbiturany. Leki te mają zastosowanie w medycynie, choć charakteryzują się silnym potencjałem uzależniającym zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Charakterystycznymi objawami przyjęcia tych substancji jest początkowo występujące krótkie pobudzenie, które szybko przechodzi w senność. Substancje te mogą działać uspokajająco i osłabiać zdolność do oceny sytuacji. Powodują też zaburzenia sprawności ruchowej i prowokują niespójną mowę. Nagłe przerwanie stosowania benzodiazepin i barbituranów może wywołać ciężkie reakcje, takie jak padaczka polekowa, halucynacje czy *delirium tremens*. Odstawienie leków bez odpowiedniej detoksykacji może skończyć się śmiercią. Do typowych objawów abstynencyjnych należą nadwrażliwość na dźwięki i światło, zaburzenia elektrolitowe, wymioty, jadłowstręt, zespół majaczenia, bezsenność, lęki, drgawki, zapaść sercowo-naczyniowa a nawet śmierć. Benzodiaepiny są najczęściej stosowanym środkiem w próbach samobójczych, szczególnie gdy są łączone z alkoholem[71].

Stymulanty to grupa substancji psychoaktywnych, które pobudzają działanie centralnego układu nerwowego. Substancje te są często stosowane ze względu na ich zdolność do zwiększania koncentracji i energii, zmniejszania uczucia zmęczenia oraz poprawy nastroju. Do najbardziej znanych stymulantów należą amfetamina, kokaina, crack,

---

[70] M. E. P. Seligman, E. F. Walker, D. L Rosenhan, *Ibidem*, s. 633-637
[71] M. Jarema, *Ibidem*; s. 272-277

ecstasy (MDMA) i metamfetamina. Są to środki mocno uzależniające fizycznie i psychicznie. Stymulanty mogą być wprowadzone do organizmu poprzez wciąganie przez nos (snifowanie) – najczęściej kokaina, amfetamina i metaamfetamina, palenie (crack, metaamfetamina), doustnie (tabletki MDMA), iniekcje dożylne lub wstrzyknięcia podskórne i domięśniowe. Przyjmowanie stymulantów może prowadzić do szeregu krótkotrwałych efektów, takich jak intensywne pobudzenie, euforię oraz nadmierną pewność siebie. W dłuższej perspektywie mogą one również powodować długotrwałą bezsenność, nerwowość, a także zaburzenia w odczuwaniu i wyrażaniu emocji. Długotrwałe stosowanie tych substancji często wiąże się z ryzykiem poważnych problemów zdrowotnych, w tym depresji, myśli samobójczych, a także rozwoju psychoz i urojeń. W skrajnych przypadkach, nadużywanie stymulantów może prowadzić do śpiączki lub śmierci. Objawy odstawienia stymulantów mogą być wyjątkowo ciężkie i obejmować anhedonię, czyli utratę zdolności do odczuwania przyjemności z czynności, które kiedyś sprawiały radość. Osoby odstawiające stymulanty doświadczają intensywnych lęków, bezsenności, drgawek, zdarzają się też halucynacje. W przypadku substancji takich jak kokaina, objawy abstynencyjne mogą obejmować również gwałtowne wahania nastroju, paranoję oraz długotrwałe zmęczenie[72].

Heroina, morfina, fentanyl, kodeina i opium należą do grupy opioidów (inaczej zwanych opiatami). Opioidy są najsilniejszymi uzależniającymi substancjami psychoaktywnymi zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Ich przyjmowanie może prowadzić do ekstremalnego wyniszczenia organizmu (kacheksji). Działanie opiatów ma charakter uspokajający, relaksujący i przeciwbólowy. Po zażyciu heroiny pojawia się intensywne, ale krótkotrwałe odurzenie, zwane potocznie „haj” lub „strzał”. Po tak euforycznym odczuciu następuje apatia i odrętwienie. To zamroczenie powoduje redukcję głodu narkotykowego, zmniejszenie percepcji bólu, osłabienie i senność, spowolnienie funkcji życiowych, w tym spowolnienie oddechu, obniżenie ciśnienia krwi, zmniejszenie częstości bicia serca oraz hipotermię. Przyjmowanie opioidów często odbywa się dożylnie, co zwiększa ryzyko infekcji drogą krwiopochodną. Objawy odstawienia opiatów są trudne do zniesienia i mogą obejmować bóle mięśni, przemienne uczucie zimna i ciepła, nadmierne pocenie oraz niewydolność oddechową, która w skrajnych przypadkach może doprowadzić do śmierci. Osobom z uzależnieniem od opioidów proponuje się leczenie substytucyjne metadonem lub buprenorfiną. Są to leki opioidowe, które oddziałują na te same receptory co heroina. Podaje

[72] G. Wodowski, *Uzależnienia narkotykowe. Przewodnik po leczeniu*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2015, s. 38-42

się je codziennie doustnie (z czasem co kilka dni) w formie syropu, wyłącznie w specjalistycznych placówkach medycznych objętych programem substytucyjnym. Mają one słabsze działania niż heroina, czyli nie powodują silnego odurzenia i drastycznej zmiany nastrojów, ale zapobiegają wystąpieniu głodu narkotykowego i są podawane w bezpieczny sposób (nie iniekcyjnie). Jak każdy opioid leki te też mogą powodować uzależnienie, dlatego leczenie może trwać kilka lat lub do końca życia[73].

Z europejskich danych statystycznych wynika, że heroina jest najczęściej używanym nielegalnym opioidem w Europie. Substancja ta odpowiada za większość zgonów spowodowanych przez narkotyki. Niepokojące są doniesienia z Ameryki Północnej, gdzie odnotowuje się epidemię narkotykową związaną z użyciem pochodnych fentanylu (stwierdzono ponad 106 000 śmiertelnych przedawkowań). W niektórych krajach europejskich również odnotowuje się wzrost śmiertelności spowodowanej tymi syntetycznymi opioidami, co może być niedokładnie dokumentowane przez obecne systemy monitorowania[74]. Fentanyl jest najsilniejszym dostępnym lekiem przeciwbólowym, stosowanym w medycynie. Podawany jest osobom w końcowym stadium choroby onkologicznej. W medycznym użyciu uzależnienie od niego następuje po kilku dniach, natomiast w konsumpcji niemedycznej najprawdopodobniej szybciej. W porównaniu do innych opioidów jego działanie jest 100 razy większe niż morfiny i 50 razy silniejsze niż heroiny. Osoby przyjmujące fentanyl nie doświadczają typowego „haju", lecz natychmiast wpadają w stan otępienia i letargu. Substancja ta ma ograniczoną możliwość dawkowania i jest wysoko śmiertelnym środkiem. Przedawkowanie powoduje depresję ośrodka oddechowego, co prowadzi do śmierci przez uduszenie. Fentanyl w nielegalnym obrocie bywa czasem sprzedawany jako heroina lub dodawany do niej jako tzw. „wzmacniacz"[75].

Kannabinoidy lub kanabiole, w tym haszysz i marihuana, są często błędnie postrzegane jako nieszkodliwe, co przyczynia się do ich dużej popularności, zwłaszcza wśród młodzieży. Te naturalnie występujące substancje psychoaktywne mogą wywoływać u konsumentów relaksację, zwiększoną percepcję sensoryczną oraz zmiany w postrzeganiu czasu i przestrzeni. Często towarzyszy temu krótkotrwała utrata pamięci, niekontrolowane wybuchy śmiechu oraz zwiększona gadatliwość. Używanie kannabinoidów, zwłaszcza przez palenie skrętów, jointów czy w szklanych lufkach, może prowadzić do problemów z układem

---

[73] A. Bilikiewicz, *Ibidem*, s. 287-295
[74] Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia 2022, Wydawnictwo Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), 2022, s. 36
[75] G. Wodowski, *Ibidem*, s. 58

oddechowym. Innymi powikłaniami jakie mogą wystąpić to demotywacja i zniechęcenie do podjęcia jakichkolwiek działań, schizofrenia, zaburzenia paranoidalne i ryzyko urodzenia dziecka z niedowagą (jeśli środki były przyjmowane w czasie ciąży). W przypadku nieujawnionych zaburzeń psychiatrycznych, kanabiole mogą uaktywnić te zaburzenia. Chociaż kannabinoidy zazwyczaj powodują uzależnienie psychiczne, to rzadko kiedy prowadzą do uzależnienia fizycznego. Kanabiole są stosowane w leczeniu bólu, w migrenach, w stanach zapalnych, w stanach lękowych, w zaburzeniach snu, w niewydolności układu pokarmowego i w różnych chorobach neurologicznych. Ich działanie może być bardzo korzystne, ale tylko pod nadzorem medycznym. Bez wskazań lekarskich mogą wystąpić efekty niepożądane i uzależnienie[76].

Wśród najbardziej znanych substancji halucynogennych wymienia się LSD (dietylamid kwasu lizergowego), grzyby halucynogenne oraz meskalinę. LSD działa poprzez silne stymulowanie receptorów serotoniny w mózgu, co prowadzi do zmiany percepcji. Użytkownicy mogą doświadczać zmian w sposobie postrzegania rzeczywistości, zniekształceń poznawczych takich jak słyszenie barw czy widzenie dźwięków, przeżywać stany euforii lub nagłe napady paniki i lęku, a także doświadczać iluzji i omamów wzrokowych albo efektów psychodelicznych. Charakterystycznym zjawiskiem są też tzw. *flashbacki,* czyli późniejsze powracające wizje związane z doświadczeniami pod wpływem substancji. Ryzyko związane z używaniem środków halucynogennych polega na nieprzewidywalności doznań, które mogą być różne za każdym razem. Osoby z predyspozycjami do zaburzeń psychicznych mogą po zażyciu tych środków doświadczyć psychoz, schizofrenii lub depresji. Halucynogeny są przyjmowane na różne sposoby: doustnie w przypadku grzybów, podjęzykowo (LSD), poprzez palenie lub snifowanie. Chociaż nie powodują one objawów odstawienia i nie uzależniają fizycznie, to jednak mogą wywołać poważne komplikacje psychiczne[77].

Inhalanty (inaczej środki wziewne) to różnorodne związki chemiczne, takie jak butapren, eter, chlor czy aceton, które są łatwo dostępne w codziennym użyciu. Ich powszechna dostępność stanowi poważne zagrożenie, szczególnie dla dzieci. Wszystkie te substancje występują w formie lotnej (gaz, para) lub w aerozolu. Do organizmu wprowadzane są przez inhalację, najczęściej przez wdychanie z plastikowych torebek czy materiału nasiąkniętego substancjami. Zazwyczaj u osób przyjmujących środki wziewne obserwuje się

[76] B. Szukalski, *Ibidem*, s.100-103
[77] M. Jarema, *Ibidem*; s. 281-284

uczucie odprężenia, oszołomienie i halucynacje. Inhalanty mają silnie toksyczny wpływ na mózg, co może prowadzić do trwałego uszczerbku na zdrowiu psychicznym oraz nieodwracalnych zmian w mózgu[78].

Dopalacze, znane również pod międzynarodowymi nazwami takimi jak *designer drugs*, *legal highs* czy *herbal highs*, to zróżnicowana grupa substancji syntetycznych, półsyntetycznych i naturalnych. Stosowane są głównie w celu osiągnięcia efektów podobnych do tych, które oferują tradycyjne narkotyki. Początkowo nowe substancje były postrzegane jako bezpieczne i legalne alternatywy dla takich środków jak marihuana, amfetamina czy kokaina. Jednak z czasem zaczęto dostrzegać, że ich działanie jest znacznie bardziej niebezpieczne niż klasycznych narkotyków. Dopalacze mogą imitować znane narkotyki, takich jak kanabinole, stymulanty, halucynogeny czy opiaty, ale ich skład chemiczny często pozostaje nieznany. Są to najczęściej syntetyczne pochodne klasycznych środków odurzających. Skutki ich używania są mniej przewidywalne niż w przypadku tradycyjnych narkotyków, które mają długą historię badania i użytkowania[79]. Obserwacje kliniczne wskazują, że dopalacze mogą prowadzić do silnego uzależnienia i stanowić znaczne zagrożenie dla zdrowia. Najczęściej dopalacze są używane przez młodych ludzi w wieku 15–24 lata, którzy nie mają pełnej wiedzy na ich temat. Internet stał się główną platformą dla promocji i sprzedaży tych substancji, co utrudnia kontrolę ich dystrybucji. Chociaż wiele z nich jest już regulowanych prawnie, nowe substancje ciągle pojawiają się na rynku, co utrudnia zapobieganie ich używaniu[80]. Dane statystyczne EMCDDA z 2022 roku obrazują skalę problemu, z jakim mamy do czynienia „pod koniec 2021 r. EMCDDA monitorowało około 880 nowych substancji psychoaktywnych, z których 52 zgłoszono w Europie po raz pierwszy w 2021 r. … od 2008 r. na europejskim rynku środków odurzających wykryto 224 nowych syntetycznych kannabinoidów”[81].

Według raportu KCPU o uzależnieniach w naszym kraju z 2023 roku wynika, że „w Polsce odnotowano 583 tysiące osób uzależnionych od alkoholu oraz 59 tysięcy osób uzależnionych od narkotyków”[82.] – liczba ta dotyczy osób, które podjęły leczenie odwykowe. Natomiast szacuje się, że 80% dorosłych Polaków spożywa alkohol i 5,4% dorosłych osób

---

[78] M. Gąsiorowski, J. Kubica, *Narkotyki. Charakterystyka wybranych substancji*, Wydawnictwo Szkoły Policyjnej w Katowicach, Katowice 2012, s. 40-41
[79] Por. B. Ciupińska, *Dopalacze w świadomości nastolatków*, [w:] M. Dobijański, A. Kamieński [red.], *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, Wydawnictwo Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny "SIM", Warszawa 2018, s. 91
[80] G. Wodowski, *Ibidem*, s. 50
[81] Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia 2022, *Ibidem*, s. 38
[82] Raport 2023 roku “Uzależnienia w Polsce”, *Ibidem*; s. 65

przyznaje się do zażywania narkotyków w ciągu ostatniego roku. Wśród młodzieży najpopularniejszymi substancjami psychoaktywnymi są alkohol, marihuana, haszysz i leki[83].

[83] *Ibidem*, s. 65

1.4. Zaburzenia osobowości i inne zaburzenia psychiczne współwystępujące z problemem uzależnień

Zaburzenia spowodowane uzależnieniem lub szkodliwym używaniem substancji psychoaktywnych często współistnieją z różnymi problemami psychicznymi, takimi jak zaburzenia osobowości, zaburzenia depresyjne (nastroju), zespół stresu pourazowego (PTSD) oraz zaburzenia lękowe. Uważa się, że używanie wybranych substancji, w tym środków pobudzających i halucynogennych, może wywołać zaburzenia i choroby psychiczne. W znacznym stopniu dotyczy to osób, które wykazują podatność biologiczną lub psychologiczną na tego typu schorzenia[84]. Termin "podwójna diagnoza" (*comorbidity*) używany jest do opisania schorzeń występujących u osób, które równocześnie borykają się z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Diagnozę taką stawia się tylko w przypadku stwierdzenia pełnoobjawowych zaburzeń psychicznych zgodnych z międzynarodowymi standardami klasyfikacji medycznej ICD 10 lub DSM V. Zwraca się przy tym uwagę nie tylko na pojedyncze symptomy, takie jak lęk czy obniżony nastrój, które często towarzyszą wielu uzależnionym, ale na cały zespół psychopatologiczny, który może znacząco wpływać na funkcjonowanie osoby i skuteczność terapii.[85]. Na podstawie hipotez (m.in. Soyka 1994, Addington 1998), które określają czynniki wpływające na powstawanie uzależnienia wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi możemy wyróżnić:

1. Nadużywanie substancji psychoaktywnych może być bezpośrednim czynnikiem wyzwalającym ukryte i nieaktywne zaburzenia psychiczne np. epizody schizofrenii wywołane przez palenie marihuany.
2. Wspólne podłoże neurobiologiczne, czyli zaburzenia równowagi neuroprzekaźników (głównie dopaminy i serotoniny). U niektórych osób połączenie deficytów w układzie neuronalnym z pojawiającymi się trudnymi doświadczeniami życiowymi może wywołać np. depresję wraz z uzależnieniem.
3. Teoria Khantziana o używaniu substancji jako „samoleczenia” (opisana na stronie 13).

---

[84] L. Cierpiałkowska, H. Sęk, *Ibidem*, s. 388

[85] M. Wojnar, A. Bisaga, *Leczenie osób z podwójną diagnozą*, [w:] B. Bukowska, C. Czabała, P. Jabłoński [red.], Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 300

4. Sposób łagodzenia ubocznych skutków przy stosowaniu leków np. neuroleptyków, podawanych przy zaburzeniach psychotycznych.
5. Ciągłe, wzajemne oddziaływanie między jednym a drugim zaburzeniem, np. aby poprawić sobie nastrój, osoba będąca w depresji przyjmuje alkohol. Regularne picie alkoholu prowadzi zarówno do uzależnienia jak i zwiększa objawy depresyjne, czyli tworzy się cykl, w którym każde z tych dwóch schorzeń podtrzymuje i intensyfikuje swoją obecność oddziałując na siebie nawzajem.
6. Koincydencja przypadkowych czynników, najczęściej psychospołecznych, takich jak niski poziom życia, przebyte traumy, wczesnodziecięce zaburzenia zachowania, antyspołeczne cechy osobowości lub inne deficyty poznawcze[86].

Dotychczas przeprowadzone badania epidemiologiczne wykazały, że wyższą częstotliwość sięgania po substancje psychoaktywne wśród osób z zaburzeniami psychicznymi niż w populacji ogólnej. Poniżej znajduje się zestawienie najczęściej występujących zaburzeń psychicznych wśród osób przyjmujących substancje psychoaktywne:

Rodzaj przyjmowanego narkotyku	Zaburzenia psychiczne
Opioidy	Osobowość dyssocjalna + typu borderline Zespoły depresyjne
Kokaina, amfetaminy	Zespoły depresyjne Stany psychotyczne (schizofrenopodobne) ADHD Zaburzenia odżywiania się
Leki uspokajające i nasenne	Zespoły lękowe Zespoły depresyjne Zespoły organiczne
Konopie i inne substancje halucynogenne	Stany psychotyczne (zespoły urojeniowe, schizofrenopodobne) Zespół apatyczno-abuliczny Schizofrenia
Lotne rozpuszczalniki	Osobowość dyssocjalna + typu borderline Zespoły urojeniowe Zespoły organiczne

Tabela nr 1. Zaburzenia psychiczne występujcie z rodzajem przyjmowanej substancji, Źródło: Helena Baran-Furga, Karina Steinbarth-Chmielewska, *Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych*, s. 77[87]

[86] M. Rogoż, *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych u osób uzależnionych od alkoholu*, [w:] B. Bętkowska-Korpała [red.], *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Znaczenia diagnostyczne*, Wydawnictwo Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009, s. 78

[87] H. Baran-Furga, K. Steinbarth-Chmielewska, *Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych*, [w:] B. Bukowska, C. Czabała, P. Jabłoński [red.], *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 77

Diagnozowanym zaburzeniem psychicznym, które może współwystępować z uzależnieniem jest m.in. schizofrenia. Schorzenie to należy do grupy zaburzeń psychotycznych i przejawia się w formie schizofrenii paranoidalnej, katatonicznej lub hebefrenicznej. Objawami charakterystycznymi dla postaci schizofrenii paranoidalnej są urojenia prześladowcze, omamy słuchowe, halucynacje, niespodziewane wybuchy lęku i gniewu. W przypadku schizofrenii katatonicznej zwykle występują zaburzenia psychomotoryczne (sztywność lub nadmierna giętkość ciała). Natomiast schizofrenia hebefreniczna objawia się rozkojarzeniem, nieadekwatnym nastrojem do sytuacji, nieobliczalnymi zachowaniami np. chichot, wyniosłość czy manieryzm[88]. W przypadku osób cierpiących na schizofrenię, prawdopodobieństwo wystąpienia problemów związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych jest znacznie wyższe niż w ogólnej populacji. Badania pokazują, że aż 65% osób ze schizofrenią doświadcza uzależnienia i prawie u połowy chorych objawy schizofrenii były poprzedzone przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Porównując z populacją ogólną, ryzyko problemów z alkoholem w tej grupie jest czterokrotnie większe, natomiast ryzyko wystąpienia zaburzeń związanych z innymi środkami uzależniającymi wzrasta sześciokrotnie[89].

Kolejnym schorzeniem jest zaburzenie afektywno dwubiegunowe – ChAD (w przeszłości określane jako choroba afektywna dwubiegunowa, cyklofrenia lub psychoza maniakalno-depresyjna). Charakteryzuje się naprzemiennym występowaniem epizodów skrajnej depresji i hipomanią. W fazie maniakalnej osoba zachowuje się ekstrawagancko, wręcz wysoce ryzykownie, jest nad wyraz euforyczna i nadaktywna. Po fazie maniakalnej następuje faza depresyjna, charakteryzująca się poczuciem winy, lękami, brakiem koncentracji i zaburzeniami nastroju. Faza ta jest o tyle niebezpieczna, gdyż w poczuciu beznadziei osoba może targnąć się na swoje życie. Epidemiologicznie 40% osób z ChAD nadużywa substancji psychoaktywnych, natomiast u ponad 60% pacjentów występuje uzależnienie[90].

Zaburzenia depresyjne u osób z uzależnieniem występują bardzo często. Zwykle są to zaburzenia nastroju polegające na apatii, obniżonej samoocenie, poczuciu smutku i pustki, zaniku zainteresowań, zmianie apetytu i wagi, zaburzeniach snu, zmęczeniu i braku energii, problemach z koncentracją i uwagą, a także na myślach i próbach samobójczych. W depresji

---

[88] J. Strelau, D. Doliński [red.], *Ibidem*, s. 557-560
[89] M Rogoż, *Ibidem*, s. 79
[90] P. G. Zimbardo, R. L. Johnson, V. McCann, *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Tom 4 Psychologia osobowości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 131-132

bardzo często występują tzw. ruminacje, czyli powracające procesy, w których osoba intensywnie i uporczywie skupia się na swoich negatywnych myślach, uczuciach lub problemach, analizując przyczyny, znaczenie i konsekwencje swojego nastroju i zachowań. Takie ciągłe i powtarzalne przeżywanie tych samych negatywnych stanów emocjonalnych prowadzi do pętli, z której ciężko wydostać się i znaleźć sposób na rozwiązanie problemu. Proces ruminacji często utrwala negatywne myślenie i pogłębia uczucie bezradności[91]. Rozpoznanie depresji w stanie przewlekłym jako „podwójnej diagnozy" u osób z doświadczaniem uzależnienia może stanowić duży problem, gdyż objawy depresyjne bardzo często występują w początkowych okresach abstynencji i mogą utrzymywać się od kilku tygodni do kilku miesięcy. Uczucie pustki i smutku najczęściej pojawiają się w momencie uświadomienia sobie przez osobę z uzależnieniem, jakie poniosła straty będąc w czynnym uzależnieniu[92].

Zaburzenia lękowe należą do typowych problemów zdrowotnych współwystępujących z uzależnieniem. Ze względu na przeprowadzone badania w niniejszej pracy naukowej, temat lęku i stresu u osób z uzależnieniem został szerzej opisany w następnym rozdziale.

Obecnie najskuteczniejszą formą terapii tzw. „podwójnej diagnozy" są zintegrowane programy leczenia, które jednocześnie zajmują się problemami psychicznymi i uzależnieniem, prowadzone przez ten sam zespół terapeutyczny. Zespół najczęściej złożony z psychoterapeutów i lekarzy psychiatrów może ustalić priorytety oraz zbadać wzajemne wpływy między chorobami. W Polsce jest niewielka liczba tak wyspecjalizowanych placówek, zarówno dla dorosłych jaki i dla dzieci i młodzieży[93].

W praktyce klinicznej na leczenie uzależnień zgłasza się wiele osób ze spektrum zaburzeń osobowości. Najprawdopodobniej z powodów ograniczeń budżetowych polskiego systemu opieki zdrowotnej, zaburzenia te nie są standardowo leczone w oddziałach zajmujących się podwójną diagnozą. Niemniej, pacjenci/klienci z zaburzeniami osobowości stanowią wysoki odsetek osób potrzebujących terapii uzależnień[94]. Przyjmując koncepcję antysocjalnego zaburzenia osobowości Hervey'a M. Cleckley'a, oceniono, że ponad 70% osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych przejawia to zaburzenie. Antyspołeczne zaburzenie osobowości – ASPD (dyssocjalne, wcześniej nazywane psychopatią – w mowie potocznej do dziś) cechuje się łamaniem praw, trudnościami w dostosowaniu się do

[91] *Ibidem*, s. 125-129
[92] M Rogoż, *Ibidem*, s. 80
[93] M. Wojnar, A. Bisaga, *Ibidem*, s. 307
[94] M Rogoż, *Ibidem*, s. 84-85

oczekiwań społecznych, niską empatią, skłonnością do kłamstw i manipulacji, agresją, impulsywnością, brakiem odpowiedzialności i poczuciem winy, nieumiejętnością budowania trwałych relacji, deficytem lęku, a także brakiem głębi emocjonalnej. Badania nad tym zaburzeniem dowiodły, że osoby o osobowości dyssocjalnej mają znaczne deficyty emocjonalne i przez to nie odczuwają empatii, a także w swoich zachowaniach potrafią być bezwzględne. Używanie środków psychoaktywnych przez osoby dyssocjalne często służy zwiększeniu ekscytacji oraz świadomemu ignorowaniu norm społecznych. Geneza tego zaburzenia nie jest do końca poznana. Zakłada się, że rozwija się ono na tle różnych czynników ryzyka, takich jak dysfunkcyjne środowisko rodzinne, negatywne wpływy grup rówieśniczych, nadużycie substancji psychoaktywnych czy genetyczne predyspozycje. W przeszłości, dysfunkcje te często są poprzedzone zaburzeniami zachowania w dzieciństwie. Szacuje się, że osobowość dyssocjalna występuje w 2-3% społeczeństwa, jednocześnie nie oznacza to, że każdy kto jest dotknięty tym zaburzeniem wchodzi w konflikty z prawem i podejmuje ryzykowne zachowania. W literaturze przedmiotu można znaleźć informacje o wysokim procencie osób, które potrafią panować nad nieprzystosowanym zachowaniem i często odnoszą sukces w polityce, nauce, medycynie czy w biznesie[95].

Osoby z zaburzeniem osobowości narcystycznej to następna grupa pacjentów, którzy podejmują terapię uzależnień. Głównymi cechami osobowości narcystycznej są głębokie poczucie wyższości, przesadna potrzeba adoracji oraz brak empatii wobec innych. Osoby narcystyczne nadmiernie skoncentrują się na potwierdzaniu swojej przesadzonej wielkości i utrzymywaniu wizerunku, który odzwierciedla ich zniekształconą samoocenę. Często tworzą płytkie relacje, które są pozbawione głębokiej empatii i równości. Zachowania, które manifestują, opierają się na atencji, potrzebie podziwu, rywalizacji i oczekiwaniu specjalnego traktowania, przy czym zazwyczaj brakuje im głębszego wglądu w swoje własne działania i osądu sytuacji. W interakcjach społecznych osoby te wykazują mieszaninę dystansu i zadufania w sobie, prezentując siebie jako wyjątkowo interesujących. Będąc osobami o dużym uroku osobistym często posuwają się do niestosownych komentarzy, wybuchów arogancji i roszczeniowości, co ostatecznie prowadzi do konfliktów w relacjach. Rzadko przyjmują odpowiedzialność za swoje działania, a ich uczuciowa reakcja jest często ograniczona. Osoby te z pewnością siebie domagają się uznania dla swoich osiągnięć i statusu, maskując takim zachowaniem wstyd i niskie poczucie własnej wartości. Pacjenci z zaburzeniem osobowości narcystycznej mogą używać substancji psychoaktywnych, aby

[95] M. Jarema, *Ibidem*; s. 395-396

zwiększyć pewność siebie. Jednocześnie, substancje te mogą służyć jako środek radzenia sobie z głęboko zakorzenionym uczuciem pustki, niskiej samooceny, które narcyz często skrywa za fasadą arogancji i pewności siebie. Używanie substancji psychoaktywnych może również wynikać z potrzeby radzenia sobie z krytyką lub odrzuceniem, które osoby narcystyczne znoszą wyjątkowo negatywnie[96].

Kolejną grupą pacjentów są osoby o osobowości typu borderline, znanej również jako osobowość z pogranicza. Objawami klinicznymi tego zaburzenia są głęboka niestabilność w relacjach interpersonalnych, w obrazie siebie i w uczuciach. Niestabilność objawia się intensywnymi i burzliwymi relacjami, które oscylują między skrajną idealizacją a nagłą dezaprobatą. Osoby z tym zaburzeniem doświadczają także gwałtownych zmian nastroju i mają problem z samoregulacją emocji. Ich zachowanie często jest ryzykowne, impulsywne i autodestrukcyjne. Osoby z osobowością borderline mogą przejawiać ekstremalne reakcje na wyobrażone lub rzeczywiste odrzucenie, co może prowadzić do paniki lub gniewu. Nieustanna labilność w poczuciu własnej wartości i tożsamości sprawia, że trudno im utrzymać długotrwałe związki interpersonalne. Choć ich obraz siebie jest zmienny, to często stale odczuwają emocjonalną pustkę i mają trudności z rzeczywistym obrazem własnego ja. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez osoby z zaburzeniem osobowości typu borderline może być sposobem radzenia sobie z intensywnymi emocjami i chronicznymi stanami depresyjnymi, które charakteryzują to zaburzenie. Alkohol i narkotyki mogą być używane do łagodzenia bólu emocjonalnego, ale mogą też przybrać formą ucieczki przed przytłaczającym uczuciem lęku czy odrzuceniem. Nierzadko substancje psychoaktywne przyjmowane są w celach samobójczych[97].

Wyżej wymienione zaburzenia osobowości to tylko przykłady tych, z którymi można się spotkać w praktyce terapeutycznej uzależnień. Nie każdy pacjent otrzymuje diagnozę zaburzenia osobowości, jednak wielu z nich wykazuje specyficzne cechy charakterystyczne dla zaburzeń w strukturze osobowości.

---

[96] A. T. Beck, D. D. Davis, A. Freeman, *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016; s. 387-390

[97] J. Rybakowski, S. Pużyński J. Wciórka, *Ibidem*, s. 561

1.5. Lęk i strach występujący u osób w kryzysie uzależnienia

Brak umiejętności radzenia sobie w stresujących sytuacjach oraz niska odporność na frustrację mogą prowadzić do narastania negatywnych emocji, takich jak lęk i strach. Osoby, które nie potrafią efektywnie zarządzać stresem, mogą doświadczać zwątpienia we własne możliwości oraz silnego uczucia strachu i niepokoju. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych często współwystępuje z chronicznym lękiem i strachem, co tworzy schemat, w którym przyjmowanie substancji psychoaktywnych chwilowo łagodzi te emocje, ale ostatecznie je pogłębia[98]. W pierwszej kolejności należy zdefiniować różnice pomiędzy strachem a lękiem. Strach to intensywne uczucie napięcia emocjonalnego wywołane przez konkretne, rzeczywiste niebezpieczeństwa, które bezpośrednio zagrażają bezpieczeństwu. W przypadku strachu musi być realny bodziec. Przykładem może być konfrontacja z niebezpiecznymi zjawiskami, przedmiotami, zwierzętami lub osobami. Natomiast lęk jest stanem emocjonalnym, który pojawia się w odpowiedzi na przewidywane zagrożenie lub możliwość niepowodzenia. Lęk ma charakter irracjonalny[99]. Doświadczanie obu tych emocji składa się z elementów:

1. Poznawczych – rozpoznanie i ocena bodźców, które sygnalizują zagrożenie dla życia lub zdrowia. W przypadku strachu zagrożenia te są realne i zewnętrzne, a w przypadku lęku są one niejasne i bardziej wewnętrzne.
2. Somatycznych – aktywacja współczulnej części autonomicznego układu nerwowego (układu sympatycznego). Przygotowanie organizmu do ucieczki lub walki, jako reakcji na sytuacje zagrożenia. Zewnętrznymi efektami tego pobudzenia są m.in.: rozszerzenie źrenic, zwiększona potliwość, drżenie mięśni. Natomiast wewnętrznymi objawami są m.in.: tachykardia, rozszerzenie oskrzeli, zwiększenie wydzielania hormonów (adrenaliny, noradrenaliny i kortyzolu).
3. Emocjonalnych – pojawienie się nieprzyjemnych odczuć. W przypadku strachu będą to uczucie przestraszenia, przerażenia, grozy lub wystraszenia. A w stanie lęku pojawiają się uczucia niepokoju, obawy, zatroskania, paniki, udręki, zmartwienia, nerwowości, trwogi i zafrasowania.

---

[98] B. Bukowska, *Ibidem*, s. 131
[99] M. Jarema, *Ibidem*; s. 67

4. Behawioralnych – wystąpienie mimowolnych i celowych reakcji. Reakcjami tymi są walka lub ucieczka. Mimowolne i automatyczne reakcje wynikają z wcześniejszych doświadczeń, w których pewne bodźce zostały powiązane z niebezpieczeństwem lub zagrożeniem (czyli warunkowanie klasyczne). W przypadku celowych reakcji są to świadome próby poradzenia sobie z zagrożeniem. Strach częściej prowadzi do reakcji takich jak walka czy atak, natomiast lęk skłania do unikania i ucieczki (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003)[100].

Strach i lęk, choć są podobne, to różnią się pod względem tego, co i jak antycypują. Rozróżnienie między tymi emocjami polega na różnicy w charakterze oczekiwania: strach odnosi się do konkretnej, obecnej sytuacji, podczas gdy lęk dotyczy abstrakcyjnych, potencjalnych zagrożeń[101]. Lęk i strach to naturalne reakcje adaptacyjne, które mają na celu przygotowanie organizmu do radzenia sobie z zagrożeniami. Emocje te, mimo że mogą być nieprzyjemne, pełnią ważną rolę w przetrwaniu, pomagając unikać niebezpieczeństw i podejmować odpowiednie działania ochronne. Strach mobilizuje do natychmiastowej reakcji na bezpośrednie zagrożenie, podczas gdy lęk może skłaniać do ostrożności i unikania potencjalnego ryzyka[102]. Antoni Kępiński przedstawia najczęstszy mechanizm, który jest stosowany w przypadku odczuwania lęku „Lęk jako subiektywny wyraz postawy "od" powoduje zwykle wyolbrzymienie zagrażającego przedmiotu. Uciekamy bowiem od tego, co nam zagraża, co jest od nas silniejsze, co może nas zniszczyć. Zagrażający przedmiot może nie być znów tak groźny, ale pod wpływem uczucia lęku staje się groźny. Im lęk silniejszy, tym większemu wyolbrzymieniu ulega zagrażające niebezpieczeństwo. W końcu jednak musi zapaść zasadnicza decyzja: uciekać lub mimo lęku próbować stawić czoło niebezpieczeństwu”[103]. Mechanizmami obronnymi, czyli strategią radzenia sobie z lękiem są wyparcie, zaprzeczenie, projekcja, przemieszczenie i sublimacja. Wyparcie polega na wewnętrznym i nieświadomym wyrzuceniu z pamięci doświadczeń i wspomnień, które mogą wzbudzać lęk. Zaprzeczenie jest świadomym nieprzyjmowaniem faktów, które mogą zachwiać poczuciem bezpieczeństwa. Projekcja może łagodzić lęk, gdy przypisujemy innym osobom impulsy wywołujące nasze obawy, zamiast przyznawać się do nich sami. Umożliwia również uzasadnienie zachowań agresywnych i odwetowych, zwłaszcza w kontekście obrony

---

[100] J. Strelau, D. Doliński [red.], *Ibidem*, s. 563
[101] J. Le Doux, *Lęk. Neuronauka na tropie źródeł lęku i strachu*, Wydawnictwo Copernicus Center Press Sp. z o.o., Kraków 2017, s. 37
[102] M. Jarema, *Ibidem*; s. 67
[103] A. Kępiński, *Lęk*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1987; s. 121

przed agresją ze strony innych osób. Natomiast przemieszczenie będzie zachodzić wtedy, gdy reakcja emocjonalna nie dotyczy obiektu, na który powinna być skierowana, lecz na obiekt, który jest niezagrażający. Sublimacja, czyli przekształcenie nieakceptowalnych lub destrukcyjnych impulsów, myśli i emocji w akceptowalne i konstruktywne działania, jest zaawansowanym mechanizmem obronnym[104].

Jak zaznaczono wyżej lęk i strach są naturalnymi emocjami. Mogą one występować w różnych formach i z różnym natężeniem. Jeśli reakcje na te emocje są proporcjonalne do rzeczywistego zagrożenia, mieszczą się w granicach normy. Jednakże, mogą one również przerodzić się w poważne zaburzenia emocjonalne[105]. Zaburzenia lękowe charakteryzują się lękiem, który jest o wiele bardziej nasilony niż typowy lęk i może objawiać się napadami paniki. Lęk ten trwa znacznie dłużej, nie ustępując nawet po zakończeniu stresującej sytuacji. Nierzadko stan ten może trwać miesiącami lub latami. Ponadto, może prowadzić do powstania fobii, które utrudniają normalne funkcjonowanie w życiu codziennym[106]. Poniższa tabela przedstawia najczęściej występujące różnice pomiędzy typowym lękiem a zaburzeniem lękowym:

Typowy lęk	**Zaburzenia lękowe**
Odczuwanie umiarkowanego niepokoju w odpowiedzi na codzienne obowiązki i ważne wydarzenia. Ten rodzaj lęku może motywować do działania, planowania i unikania problemów. Pozwala na normalne funkcjonowanie i radzenie sobie z wyzwaniami.	Paraliżujący, przesadny i chroniczny niepokój dotyczący codziennych obowiązków, który utrudnia skupienie się i wykonywanie zadań. Stan powodujący poczucie przytłoczenia i bezradności, uniemożliwiając normalne funkcjonowanie.
Krótkotrwałe uczucia zawstydzenia, skrępowania lub lekka niepewność w kłopotliwej albo krępującej sytuacji.	Lęk przed negatywną oceną, upokorzeniem i krytyką, powodujący wycofanie się i unikanie kontaktów społecznych
Trema przed publiczną ekspozycją. Pojawia się napięcie fizyczne i emocjonalne. Obawa przed popełnieniem błędu, krytyką lub negatywną oceną. Trema może być też motywująca do lepszego zaprezentowania się.	Silne reakcje fizjologiczne i emocjonalne, które znacznie zakłócają zdolność do wykonania zadania. Ataki paniki, paraliż, unikanie sytuacji wystawiania się na publiczną ocenę.
Niepokój przed realnym zagrożeniem. Osoba czuje strach, ale jest w stanie racjonalnie ocenić sytuację i podjąć odpowiednie środki	Intensywny i przewlekły niepokój związany z rzeczywistym niebezpiecznym obiektem, miejscem lub sytuacją, który jest

[104] M. E. P. Seligman, E. F. Walker, D. L Rosenhan, *Ibidem*, s. 105-107
[105] J. Mellibruda., *Siedem ścieżek integracji psychoterapii*, Wydawnictwo Zielone Drzewo Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2011, s. 323
[106] R. J. Bourne, *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, s. 8

ostrożności. Może pojawić się przyspieszone bicie serca, pocenie się, zwiększona czujność, czyli reakcje, które pomagają w radzeniu sobie z zagrożeniem.	nieproporcjonalny do realnego zagrożenia. Ekstremalne unikanie sytuacji, które mogą wywołać lęk lub nadmierne przygotowanie się i zabezpieczanie, które nie są proporcjonalne do rzeczywistego zagrożenia
Krótkotrwały i sporadyczny niepokój o zdrowie lub bezpieczeństwo, który zazwyczaj pojawia się w odpowiedzi na konkretne sytuacje. Naturalna troska o zdrowie i bezpieczeństwo.	Ciągłe i nadmierne obawy o zdrowie, nawet w przypadku braku objawów lub w odpowiedzi na drobne dolegliwości. Obsesyjne kontrolowanie swojego stanu zdrowia i bezpieczeństwa
Normalną reakcją emocjonalną po przeżyciu traumatycznej sytuacji jest krótkotrwałe uczucie lęku, smutku, niedowierzania i szoku. Występują następujące objawy fizyczne: przyspieszone bicie serca, napięcie mięśniowe oraz problemy ze snem. Pojawia się myślenie o traumatycznym wydarzeniu, przetwarzanie tego, co się stało oraz zastanawianie się nad konsekwencjami. Intensywność tych myśli z czasem zmniejsza się.	Ponowne przeżywanie traumy poprzez koszmary senne, intensywne retrospekcje, natrętne myśli wraz z silnymi reakcjami emocjonalnymi i fizycznymi, wywołanymi przez przypominane bodźce zewnętrzne. Następuje zniekształcenie przekonania o sobie i świecie oraz wycofanie emocjonalne. Często też dochodzi do unikania miejsc, czynności i osób, które przypominają o traumatycznym wydarzeniu. Pojawia się nadmierna czujność, drażliwość, problemy z koncentracją i nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne.

Tabela nr 2. Różnice pomiędzy typowym lękiem a zaburzeniem lękowym, Opracowanie własne[107]

Zaburzenia lękowe należą do tzw. chorób reaktywnych, czyli takich, które powstają w wyniku różnych urazów psychicznych. Przyczyny powstawania zaburzeń lękowych są różnorodne i zależne od perspektywy teoretycznej. Teorie psychoanalityczne jako główną przyczynę zaburzeń lękowych, wskazują na stłumione i nieuświadomione konflikty wewnętrzne. Teorie poznawcze sugerują, że geneza tych zaburzeń leży w deficytach umiejętności radzenia sobie z problemami oraz błędnych przekonaniach, co zostało opisane przez Aaron'a T. Beck'a jako triada depresyjna: negatywne myśli o sobie samym, negatywna ocena doświadczeń z przeszłości i teraźniejszości oraz negatywne nastawienie na przyszłość. Teorie humanistyczne kładą nacisk na nieumiejętność zaspokojenia własnych potrzeb wewnętrznych. Natomiast teorie systemowe zakładają, że zaburzenia lękowe są efektem dysfunkcyjnego systemu, w którym żyje dana osoba. Oprócz czynników psychologicznych, bierze się również pod uwagę czynniki fizjologiczne, genetyczne i społeczno-kulturowe[108]. Według klasyfikacji ICD 10 zaburzenie lękowe możemy podzielić ze względu na podłoże.

[107] J. Le Doux, *Ibidem*, s. 37

[108] J. C. Czabała, J Meder, M. Sawicka, *Podstawowe zaburzenia psychiczne*, [w:] J. Strelau [red.], *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3 Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Wydawnictwo Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 586-587

W przypadku strachu mówmy o różnego rodzaju fobiach i zespole zaburzeń stresu pourazowego (PTSD), natomiast z zaburzeniami o podłożu lękowym najczęściej mamy do czynienia z lękiem panicznym, agorafobią, zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi (OCD) i uogólnionymi zaburzeniami lękowymi[109]. Fobie specyficzne, w tym m.in.: klaustrofobia (lęk przed zamkniętymi przestrzeniami), akrofobia (tzw. lęk wysokości), fobie społeczne (lęk przed relacjami interpersonalnymi, oceną przez innych, przed ekspozycją publiczną), czy arachnofobia (lęk przed pająkami), charakteryzują się panicznym i irracjonalnym lękiem przed obiektami, czynnościami lub sytuacjami[110]. PTSD jest ekstremalnym stresem następującym po bardzo traumatycznych przeżyciach (np. tortury, przemoc fizyczna, śmierć bliskiej osoby itp.). W przebiegu tego zaburzenia charakterystycznym elementem jest ponowne przeżywanie traumy np. w snach. Stan ten bez odpowiedniego leczenia psychologicznego, może utrzymywać się nawet przez wiele lat. Badania kliniczne w Polsce, przeprowadzone w 2007 roku wykazały, że u 25% osób leczących się z uzależnienia stwierdzono dodatkowo objawy PTSD[111]. W przypadku lęku panicznego objawami są zarówno stany emocjonalne, jaki i doznania somatyczne. Są to nagłe ataki paniki, silnego niepokoju bez wyraźnego bodźca, wraz z brakiem powietrza, bólami w klatce piersiowej i zawrotami głowy. W związku z tym, że napady paniki są nieoczekiwaną sytuacją, wytwarza się dodatkowe utrudnienie w postaci lęku antycypacyjnego. Jest to strach przed ponownym, nieoczekiwanym atakiem lęku. W przypadku agorafobii objawy lęku są bardzo podobne jak w lęku panicznym, natomiast stresorem jest konkretna sytuacja, czyli lęk przez otwartą przestrzenią lub zatłoczonymi miejscami, z których trudno jest uciec[112]. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, cechują się występowaniem obsesji, czyli natarczywych myśli oraz kompulsji, to jest czynności lub rytuałów, które mają na celu zniwelowanie myśli wywołanych przez strach[113]. Uogólnione zaburzenia lękowe występują w formie wieloletnich stanów ciągłego niepokoju i napięcia emocjonalnego, bez konkretnego bodźca stresowego. Większość z zaburzeń lękowych leczy się farmakologicznie poprzez podawanie leków przeciwlękowych lub przez terapię poznawczo-behawioralną[114].

W literaturze przedmiotu stres i lęk są uznawane jako ważny czynnik wpływający na powstanie uzależnień. Od lat 40-tych XX wieku zaczęto badać wpływ pomiędzy lękiem

---

[109] M. E. P. Seligman, E. F. Walker, D. L Rosenhan, *Ibidem*, s. 185
[110] P. G. Zimbardo, R. L. Johnson, V. McCann, *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Tom 4 … Ibidem*, s. 134-135
[111] M. Dragan, *Współwystępowanie zaburzenia po stresie traumatycznym i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych*, „Roczniki Psychologiczne Tom X, numer 2 – 2007", s. 40-42
[112] M. E. P. Seligman, E. F. Walker, D. L Rosenhan, *Ibidem*, s. 210-211
[113] R. J. Bourne, *Ibidem*, s. 20-21
[114] P. G. Zimbardo, R. L. Johnson, V. McCann, *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Tom 4 … Ibidem*, s. 133

i stresem, a przyjmowaniem używek. Zauważono, że spożywanie alkoholu często stanowi wyuczoną reakcję na zmniejszenie wewnętrznego napięcia. Willis i Shiffman opracowali teorię uzależnienia jako mechanizm radzenia sobie ze stresem. Wnioskowali, że niska odporność na stres zwiększa prawdopodobieństwo nadużywania substancji psychoaktywnych i rozwoju uzależnienia. Uważali, że brak mechanizmów adaptacyjnych, które wspierają radzenie sobie w stresujących sytuacjach, prowadzi do nieadekwatnych reakcji (gniew, bezradność, wycofanie się). Reakcją na zniwelowanie takich stanów może być sięgnięcie po substancje psychoaktywne. W modelu tym sugeruje się, że substancje psychoaktywne są stosowane zarówno w celu łagodzenia negatywnych emocji, jak i wzmocnienia pozytywnych stanów emocjonalnych. W innym modelu choroby opracowanym przez Marlatta i Gordona podkreśla się, że deficyty radzenia sobie ze stresem w połączeniu z czynnikami takimi jak uzależnienie rodziców od używek, nacisk ze strony rówieśników oraz pozytywne oczekiwania wobec substancji, zwiększają ryzyko uzależnienia oraz nawrotów. Prawidłowe radzenie sobie w stresujących sytuacjach, wsparcie środowiska rodzinnego oraz realistyczne oczekiwania co do efektów substancji psychoaktywnych ograniczają ryzyko uzależnienia jako odpowiedzi na stres[115].

[115] B. Bukowska, *Ibidem*, s. 131-132

1.6. Samoocena osób z uzależnieniem

Jednym z najważniejszych elementów rozwoju i dobrego samopoczucia jest poczucie własnej wartości. Samoocena nie ma jednoznacznej definicji, lecz próbując określić czym ona jest, można sięgnąć po koncepcję William'a James'a, który definiuje ją jako wynik zestawienia osiągnięć jednostki z jej potencjalnymi możliwościami. Wartość samooceny zależy od relacji między sukcesami, a aspiracjami danej osoby. W miarę jak sukcesy odpowiadają oczekiwaniom, kształtują się pozytywne uczucia względem siebie. Im mniejsza różnica między osiągnięciami a celami, tym wyższa samoocena i bardziej pozytywny stosunek do własnej osoby. Odwołując się do wniosków Stanley'a Coopersmith'a samoocenę można określić jako postawę wobec siebie, opartą na szacunku do własnej osoby oraz wierze we własne możliwości. Samoocena jest postawą subiektywna[116]. Kolejny ważny wkład w badaniach nad samooceną wniósł Morris Rosenberg, który stwierdził, że osoba z wysoką samooceną nie musi czuć się lepszą od innych, lecz ma poczucie bycia "wystarczająco dobrym i wartościowym". Natomiast osoby z niską samooceną odrzucają własne ja, co powoduje negatywny stosunek do samego siebie[117].

Według Bogdana Wojciszke „samoocena jest afektywną reakcją na samego siebie i ma dwoistą naturę procesu i cechy"[118]. W przypadku samooceny jako procesu, mówimy o bieżącej, zmiennej ocenie własnej osoby, mającej na celu formułowanie pozytywnych wniosków na swój temat. Ocena ta może być zależna od aktualnych wydarzeń i doświadczeń. Samocena jako stan (proces) często rozumiana jest jako poczucie własnej wartości, czyli emocje, jakie odczuwa osoba w danej chwili w stosunku do samego siebie. Samoocena w charakterze cechy odnosi się do stałej postawy, jaką jednostka ma wobec siebie. Oznacza to, że osoba ma stałe przekonania na temat swojej wartości, które łatwo nie ulegają zmianie. Ludzie ignorują, pomijają lub marginalizują informacje i zdarzenia, które mogą zmienić ich samoocenę. Jako cechę, samoocenę można badać i mierzyć jej przyczyny (geneza samooceny), jej wpływ na inne aspekty życia (konsekwencje samooceny) oraz jej rolę (funkcje samooceny). Samoocenę jako cechę można podzielić na deklaratywną (jawną) i ukrytą. Deklaratywna dotyczy stałego i świadomego przekonania o ogólnej wartości samego siebie, natomiast samoocena ukryta to nieświadome wartości, jakie przypisujemy rzeczom,

---

[116] M. Szpitalak, R. Polczyk, *Samoocena*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015, s. 9-10
[117] I. Dzwonkowska, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguna, *SES Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES Rosenberga - Podręcznik*, Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008; s. 7
[118] B. Wojciszke, *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2011, s. 175

ludziom czy doświadczeniom, które kojarzymy ze sobą samym.[119]. W literaturze przedmiotu spotykamy się również z różnymi stopniami samooceny, od specyficznej, czyli dotyczącej różnych aspektów życia, które dla danej osoby są istotne, (np. wygląd, inteligencja, umiejętności) do globalnej, czyli kompleksowego odczuwania siebie[120]. Źródłem samooceny są przede wszystkim uwarunkowania genetyczne, które określają tożsamość, a nie osiągnięcia i warunki życiowe. Kolejnymi czynnikami wpływającym na kształtowanie się poczucia własnej wartości są cechy osobowości, osiągane efekty działań (im wyższe rezultaty, tym wyższa samoocena) oraz opinie innych (głównie osób znaczących dla jednostki)[121].

Samoocenę rozpatrujemy poprzez cechy, które może posiadać i najczęściej określamy ja jako wysoką lub niską, pozytywną czy negatywną, stabilną albo niestabilną, adekwatną czy też nieadekwatną. Poczucie własnej wartości opiera się przede wszystkim na akceptacji, szacunku, zaufaniu i wierze w siebie. Jeśli te wartości ulegają zachwianiu (najczęściej przez czynniki zewnętrzne typu informacje zwrotne), dochodzi do stosowania różnych mechanizmów obronnych, podtrzymujących samoocenę np. autoafirmacji, racjonalizacji czy zmniejszenia powstałego dysonansu poznawczego[122]. Wysoka samoocena pozwala mieć poczucie bycia wartościową osobą w danej społeczności (zapobieganie wykluczeniu społecznemu), zmniejsza poczucie lęku i niepokoju, powoduje wzrost ambicji i motywacji, dodaje odwagi do podejmowania trudnych zadań, a także wspomaga umiejętne radzenie sobie z niepowodzeniami. Im wyższa samoocena, tym bardziej sprawniejsze funkcjonowanie psychiczne i fizyczne. Osoby ze zbyt wysoką samooceną mogą być postrzegane jako bardziej przejmujące się sobą niż innymi, egoistyczne, samolubne, i nieakceptowane przez otoczenie, dlatego też wysoka samoocena ma podwójny kontekst i czasami współwystępuje z narcyzmem. Natomiast osoby z niską samooceną mają negatywne postrzeganie samego siebie, swoich umiejętności i wartości. Taka postawa może mieć negatywny wpływ na różne aspekty, w tym relacje interpersonalne, zdrowie psychiczne i ogólną jakość życia. Osoby te najczęściej nie wykorzystują swojego potencjału, mają problemy z uwierzeniem w swoje możliwości, niepowodzenia przekładają na inne obszary życia, a także źródło swoich porażek upatrują w zewnętrznych czynnikach, co często przekłada się na zaburzone relacje z otoczeniem lub całkowitą alienację[123]. Większość przyczyn niskiej samooceny zazwyczaj

---

[119] B. Wojciszke, *Ibidem*, s. 175-176
[120] J. Strelau [red.], *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2 Psychologia ogólna*, Wydawnictwo Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 579
[121] B. Wojciszke, *Ibidem*, s. 177
[122] M. Szpitalak, R. Polczyk, *Ibidem*, s. 16-18
[123] J. Strelau [red.], *Ibidem*, s. 580-581

wynika z niewłaściwego funkcjonowania w okresie dzieciństwa. Niezaspokojone potrzeby, brak wsparcia ze strony rodziców, zachwiane poczucie bezpieczeństwa, niewystarczająca uwaga i opieka ze strony rodziców, zbytnia pobłażliwość i nadopiekuńczość, nadmierna krytyka, czy negatywne relacje z rodzicami i rówieśnikami, to tylko niektóre z powodów negatywnej samooceny w dorosłym życiu. Oprócz czynników wczesnodziecięcych na kształtowanie się samooceny wpływają też doświadczenia życiowe (m.in. wymagania zawodowe), relacje z innymi osobami czy kultura masowa [124].

W ramach problematyki uzależnienia samoocena stanowi jeden z głównych obszarów, które wpływają na powstanie i rozwój uzależnień. Jedną z koncepcji, która odnosi się do samooceny i uzależnienia jest teoria dotycząca powstawania zachowań dewiacyjnych według Howard'a B. Kaplan'a (teoria obniżania własnej pozycji). Kaplan uważa, że dewiacyjne zachowanie może pojawić się, gdy osoba nie radzi sobie z długotrwałym odrzuceniem przez ważne dla niej osoby. Takie negatywne doświadczenia mogą prowadzić do odrzucenia społecznych norm, skutkując alienacją i poszukiwaniem akceptacji w grupach dewiacyjnych. Dostępność narkotyków i przebywanie wśród osób o pozytywnym nastawieniu do ich przyjmowania dodatkowo wspiera rozwój takich zachowań. Aby zmienić dewiacyjne zachowania na społecznie akceptowane, konieczna jest zmiana warunków środowiskowych na takie, które zapewniają wsparcie społeczne i redukują negatywne doświadczenia obniżające samoocenę. Inną teorią samooceny w odniesieniu do uzależnień jest koncepcja R. A. Steffenhagen'a, w której autor zaznacza, iż przesadna opiekuńczość rodziców lub stawianie nierealistycznych celów mogą przyczynić się do niskiej samooceny. Osoby o niskiej samoocenie często oceniają się przez pryzmat narzuconych przez społeczeństwo celów. Niezdolność do ich realizacji skłania ich do szukania mechanizmów kompensacyjnych, takich jak używanie substancji psychoaktywnych. Steffenhagen zauważa też, że sama niska samoocena nie wystarcza do wyjaśnienia uzależnienia. Istotne są również wpływy społeczne, takie jak presja rówieśników, dostępność narkotyków i oczekiwania społeczne. Osoby z niską samooceną nieumiejętnie radzą sobie ze stresem i napięciem. Substancje psychoaktywne pozwalają im na szybkie uwolnienie się od negatywnych emocji i zobowiązań wobec społeczeństwa[125].

W psychoterapii uzależnień duży nacisk kładzie się na pracę nad odbudowaniem własnego wizerunku, który często jest bardzo negatywny. Jak zaznacza Anna Dodziuk van

---

[124] R. J. Bourne, *Ibidem*, s. 300-302
[125] B. Bukowska, *Ibidem*, s. 129-130

Kooten osoby podejmujące leczenie z uzależnienia często zmagają się z poczuciem bezsilności, bezradności, beznadziejności, wstydu i lęku. Osoba szukająca pomocy często uważa, że nie zasługuje na zainteresowanie, życzliwość i troskę, oraz że nie jest warta wysiłku włożonego przez innych w jej trzeźwienie. Samoocena osób z uzależnieniem często jest kształtowana przez bolesne doświadczenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych oraz przez okres trzeźwienia, kiedy zaczyna do nich docierać świadomość strat poniesionych przez nałóg. Na każdym etapie leczenia wsparcie poczucia własnej wartości jest kluczowym elementem zdrowienia[126].

[126] A. Dodziuk van Kooten, *O poczuciu własnej wartości w leczeniu uzależnienia*, "Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 6/2020", s. 1-3

1.7. Zagrożenia wynikające z używania substancji psychoaktywnych

Szkodliwość używania substancji psychoaktywnych widoczna jest zarówno w aspekcie zdrowotnym, jak i w sferach społecznych, ekonomicznych oraz prawnych. Przyjmowanie różnych, toksycznych substancji, może prowadzić do szeregu problemów zdrowotnych związanych bezpośrednio z rodzajem zażywanego narkotyku. Często spotyka się konsekwencje takie jak, obniżenie odporności organizmu, uszkodzenia wewnętrznych organów, trwałe uszkodzenia mózgu, choroby przenoszone drogą płciową, infekcje dróg oddechowych, ryzyko zakażeń wirusami takimi jak HIV lub HCV czy też zmiany na skórze[127]. Skutki nadużywania alkoholu jak i pozostałych narkotyków są poważne i wskazują na wysoką śmiertelność. Pijani kierowcy są przyczyną wielu śmiertelnych wypadków i trwałych niepełnosprawności. Pod wpływem substancji psychoaktywnych dochodzi do większości samobójstw, zabójstw oraz innych wypadków. Spożywanie alkoholu podczas ciąży naraża dziecko na ryzyko powstania alkoholowego zespołu płodowego (FAS) lub zespołu niekorzystnych skutków działania alkoholu na płód (FAE), co może prowadzić do trwałych uszkodzeń fizycznych i psychicznych u dziecka[128]. Długotrwałe nadużywanie alkoholu jest przyczyną marskości wątroby, uszkodzeń nerwów, serca oraz układu pokarmowego (niedożywienie, niedobór witaminy B), a także może przyczyniać się do rozwoju chorób nowotworowych. Ekstremalne spożycie alkoholu wywołuje tzw. chorobę alkoholową (uzależnienie od alkoholu), która jest nieuleczalna, śmiertelna i rozwija się stopniowo. Możliwe jest zahamowanie jej postępów, jednak jej skutki są nieodwracalne[129]. Jak opisano we wcześniejszym rozdziale używanie narkotyków może również negatywnie wpłynąć na zdrowie psychiczne, doprowadzając do rozwoju różnorodnych zaburzeń psychiatrycznych. Jak określa Jerzy Mellibruda długotrwałe używanie substancji psychoaktywnych „pozostawia trwałe ślady w obszarach funkcjonowania psychologicznego:

1. w sferze doświadczania stanów emocjonalnych,
2. w sferze aktywności umysłowej tworzącej system orientacji poznawczej,
3. w centrum osobowości, określającym tożsamość i poczucie wartości, w którym powstają decyzje sterujące postępowaniem człowieka, czyli w systemie Ja”[130].

---

[127] Strona internetowa: Szkody zdrowotne (kbpn.gov.pl) [dostęp dniu 20.05.2024]
[128] M. E. P. Seligman, E. F. Walker, D. L Rosenhan, *Ibidem*, s. 645
[129] Por. L. Albański, *Wybrane zagadnienia z patologii społecznej*, Wydawnictwo Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze, Jelenia Góra 2010, s. 49
[130] J. K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *Ibidem*, s. 701

Innymi konsekwencjami psychicznymi nadużywania alkoholu (oprócz objawów odstawienia, zaburzeń psychicznych i zaburzeń osobowości, opisanych we wcześniejszych rozdziałach) są różnego rodzaju psychozy, które mogą utrzymywać się przez wiele lat. Do najbardziej znanych psychoz zaliczamy halucynozę alkoholową (omamy słuchowe wraz z urojeniami prześladowczymi), alkoholowy zespół Otella (zachowania agresywne związane z patologiczną zazdrością i urojeniami niewierności partnera, często bezpodstawnymi). Oprócz wymienionych psychoz mogą też powstawać poważne upośledzenia OUN. Najbardziej znane z nich to zespół Korsakowa (organiczne uszkodzenia mózgu polegające na upośledzeniu pamięci i wypełnianiu tych luk pamięciowych konfabulacjami – w konsekwencji dochodzi do całkowitego otępienie) oraz zespół encefaliczny Wernickiego (zaburzenia mięśni i nerwów ruchowych, objawiające się drżeniem, utratą koordynacji ruchowej, niedowładem kończyn)[131]. Zespół Wernickiego często poprzedza zespół Korsakowa i w literaturze przedmiotu można spotkać się z określeniem łączącym oba te zespoły WKS (zespół Wernickiego-Korsakowa).

W przypadku uzależnienia problem zdrowia psychicznego nie dotyczy tylko osoby przyjmującej substancje psychoaktywne, ale także osób z jej najbliższego otoczenia. Uzależnienie wprowadza niepokój w strukturę rodzinną, narusza ustalony podział ról i obowiązków, doprowadza do frustracji u członków rodziny, którzy są zmuszeni skupiać się na konsekwencjach nałogu. W literaturze przedmiotu znajdujemy określenie tzw. syndrom współuzależnienia i w tym miejscu należy zaznaczyć, że tzw. współuzależnienie nie ma jednoznacznej definicji, ani też swojej jednostki chorobowej, określonej w IDC 10. Na problem bliskich osób z uzależnieniem należy patrzeć pod kątem analizy psychospołecznego funkcjonowania tych osób, diagnozując tę dysfunkcję bardziej jako zespół nieprawidłowego przystosowania się do sytuacji problemowej. Adaptacja ta nie rozwiązuje ani problemów osoby z uzależnieniem, ani osób żyjących z tą osobą[132].

Nadużywanie substancji psychoaktywnych niesie ze sobą szerokie spektrum zagrożeń społecznych, dotykających kluczowych aspektów życia. W sferze osobistej obserwuje się rozpad rodziny i bliskich relacji, wykluczenie społeczne, marginalizację, spadek jakości życia, utratę zdrowia oraz pogłębienie ubóstwa. Rozpad więzi interpersonalnych jest procesem powolnym i często nieodwracalnym, a jego wpływ jest trudny do zmierzenia.

---

[131] I. Pospiszyl, *Ibidem*, s. 150-151

[132] J. Ryniak, L Świątek, *Rozpoznawanie współuzależnienia*, [w:] B. Bętkowska-Korpała [red.], *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Znaczenia diagnostyczne*, Wydawnictwo Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009, s. 177-178

Jednak używanie substancji psychoaktywnych często okazuje się być główną przyczyną rozpadu małżeńskich więzi. Nadmierne przyjmowanie substancji psychoaktywnych może również doprowadzić do utraty przyjaciół oraz ważnych życiowych celów. Może być też przyczyną stosowania przemocy i agresji, a także prowadzić do degradacji osobowości. W sferze zawodowej uzależnienie może przyczynić się do obniżenia kompetencji zawodowych, co często wynika z osłabionej zdolności do koncentracji, pamięci oraz efektywności pracy. Osoby z uzależnieniem są również narażone na ryzyko utraty pracy z powodu spadku produktywności lub problemów z dyscypliną i częstą absencją. Utrata pracy może z kolei prowadzić do zmniejszenia wiarygodności zawodowej i trudności w znalezieniu nowego zatrudnienia. W aspekcie społecznym, uzależnienie powoduje zwiększone obciążenia dla systemów opieki społecznej i zdrowotnej, generując dodatkowe koszty[133].

W kontekście prawnym, zażywanie narkotyków i alkoholu często wiąże się z naruszeniem prawa, problemami z policją i zwiększeniem ryzyka poważnych przestępstw. W literaturze przedmiotu (m.in, Hołyst 1993), podkreśla się związek między zażywaniem substancji psychoaktywnych a przestępczością. Wyróżnia się następujące kategorie:

1. Bezpośrednia zależność między dążeniem do zdobycia substancji psychoaktywnych a zachowaniami przestępczymi – ujawnia się zarówno w działaniach osób z uzależnieniem, jak i w działalności osób dostarczających te substancje. Osoby z uzależnieniem mogą popełniać różne przestępstwa, w celu zdobycia potrzebnych im substancji. Z drugiej strony, producenci i handlarze narkotyków wykorzystują wysoki popyt na te substancje, co prowadzi do rozwoju nielegalnego rynku. Ta dynamika rynkowa, uwarunkowana ograniczoną legalną dostępnością substancji psychoaktywnych i ich wysokim pożądaniem, prowadzi do popełniania przestępstw zarówno przez konsumentów, jak i dystrybutorów.
2. Świadome przyjmowanie substancji psychoaktywnych jako środków wzmacniających gotowość do popełnienia przestępstwa – osoba planująca czyn zabroniony może użyć narkotyków, aby zwiększyć swoją determinację lub zmniejszyć hamulce, co ułatwi jej dokonanie przestępstwa.
3. Wspomagająca rola substancji psychoaktywnej w działaniu przestępczym – działanie środków odurzających na stan psycho-fizyczny osoby, jest

[133] I. Pospiszyl, *Ibidem*, s. 152-153

czynnikiem, który może potencjalnie zwiększać prawdopodobieństwo bycia sprawcą, jak i bycia ofiarą przestępstwa[134].

Substancje psychoaktywne nie tylko są czynnikiem kryminogennym licznych przestępstw, ale również dają początek innym negatywnym zjawiskom społecznym takim, jak m.in. samobójstwa, bezdomność, ubóstwo, prostytucja, przemoc i inne[135].

„Kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3" (art. 62 ust. 1, 2 i 3 ustawy) [136]. Polskie ustawodawstwo, zwłaszcza ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku, określa główne kategorie przestępstw związanych z substancjami psychoaktywnymi. Należą do nich: nielegalne posiadanie substancji psychoaktywnych (art. 62), nakłaniane do użycia środków odurzających (art. 58), oraz udzielanie innej osobie środków psychoaktywnych w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej (art. 59)[137]. W ostatnich dwudziestu latach polska działalność przestępcza związana z substancjami psychoaktywnymi przeszła znaczącą transformację i dostosowała się do struktur przestępczych działających w innych krajach Europy Zachodniej. Stała się integralną częścią globalnego narkobiznesu z międzynarodowymi powiązaniami, co ułatwia przemyt i dystrybucję narkotyków na dużą skalę. Nowoczesne technologie, w tym Internet i nieuregulowane rynki internetowe (darknet), znacząco przyczyniają się do dynamicznego rozwoju przestępczości, co stanowi poważne wyzwanie dla jej skutecznego kontrolowania[138].

---

[134] D. Sarzała, *Prawne regulacje dotyczące zjawiska narkomanii a problem prewencji i profilaktyki*, [w:] M. Jędrzejko [red.], Narkomania spojrzenie wielowymiarowe, Wydawnictwo Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora & Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk-Warszawa 2009, s. 410-411

[135] M. Cabalski, *Przestępczość narkotykowa w Polsce*, [w:] M. Jędrzejko [red.], *Narkomania spojrzenie wielowymiarowe*, Wydawnictwo Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora & Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk-Warszawa 2009, s. 189

[136] Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005, nr 179, poz. 1485, Art. 462, pkt 1)

[137] M. Cabalski, *Ibidem*, s. 163

[138] M. Gąsiorowski, J. Kubica, *Ibidem*, s. 7-9

1.8. Metody leczenia osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych

Badania naukowe pokazują, że istnieje wiele modeli i czynników wpływających na rozwój uzależnienia, co przekłada się na różnorodność metod terapeutycznych. Wprowadzenie właściwych technik leczenia może znacząco pomóc w przywróceniu równowagi organizmu, a skuteczna pomoc dla osób z doświadczaniem uzależnienia wymaga wszechstronnych działań, zarówno medycznych, psychologicznych jak i społecznych. Takie spojrzenie pozwala na dostosowanie terapii do indywidualnych potrzeb pacjentów, co wspiera ich na każdym etapie zdrowienia, od detoksykacji do reintegracji społecznej[139]. Integracyjne podejście w leczeniu uzależnień opiera się na dowodach naukowych, interdyscyplinarnym i holistycznym podejściu oraz na współpracy specjalistów z różnych dziedzin medycznych i społecznych[140]. W Polsce leczeniem osób z uzależnieniem oraz ich bliskich zajmują się wyspecjalizowani i certyfikowani instruktorzy, terapeuci i psychoterapeuci terapii uzależnień. Zawody te są wpisana na listę zawodów medycznych[141].

Podstawową formą leczenia uzależnienia jest psychoterapia, która „polega na pomaganiu pacjentom w tym, by sami lepiej pomagali sobie w radzeniu z własnym życiem”[142]. Według John’a C. Norcross’a psychoterapia to „świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych metod psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany”[143]. Zatem psychoterapią jest proces terapeutyczny polegający na wprowadzeniu intrapsychicznych zmian, mających na celu złagodzenie lub wyeliminowanie objawów choroby. Aby to osiągnąć, konieczne jest najpierw zidentyfikowanie problemów pacjenta, a następnie świadome wdrożenie odpowiednich działań terapeutycznych[144]. W ramach działań mających na celu wewnętrzną zmianę pacjenta, terapia powinna spełniać następujące założenia:

1. Nawiązanie relacji terapeutycznej, opartej na poczuciu bezpieczeństwa, zrozumienia oraz wprowadza jasno określone zasady.

---

[139] L. Cierpiałkowska, H. Sęk, *Ibidem,* s. 403
[140] W. R. Miller, A. A. Forcehimes, A. Zweben, *Ibidem,* s. 24
[141] B. T. Woronowicz, *Ibidem,* s. 249
[142] I. D. Yalom, *Dar terapii,* Wydawnictwo Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2003, s. 3
[143] J. C. Czabała, *Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień*, [w:] B. Bukowska, C. Czabała, P. Jabłoński [red.], *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 172
[144] J. C. Czabała., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 19

2. Umożliwienie odreagowania bieżących emocji.
3. Zintegrowanie przeżyć życiowych
4. Przywrócenie zdolności do oceniania własnych doświadczeń.
5. Zmiana sposobu postrzegania siebie i otoczenia.
6. Poszukiwanie nowych metod rozwiązywania wewnętrznych i zewnętrznych konfliktów.
7. Nauka nowych umiejętności.
8. Odzyskiwanie wpływu na swoje życie i zwiększanie kontroli nad własnym zachowaniem[145].

Stosowanie metod z różnych szkół psychoterapeutycznych w terapii uzależnień pozwala spełnić powyższe założenia i umożliwia elastyczne dopasowanie interwencji terapeutycznych do potrzeb każdego pacjenta na różnych etapach terapii. Najbardziej powszechnym nurtem psychoterapeutycznym, stosowanym w leczeniu uzależnień jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT). Polega ona na rozumieniu powiązań między myślami, emocjami i zachowaniami. CBT opiera się na idei, że negatywne myśli i przekonania mogą prowadzić do dysfunkcjonalnych emocji i zachowań, które z kolei mogą utrzymywać lub pogłębiać problemy psychiczne. W procesie leczenia uzależnień CBT skupia się na identyfikacji i zmianie negatywnych wzorców myślenia i zachowań, które prowadzą do nadużywania substancji. Proces ten pomaga osobom z uzależnieniem zrozumieć mechanizmy uzależnienia oraz rozwijać strategie skutecznego radzenia sobie z trudnościami. W ramach CBT, pacjenci uczą się rozpoznawać sytuacje, w których prawdopodobieństwo nawrotu jest największe, a następnie pracują nad stworzeniem planów działania, które pozwolą unikać tych sytuacji lub radzić sobie z nimi skuteczniej. Terapia ta obejmuje także techniki zarządzania stresem i wykorzystuje treningi umiejętności społecznych, które pomagają pacjentom lepiej komunikować się i utrzymywać zdrowe relacje interpersonalne[146]. Innym nurtem psychoterapeutycznym, którego elementy wykorzystuje się w terapii z osobami z uzależnieniem jest terapia humanistyczna. Terapia ta stawia na indywidualny rozwój, odkrywanie własnych wartości oraz celów życiowych. Kluczowymi elementami są wsparcie pacjenta w procesie zrozumienia i akceptacji siebie, samorealizacji, poczucia spełnienia oraz odnalezienia głębszego sensu w życiu bez przyjmowania substancji psychoaktywnych. Z kolei terapia systemowa przyjmuje inne podejście, skupiające się na relacjach pacjenta

[145] J. C. Czabała, *Psychologiczne metody … Ibidem*, s. 180
[146] P. M. Miller [red.], *Terapia uzależnień - metody oparte na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2019, s. 178-179

z otoczeniem. Pomaga osobom z uzależnieniem w identyfikowaniu i modyfikowaniu niezdrowych wzorców zachowań w relacjach interpersonalnych. W terapii tej istotne jest uczenie pacjentów, jak budować zdrowe, pełne szacunku i zrozumienia relacje z innymi ludźmi, co jest kluczowe dla utrzymania trzeźwości i poprawy jakości życia. Terapia systemowa często wymaga zaangażowania całej rodziny pacjenta. Pracując z rodziną, terapeuci dążą do poprawy komunikacji, zrozumienia i współpracy między jej członkami. Wspólne sesje terapeutyczne mają na celu rozwiązywanie konfliktów, budowanie wsparcia oraz wspólne wypracowywanie strategii radzenia sobie z problemami. Uzależnienie jest problemem, który dotyka nie tylko jednostkę, ale i cały system rodzinny, dlatego też kompleksowe podejście obejmuje wszystkich członków rodziny[147]. W terapii uzależnień bardzo ważna jest motywacja pacjenta do dokonania zmiany. Metodą, która jest pomocna w odkryciu i wzmocnieniu własnej motywacji do zmiany jest Dialog Motywacyjny (DM). Jest to metoda opracowana przez William'a R. Miller'a i Stephen'a Rollnick'a w latach 80-tych XX w. Główne założenia DM to empatia i akceptacja, unikanie konfrontacji, wzbudzanie motywacji wewnętrznej oraz podkreślenie autonomii pacjenta. Dialog motywacyjny można stosować jako osobną metodę leczenia lub wykorzystywać jego elementy w pracy z pacjentami, którzy są w ambiwalencji wobec zmiany lub w oporze. Badania wykazały, że DM może prowadzić do zwiększenia motywacji do zmiany, poprawy współpracy w terapii oraz większej skuteczności w długoterminowym utrzymaniu trzeźwości[148].

Istnieją dwa modele leczenia uzależnień. Pierwszym z nich jest strategiczno–strukturalna psychoterapia uzależnień (Mellibruda i Sobolewska 1999), zmieniająca mechanizmy uzależnienia i opierająca się na całkowitym utrzymaniu abstynencji. Jest to proces terapeutyczny obejmujący leczenie emocji, poprawę funkcjonowania umysłu, wspieranie zdrowienia i rozwoju osobistego oraz wspomaganie zdrowia psychicznego i rozwoju duchowego[149]. Drugim wzorcem jest Model Redukcji Szkód, stworzony przez Andrew'a Tatarsky'ego. Model ten koncentruje się na zmniejszaniu negatywnych konsekwencji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zamiast dążeniu do natychmiastowej i całkowitej abstynencji. Tatarsky stworzył ten model dla pacjentów, którzy nie mogą lub nie są zdolni do natychmiastowego zaprzestania używania substancji. Terapia ta polega na ustaleniu realistycznych celów, którymi są zmniejszenie użycia substancji oraz poprawienie zdrowia i innych sfer życia pacjenta. W procesie terapeutycznym kładzie się

---

[147] B. T. Woronowicz, *Ibidem*, s. 175-176
[148] P. M. Miller [red.], *Ibidem*, s. 182-183
[149] J. K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *Ibidem*, s. 708-709

nacisk na zrozumienie przyczyn, dla których osoba z uzależnieniem sięga po substancje psychoaktywne, oraz na rozwijaniu strategii, które pomogą w zmniejszeniu szkód związanych z ich używaniem[150].

Wsparcie psychologiczne i społeczne dla osób z uzależnieniem obejmuje szeroki zakres pomocy. W ramach metod terapeutycznych oferowane jest leczenie poprzez psychoterapię indywidualną, społeczność terapeutyczną, model 12 kroków oraz terapię farmakologiczną (detoksykacja, terapia substytucyjna). Pomoc społeczna opiera się na zarządzaniu przypadkiem – *case management* (indywidualne wsparcie pomagające pacjentom poruszać się w systemie opieki zdrowotnej i społecznej, oferując dostęp do niezbędnych zasobów i usług) oraz na grupach samopomocowych (AA, NA, GA, Kluby Abstynenta i inne). Specjalistyczne placówki zajmujące się leczeniem uzależnień oferują leczenie dla osób z uzależnieniem i dla ich bliskich. W poradniach ambulatoryjnych i punktach konsultacyjnych pacjenci mogą korzystać z psychoterapii indywidualnej oraz grupowej. Dodatkowo, dostępne są usługi poradnictwa, grup psychoedukacyjnych, diagnostyki, konsultacji psychiatrycznych i pomocy społecznej. Ośrodki stacjonarne, które funkcjonują jako zamknięte placówki leczniczo-terapeutyczno-resocjalizacyjno-rehabilitacyjne, oferują długoterminowe programy leczenia trwające od 6 do 12 miesięcy, z opcją przedłużenia tego okresu. Każdy z tych ośrodków ma swój unikalny program terapeutyczny, dostosowany do potrzeb pacjentów. Placówki te są najczęściej prowadzone przez stowarzyszenia i oferują leczenie w ramach bezpłatnych świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) lub prywatnie. Stacjonarne ośrodki terapeutyczne realizują zarówno psychoterapię indywidualną, jak i grupową w ramach społeczności terapeutycznej. Po zakończeniu leczenia w placówce stacjonarnej pacjenci mają możliwość skorzystania z oferty hosteli readaptacyjnych. Do najpopularniejszych ośrodków w Polsce zaliczają się placówki prowadzone przez Stowarzyszenie MONAR, Katolicki Ruch Antynarkotykowy (KARAN) oraz Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii (TZN)[151]. „Ośrodki rehabilitacyjne oferują w swoich programach następujące formy oddziaływań terapeutycznych:

- terapia pracą i terapia zajęciowa,
- trening w rolach społecznych (funkcjach w społeczności),

[150] A. Tatarsky, *Redukcja szkód w psychoterapii*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2020; s. 21-22
[151] G. Wodowski, *Ibidem*, s. 6-9

- grupowe zajęcia tzw. alternatywne (zmierzające do wykreowania konstruktywnych form spędzania wolnego czasu, np. integracyjne, sportowe i kulturalno-oświatowe),
- zajęcia własne pacjentów (np. praca nad życiorysem, realizacja indywidualnego programu terapeutycznego, prowadzenie dzienniczka uczuć),
- zajęcia indywidualne z terapeutą (np. wywiad diagnostyczny, rozmowy motywujące, sytuacyjne i interwencyjne, zajęcia dotyczące realizacji indywidualnego programu terapeutycznego na temat specyficznych problemów pacjentów związanych np. z zakażeniem HIV lub orientacją seksualną, elementy psychoterapii indywidualnej),
- grupowe zajęcia edukacyjne (np. ćwiczenia, warsztaty, wykłady na temat podstawowych zagadnień dotyczących uzależnień i ich terapii, dotyczące duchowości, z zakresu psycho i socjoedukacji, a także poświęcone problematyce chorób współwystępujących z uzależnieniami),
- grupowe zajęcia terapeutyczne (np. zebrania społeczności przyjęciowe, planowe i interwencyjne, spotkania poranne i wieczorne oraz zajęcia poświęcone indywidualnym problemom pacjentów, omówieniu indywidualnych programów terapii)" [152].

W latach 70-tych XX wieku Polska zmagała się z problemem uzależnienia od opiatów. Wśród zbuntowanej młodzieży tamtych lat bardzo modne stało się przyjmowanie tzw. „polskiej heroiny", czyli „kompotu", substancji wytwarzanej z maku. W tym okresie był problem z właściwym leczeniem osób z uzależnieniem, nie wspominając o profilaktyce w tym zakresie, która praktycznie nie istniała. Szacuje się, że ok. 40 tyś. osób było uzależnionych od „kompotu". Pierwszy ośrodek został założony w Głoskowie w 1978 roku przez Marka Kotańskiego. Nosił nazwę MONAR i realizował program leczenia oparty na założeniach wspólnoty terapeutycznej. W 1986 roku, po pierwszych informacjach o pojawieniu się choroby AIDS w Polsce, MONAR, jako pierwsza placówka w naszym kraju, rozpoczął leczenie osób zarażonych wirusem HIV. W latach 90-tych, po przemianach ustrojowych wzrosła liczba różnych dysfunkcji społecznych, w tym zorganizowana przestępczość, produkcja i przemyt narkotyków, alkoholizm, bezdomność i inne. W 1993 roku powstaje kolejna ważna inicjatywa MONARU, czyli Ruch Wychodzenia z Bezdomności

[152] J. Strzelecki, *Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień cz. II* „Serwis Informacyjny uzależnienia" nr 2 (82) 2018, s. 28

MARKOT, prowadzący działalność pomocową dla osób w kryzysie bezdomności. W 2002 roku Centralny Zarząd Służb Więziennych i Sądu Penitencjarnego nawiązał współpracę z MONAREM, polegającą na terapii uzależnień w Zakładach Karnych oraz kontynuacji leczenia i pomocy postpenitencjarnej. Obecnie działania MONARU prowadzone są w następujących obszarach:

1. Leczenie, rehabilitacja i resocjalizacja osób z uzależnieniem w ośrodkach i poradniach ambulatoryjnych.
2. Pomoc osobom w kryzysie bezdomności i wykluczenia społecznego MARKOT – schroniska, noclegownie, domy dla uzależnionych od alkoholu, interwencje na rzecz samotnych matek i ofiar przemocy.
3. Profilaktyka – praca z placówkami oświatowymi i innymi.
4. Redukcja szkód – działalność skierowana do osób będących w czynnym uzależnieniu (pokoje bezpiecznej iniekcji, program wymiany igieł i strzykawek) oraz do okazjonalnych użytkowników (aktywność streetworkingowa, uświadamiająca zagrożenia wynikające z używania substancji psychoaktywnych)[153].

Na zakończenie tego rozdziału warto jeszcze wspomnieć o metodzie społeczności terapeutycznej. Według George De Leon'a „w społeczności terapeutycznej proces wychodzenia z uzależnienia jest postrzegany jako wszechstronna zmiana stylu życia i tożsamości, zachodząca w kontekście społecznego uczenia się, które jest tworzone przez społeczność" [154]. Metoda ta rozwijała się niezależnie od dominujących nurtów psychologii, medycyny i psychiatrii, mając swoje korzenie w ruchach samopomocowych. Każda społeczność terapeutyczna jest unikalna i nie ma jednego uniwersalnego programu dla wszystkich grup. Podstawowe elementy, które kształtują współczesne społeczności terapeutyczne, takie jak pojęcia, model programu i główne praktyki, zostały po raz pierwszy opracowane w Synanon w Kalifornii w 1958 roku[155].

[153] Strona internetowa: Historia (monar.org) [dostęp w dniu 04.05.2024]
[154] G. De Leon, *Społeczność terapeutyczna*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2020, s. 55
[155] *Ibidem,* s. 37-38

ROZDZIAŁ 2. DZIAŁANIA TWÓRCZE W KONTEKŚCIE LECZENIA UZALEŻNIEŃ

2.1. Zagadnienia twórczości i działań twórczych w resocjalizacji w ujęciu teoretycznym

W literaturze dotyczącej pracy z osobami uzależnionymi można znaleźć wiele opisów różnorodnych metod terapeutycznych. Ten rozdział poświęcony jest przede wszystkim niektórym aspektom twórczej i kreatywnej resocjalizacji oraz terapii przez sztukę, podkreślając znaczenie teatroterapii. Rozważane są tutaj konkretne działania, które wspierają proces terapeutyczny poprzez zaangażowanie w sztukę i jej twórcze formy. W szczególności, skupiono się na roli teatru jako narzędzia terapeutycznego, które pomaga w procesie odzyskiwania równowagi emocjonalnej i społecznej u osób zmagających się z uzależnieniami.

Zanim przejdziemy do omawiania działań artystycznych, warto zastanowić się, czym właściwie jest twórczość. Istnieje wiele różnych definicji i podejść do tego zagadnienia. Józef Kozielecki wskazuje, że dzięki wrodzonym zdolnościom swojego umysłu, człowiek potrafi tworzyć abstrakcyjne i innowacyjne kompozycje, konstrukty czy też dzieła. Takie działania twórcze autor określa jako „medium reproduktywno-generatywne". Umysł ludzki ma zdolność nie tylko do przyjmowania zewnętrznych informacji, ale także do kreatywnego tworzenia nowych idei i struktur. Jak podkreśla Kozielecki, oprócz osobistej motywacji i umiejętności, decydującymi czynnikami dla rozwoju twórczości są także potrzebne odpowiednie warunki fizyczne i społeczne, określające przestrzeń do działania[156]. Współczesne badania, zapoczątkowane przez m.in. Abrahama Maslowa i Carla Rogersa, znacząco rozszerzyły naszą wiedzę w tej dziedzinie. Psychologia humanistyczna wprowadziła model spełnienia, który postrzega twórczość jako sposób na zaspokojenie potrzeby samorealizacji. Głównym pragnieniem człowieka jest dążenie do pełnego rozwoju, a twórczość i ekspresja są kluczowymi sposobami osiągnięcia tego celu. Twórcze i innowacyjne działania są naturalną częścią ludzkiej natury. Wewnętrzna harmonia, zaspokojenie podstawowych potrzeb oraz możliwość swobodnego działania są istotne dla

[156] J. Kozielecki, *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 1997, s. 185

rozwijania kreatywności i wyrażania siebie. Niekorzystne warunki zewnętrzne mogą jednak utrudniać ten proces[157]. Twórczość można podzielić na następujące kategorie:

1. Twórczość ekspresyjna – charakteryzuje się spontanicznością, naturalną ekspresją emocji i myśli. Jest to forma twórczości typowa dla okresu dziecięcego, pozwalająca na swobodne wyrażanie siebie i eksplorację świata.
2. Twórczość produkcyjna – jest to twórczość, którą zajmują się profesjonaliści w różnych dziedzinach, takich jak sztuka, literatura, muzyka czy nauka. Twórcza działalność zawodowa prowadzi do powstawania oryginalnych dzieł, lecz wymaga umiejętności, wiedzy i doświadczenia, aby tworzyć prace, które są zarówno nowatorskie, jak i wartościowe.
3. Twórczość inwencyjna – polega na innowacyjnym podejściu do istniejących zasobów i narzędzi, aby stworzyć coś nowego i unikalnego. Ta forma twórczości jest często widoczna w dziedzinach takich jak inżynieria, architektura czy projektowanie, gdzie pomysłowość jest podstawowym elementem.
4. Twórczość innowacyjna – koncentruje się na udoskonalaniu i modernizowaniu istniejących idei, produktów lub metod. Inicjatywy te są analizowane i ulepszane, aby lepiej spełniały swoje funkcje. Twórczość innowacyjna jest niezbędna w przemyśle i technologii.
5. Twórczość nowatorska – jest to najbardziej zaawansowana forma twórczości, która polega na tworzeniu nowych koncepcji i podejść, które zmieniają standardy i wprowadzają nowe trendy[158].

Działania twórcze znajdują zastosowanie niemal w każdej sferze życia, od sztuki i edukacji, przez medycynę i inżynierię, aż po resocjalizację. W kontekście resocjalizacji, Czesław Czapów i Stanisław Jedlewski wprowadzili pojęcie zabiegów kulturotechnicznych, które wykorzystują różne formy sztuki, turystyki i sportu. Celem tych działań jest aktywne uczestnictwo w kulturze, mające funkcje wychowawcze i terapeutyczne. Autorzy podkreślają, że rekreacja w procesie resocjalizacji nie polega jedynie na biernym korzystaniu z kultury, lecz na czynnej roli wychowanków w kształtowaniu kulturowego otoczenia człowieka. W kontekście działań dramatycznych opisali wpływ psychodramy i tzw. "kompletnej gry",

---

[157] *Ibidem*, s. 188-189

[158] A. Pyrzyk-Kuta, *Twórczość – Teatr – Zmiana, w resocjalizacji nieletnich*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2021, s. 74

opartej na teatrze wychowawczym[159]. Metody Twórczej Resocjalizacji, opracowane przez Marka Konopczyńskiego, są jedną z wyróżniających się wśród licznych koncepcji resocjalizacyjnych. Konopczyński uważa, że Twórcza Resocjalizacja to „metodyczne poszukiwanie i rozwijanie potencjalności osób nieprzystosowanych społecznie. Jej metody mają za zadanie poszukiwanie i rozwijanie potencjałów tkwiących w tych osobach, kreowanie nowych kompetencji i umiejętności oraz stwarzanie perspektyw powstawania akceptowalnej kulturowo tożsamości indywidualnej i społecznej osób nieprzystosowanych”[160]. Metody Twórczej Resocjalizacji wykorzystują możliwości różnych form sztuki i sportu do wspierania procesu resocjalizacji, czyli reintegracji jednostki ze społeczeństwem. Dzięki angażowaniu uczestników w różnorodne działania artystyczne, takie jak malarstwo, muzyka, teatr oraz w aktywności sportowe, można skutecznie kształtować pozytywne zmiany w ich zachowaniach, postawach i wartościach[161]. Celem resocjalizacji jest wywołanie pozytywnych zmian. Tradycyjne metody resocjalizacji koncentrują się na naprawie istniejących przekonań, zachowań i postaw. Natomiast Twórcza Resocjalizacja polega na tworzeniu nowych wzorców myślenia, działania i ról społecznych[162]. Konopczyński biorąc pod uwagę praktyczne zastosowanie Twórczej Resocjalizacji, podzielił metody oddziaływania resocjalizacyjnego na:

1. Metody podstawowe:
   - Metoda Teatru Resocjalizacyjnego (MTR);
   - Metoda Resocjalizacji przez sport (MRS);
2. Metody wspomagające:
   - Drama;
   - Psychodrama;
   - Socjodrama;
   - Muzyka;
   - Plastyka:

Autor podkreśla, że tylko niektóre metody wspomagające są praktycznie realizowane w Twórczej Resocjalizacji i służą głównie do wspierania metod podstawowych[163]. Twórcza Resocjalizacja oprócz wspomagania samorozwoju i lepszego poznania siebie pomaga udoskonalać komunikację i umiejętności interpersonalne. Skupia się też na kształtowaniu nowej tożsamości jednostki w kontekście społecznym i osobistym. Aktywny udział w MTR

---

[159] C. Czapów, S. Jedlewski, *Pedagogika resocjalizacyjna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971, s. 395-398
[160] M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 130
[161] *Ibidem*, s. 160
[162] M. Konopczyński, *Twórcza resocjalizacja - zarys koncepcji metodycznej*, „Probacja” II/2012, s. 35-36
[163] *Ibidem*, s. 55

ma na celu wzmocnienie ambicji do rozwoju własnych umiejętności, przewartościowanie swojego obrazu i innych, zwiększenie efektywności zapamiętywania oraz inspirowanie twórczego myślenia[164].

Leczenie uzależnień nie ogranicza się wyłącznie do psychoterapii. Aby skutecznie pomóc pacjentowi zmienić jego podejście do siebie i otaczającego świata, a tym samym wspierać resocjalizację, sięgamy po różnorodne środki ułatwiające ten proces. Jednym z takich działań są metody Twórczej Resocjalizacji, szczególnie metoda MRS, która jest powszechnie stosowana w zamkniętych placówkach leczenia uzależnień. Działania te mają na celu nie tylko terapię, ale również naukę podstawowych umiejętności społecznych, wartości i zachowań, które są niezbędne do prawidłowej socjalizacji. Dzięki temu pacjenci z deficytami w umiejętnościach społecznych mogą lepiej przystosować się do życia w społeczeństwie[165]. Oprócz Twórczej Resocjalizacji w leczeniu osób z uzależnieniem można stosować szeroko pojętą arteterapię jako metody wspierające psychoterapię uzależnień.

W arteterapii, będącej typem psychoterapii, kluczową rolę odgrywają techniki artystyczne, proces tworzenia i rezultaty tego procesu, czyli powstałe dzieło[166]. To zestaw działań ukierunkowanych na poprawę lub utrzymanie jakości życia jednostek, realizowany poprzez bierne i aktywne uczestnictwo w sztuce. Ujmując to inaczej, arteterapia to terapia wykorzystująca sztukę[167]. W ujęciu M. Erikson'a „Twórczość artystyczna ma możliwość czynienia jednostki zdrową, dzięki niej osoba ma zdolność do poznania siebie. Materia artystyczna daje poczucie wolności, bycia sobą i dążenia do własnych celów"[168]. Sztuka działa terapeutycznie, umożliwiając wyrażenie siebie i swoich wewnętrznych przeżyć (emocji, pragnień, lęków, zdolności i marzeń). Pozwala na pokazanie innym swojego świata wewnętrznego w sposób symboliczny i bezpieczny. Dzięki niej można uzewnętrznić myśli, co pozwala na ich lepsze zrozumienie przez siebie i otoczenie. Sztuka poprawia nastrój, aktywizuje, pomaga odzyskać twórczą energię oraz zrozumieć i uporządkować emocje. Jest również skutecznym narzędziem do redukcji nadmiernego napięcia emocjonalnego i pozwala

---

[164] A. Jaworska, *Leksykon resocjalizacji*, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2012; s. 406-407
[165] G. De Leon, *Ibidem*, s. 88-89
[166] R. Bartel, *Arteterapia i rozwój osobisty. Teoretyczne i praktyczne aspekty terapii przez sztukę. Tom I Podstawy arteterapii*, Wydawnictwo Uniwersytet Artystyczny w Poznaniu, Poznań 2016, s. 14
[167] K. Wylęgły, *Rola teatru w procesie oddziaływań profilaktycznych, terapeutycznych i resocjalizacyjnych*, [w:] M. Dobijański, A. Kamieński [red.], *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, Wydawnictwo Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny "SIM", Warszawa 2018, s. 132
[168] A. Stefańska, *Teatroterapia – wokół celów i sposobów realizacji*, Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy nr 23 (2)/2017, s. 79

na bardziej złożone i pełniejsze doświadczanie siebie, innych oraz otaczającego świata[169]. Współczesna arteterapia opiera się na kilku kluczowych założeniach:

1. Każde dzieło pacjenta odzwierciedla jego unikalne postrzeganie siebie i świata.
2. Twórczość może zastępować słowa, szczególnie w sytuacjach, gdzie emocje są zbyt silne, by je wyrazić werbalnie, oferując bezpieczną przestrzeń do ich odkrywania i przeżywania.
3. Proces tworzenia ujawnia, jak pacjent radzi sobie w codziennym życiu, w obliczu problemów i w relacjach z innymi[170].

Arteterapia jest skutecznym narzędziem zarówno w pracy z dziećmi, jak i dorosłymi, znajdując zastosowanie w terapii indywidualnej oraz grupowej. Istotne jest uczestnictwo w procesie twórczym, a nie sam efekt końcowy. Podstawą arteterapii są najprostsze formy wyrażania siebie, które nie podlegają ocenie estetycznej. Tworzone dzieła pełnią rolę pozytywnego wzmocnienia, przynosząc uczestnikom natychmiastową i bezpośrednią przyjemność. Dzięki arteterapii, terapia zostaje wzbogacona o możliwość swobodnego wyrażania emocji i myśli[171]. W szerokim ujęciu arteterapia wykorzystuje różnorodne formy sztuki, takie jak rysunek, muzyka, drama, taniec oraz literatura. Narzędzia i techniki używane w arteterapii pozwalają na podział tej terapii na różne typy. Niektóre z nich opierają się na szeroko pojętej sztuce, na przykład muzykoterapia czy dramaterapia, inne zaś na sensorycznej interakcji z przyrodą, takich jak talasoterapia czy hortikuloterapia. W węższym znaczeniu arteterapia określana jest jako plastykoterapia i koncentruje się na sztukach plastycznych, takich jak grafika malarstwo, i rzeźba[172]. Na potrzeby tej pracy skoncentrujemy się na dramaterapii, znanej również jako teatroterapia. Szczegółowe omówienie arteterapii znajduje się w pracy licencjackiej[173].

---

[169] A. Pyrzyk-Kuta, *Ibidem*, s. 104

[170] M. Jańczak, *Rola arteterapii w pracy z pacjentami uzależnionymi od seksu i substancji psychoaktywnych* [w] M. Cylkowska-Nowak, J. Imielska, E. Kasperek- Golimowska [red.], *PODMIOT. Sztuka - Terapia - Edukacja. Między teorią a praktyką*, , Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny, Poznań 2011, s. 275

[171] A. Jaworska, *Wprowadzenie w problematykę arteterapii*, [w:] A. Jaworska, B. Kasprzak, ks. M. Nowak, A. Wojnarowska, M. Satanowski [red.], *Od teatru do terapii. Tom I: Między teorią a praktyką materiały z Międzynarodowej Konferencji Arteterapii Od teatru do terapii – Edukacja w służbie osób niepełnosprawnych – między teorią a praktyką, KUL, Lublin 4-5.12.2005*, Wydawnictwo Rekreacyjny Klub Nieprzetartego Szlaku, Lublin 2006, s. 10-11

[172] E. J. Konieczna, *Arteterapia w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2003, s. 15

[173] Praca licencjacka K. Piwowarczyk, *Ibidem*, s. 22-26

2.2. Pojęcie teatroterapii

Teatr to przestrzeń, gdzie wizualizujemy, jak coś wygląda, wyglądało lub mogłoby wyglądać. Skondensowana w teatrze historia w czasie, przestrzeni i działaniu daje nam pełne jej zrozumienie, a także umożliwia nowe spojrzenie. Poprzez spektakle, teatr pomaga nam lepiej zrozumieć nas samych i nasze miejsce w świecie[174]. Według Marka Konopczyńskiego teatr jest „jednym z takich miejsc, gdzie człowiek może poszukiwać wielowymiarowych samorealizacji i jednocześnie pomagać w ich odszukiwaniu innym, jest teatr. Tam można doświadczać różnych, nawet skrajnych emocji bezpiecznie dla siebie i innych. Tam można stać się zupełnie kimś innym, kimś, kim by się chciało być lub kimś znienawidzonym. W teatrze to, co niemożliwe jest bardzo trudne realnie, staje się naszym udziałem. Teatr jest miejscem magicznym w całym tego słowa znaczeniu"[175]. Teatr jest jedną z najstarszych form artystycznych, głęboko zakorzenioną w historii i kulturze ludzkiej. Łączy w sobie różne dziedziny twórczości, takie jak muzyka, taniec, literatura i plastyka. W teatrze kluczowe jest spotkanie aktora z widzem. Od najdawniejszych czasów teatr pełnił ważną rolę w społeczeństwie, wzruszając, pobudzając do myślenia i dostarczając rozrywki. Funkcje teatru obejmowały nie tylko rozrywkę, ale również *katharsis*, czyli oczyszczenie emocjonalne oraz działanie terapeutyczne[176].

Teatroterapia często jest utożsamiana z terminami dramaterapia lub dramatoterapia, lecz nie są to te same określenia dla terapii poprzez teatr. W literaturze polskojęzycznej głównie operuje się określeniem teatroterapia, natomiast w literaturze angielskojęzycznej terminem dramaterapia, gdzie teatroterapia stanowi część dramaterapii. Małgorzata Wojcieszuk zauważa, że „dopiero od niedawna teatr jako rodzaj terapii przez sztukę jest definiowany terminem teatroterapia. Termin ten jest bardzo szeroki. W ogólnym znaczeniu teatroterapia to terapia poprzez teatr"[177]. Z kolei inne stanowisko ma Lech Śliwonik, który proponuje wprowadzenie nazwy „teatr dla życia" dla teatroterapii, gdyż uznaje, że „teatr dla życia to wykorzystanie teatralnych metod pracy oraz możliwości tkwiących w produkcie teatralnym (spektaklu) dla osiągnięcia założonych celów w dziedzinach nieartystycznych,

---

[174] S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, B. Meldrum, *The-Handbook-of-Dramatherapy*, Wydawnictwo e-Library Taylor & Francis, 2005, s. 1
[175] M. Konopczyński, *Metody ... Ibidem*; s. 203
[176] M. Wojcieszuk, *Geneza i aktualna sytuacja teatroterapii w Polsce – zagadnienia wstępne*, [w:] A. Jaworska, B. Kasprzak, ks. M. Nowak, A. Wojnarowska, M. Satanowski [red.], *Od teatru do terapii. Tom I: Między teorią a praktyką materiały z Międzynarodowej Konferencji Arteterapii Od teatru do terapii – Edukacja w służbie osób niepełnosprawnych – między teorią a praktyką, KUL, Lublin 4-5.12.2005*, Wydawnictwo Rekreacyjny Klub Nieprzetartego Szlaku, Lublin 2006, s. 35
[177] M. Wojcieszuk, *Ibidem*, s. 39

a społecznie istotnych: edukacji, resocjalizacji, rehabilitacji, psychoterapii. Drugoplanowość zadań artystycznych nie wyklucza uzyskania poziomu wysokiej sztuki, ale nie stanowi celu głównego”[178]. Podobnie, dramaterapię trudno zdefiniować jednoznacznie, gdyż istnieją różne stanowiska i próby jej naukowego usystematyzowania. Jest to stosunkowo nowa i cały czas prężnie rozwijająca się dziedzina, łącząca terapię ze sztuką sceniczną[179]. Według Anity Stefańskiej „Od początku istniały dwa główne stanowiska odnośnie do dramaterapii: jedni uważają, że jest ona formą sztuki, choć z potencjałem terapeutycznym, drudzy zaś twierdzą, że dramaterapia, tak jak inne twórcze terapie poprzez sztukę, jest zastosowaniem twórczego środka do psychoterapii”[180]. Na podstawie definicji Brytyjskiego Stowarzyszenia Dramaterapeutów (*The British Association of Dramatherapists* – BADth) z 2013 roku dramaterapia „jest celowym wykorzystaniem leczniczych aspektów dramy i teatru jako procesu terapeutycznego. Jest to metoda pracy i gry, która wykorzystuje działanie (*action methods*) ułatwiające kreatywność, uwalniające wyobraźnię, uczenie się, wgląd i wzrost”[181]. Jednakże Północnoamerykańskie Stowarzyszenie Dramaterapii (*North American Drama Therapy Association* – NADTA) w 2014 roku określiło dramaterapię „aktywnym, eksperymentalnym podejściem ułatwiającym zmianę. Poprzez opowiadanie historii, grę projekcyjną, celową improwizację, performance, uczestnicy są zaproszeni do wypróbowania pożądanych zachowań, praktykowania bycia w relacjach, rozwijania i wykrywania różnorodności ról życiowych i dokonania zmian, jakie chcą, żeby zaistniały i zostały zaobserwowane w świecie”[182]. Ze względu na brak konsensusu co do terminologii, na potrzeby niniejszej pracy termin „dramaterapia” został użyty do określenia działań obejmujących terapię, dramę i teatr (szersze ujęcie), natomiast „teatroterapia” odnosi się do interwencji terapeutyczno-teatralnych jako odłamu dramaterapii.

Przyjmuje się, że prekursorem, którzy w latach 30. XX wieku zaczął postrzegać teatr w inny sposób, niż tylko jako miejsce przeznaczone do kontaktu ze sztuką i rozrywką, był Jacob Levy Moreno. Widział on w teatrze potencjał do uzdrawiania i wspierania osobistego rozwoju, wierząc, że odgrywanie ról i scen może pomóc ludziom w lepszym zrozumieniu siebie i swoich relacji z innymi. Poprzez wprowadzenie improwizacji w grze aktorskiej,

---

[178] L. Śliwonik, *Teatr dla życia. Kilka wyjaśnień, refleksji, propozycji*. [w:] M. Kostusiak, *Terapeutyczno-artystyczne walory teatru*, [w:] W. Sikorski, A. Sikorska. [red.], *Od teatru pedagogicznego do teatru terapeutycznego*, Wydawnictwo Difin S.A., Warszawa 2014, s 111;
[179] A. Stefańska, *Teatroterapia we wspomaganiu aktywności komunikacyjnej dorosłych osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2018, s. 34
[180] A. Stefańska, *Teatroterapia we … Ibidem*, s. 32
[181] Strona internetowa: The British Association of Dramatherapists badth.org.uk [dostęp 15.06.2024]
[182] Strona internetowa: North American Drama Therapy Association nadta.org [dostęp 15.06.2024]

Moreno został uznany za „ojca” dramaterapii[183]. W latach 60. XX wieku Jerzy Grotowski odkrywał autentyczność i prawdę w aktorstwie, uważając je za "paradygmat ludzkości". Tworzył teatr, jako „laboratorium do eksplorowania ludzkiego doświadczenia”, który był surowy i pełen ekstremalnej emocjonalności. Grotowski wierzył, że teatr może być narzędziem do wewnętrznego rozwoju, samopoznania i autoterapii, zarówno dla aktora, jak i widza[184]. Lata 70. XX wieku to okres rozwoju i oficjalnego uznania dramterapii, czyli połączenia dramy teatralnej z terapią. Przyjmuje się, że wpływ wcześniej stosowanej tradycyjnej dramy w edukacji w Wielkiej Brytanii stał się podstawą do przeniesienia tych praktyk na grunt kliniczny. Trudno jest wskazać konkretnych teoretyków i badaczy, którzy przyczynili się do powstania dramaterapii, ponieważ nurt ten równocześnie rozwijał się w różnych miejscach na świecie, głównie w Wielkiej Brytanii i w Stanach Zjednoczonych. Od 1977 roku zaczęto kształcić studentów na kierunku dramaterapii i uzyskanie tego zawodu wymaga certyfikacji[185].

Ponieważ nie ma jednego głównego założyciela ustalającego jasne zasady metodologiczne, dramaterapia korzysta z integracji różnych dziedzin nauki (m.in. psychologii, psychiatrii, edukacji, socjologii, teatrologii, antropologii i innych), oraz z doświadczeń praktycznych klinicystów. Kreatywność, zmiana, spontaniczność oraz swoboda w eksperymentowaniu są zasadniczymi walorami dramaterapii, co sprawia, że trudno jest ją ująć w sztywne ramy[186]. Według założeń praca dramaterapeutyczna powinna opierać się na psychoterapii, terapii sztuką i teatrze. Istnieje wiele stanowisk dotyczących podziału konkretnych kierunków i przypisania ich do dramaterapii. Penny Lewis i David Read Johnson, badając w 2000 roku działalność dramaterapeutyczną w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych, ustalili szesnaście kierunków dramaterapii. Wśród niech były m.in. psychodrama, socjodrama oraz metody interaktywnego teatru. W wyniku tych badań określono zastosowanie dramaterapii w psychoedukacji oraz w praktyce klinicznej. Lewis proponuje podział kierunków dramaterapii na: dramaterapię kliniczną (*Clinical Drama Therapy*), dramaterapię zorientowaną psychoedukacyjnie (*Psychoeducationaly Oriented Drama Therapy*) oraz zorientowaną społecznie (*Societal/Systems Oriented*)[187]. Dramaterapia próbuje rozwinąć się jako niezależna dziedzina naukowa i jest bardzo dużo modeli pracy

---

[183] A. Bielańska, *Teatr, który leczy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 16-17
[184] B. Meldrum, *Historical background and overview of dramatherapy*, [w:] S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, B. Meldrum, *The-Handbook-of-Dramatherapy*, Wydawnictwo e-Library Taylor & Francis, 2005, s. 13
[185] M. Nowakowska, *Dramaterapia i gra*, Czasopismo Psychologiczne, Tom 12, Nr 1 2006, s.7–8
[186] S. Pendzik, *Six keys for assessment in drama therapy*, The Arts in Psychotherapy Volume 30, Number 2 (2003), s. 91
[187] M. Nowakowska, *Ibidem*, s.8

z pacjentem/klientem. Susana Pendzik postuluje terapeutom stosującym dramaterapię kliniczną przyjęcie „modelu sześciu kluczy" do oceny przebiegu procesu terapii dramą:

1. Wejście i wyjście z dramatycznej rzeczywistości – rolą terapeuty dramy jest umożliwienie płynnego przejścia między codzienną rzeczywistością a dramatyczną i z powrotem.
2. Jakość dramatycznej rzeczywistości – terapeuta musi umieć kształtować dramatyczną rzeczywistość w taki sposób, aby była ona satysfakcjonująca i skutecznie wspierała interwencje terapeutyczne. Ważne jest, aby wiedział, jak tę rzeczywistość podtrzymywać, wzmacniać i udoskonalać, by mogła pełnić swoją funkcję w terapii.
3. Role i postacie – rozróżnienie na role i postacie umożliwia elastyczne interwencje terapeutyczne i zrozumienie różnych aspektów osobowości. Rola odnosi się do funkcji, takiej jak król czy wojownik, a postać to konkretne wcielenie tej roli, na przykład Makbet jako król.
4. Fabuła, motywy i konflikty – fabuła to plan wydarzeń w dramatycznej rzeczywistości, motywy odzwierciedlają wewnętrzne procesy, z którymi mierzy się osoba/grupa (np. relacje, agresja). Konflikty to konkretne wyzwania lub napięcia wynikające z tych motywów. Rolą terapeuty jest identyfikacja motywów i konfliktów oraz pomaganie uczestnikom w zrozumieniu i rozwiązywaniu ich wewnętrznych napięć.
5. Reakcja publiczności na dramatyczną rzeczywistość – po zakończeniu dramy uczestnicy stają się publicznością, komentując i świadomie przeżywając przedstawioną rzeczywistość. Reakcje mogą być różnorodne, a terapeuta obserwuje te reakcje, które mogą ujawniać poziom samooceny uczestników i skuteczność terapii.
6. Ukryty sens lub meta-rzeczywistość – to równoległy proces, czyli elementy obecne, ale niewyrażone w dramatycznej ani zwykłej rzeczywistości. Meta-rzeczywistość zawiera niewypowiedziane uczucia, przeniesienia i kontrprzeniesienia. Terapeuta powinien zidentyfikować ten element i włączyć go do procesu terapeutycznego[188].

Dramaterapia to forma terapii, która wykorzystuje elementy teatru i dramy w celu wsparcia zdrowia psychicznego i emocjonalnego uczestników. Dramaterapeuci koncentrują

[188] S. Pendzik, *Ibidem*, s. 94-96

się na procesie terapeutycznym, a nie na artystycznej wartości przedstawienia. Proces terapeutyczny w dramaterapii skupia się na wykorzystywaniu dramy do eksploracji osobistych problemów i wyzwań, bez konieczności tworzenia przedstawienia. Dramaterapia obejmuje szereg technik i procesów, takich jak improwizacje, odgrywanie ról, gry teatralne oraz opowiadanie historii. Te działania pomagają uczestnikom w odkrywaniu i wyrażaniu swoich emocji, zrozumieniu siebie i swoich relacji z innymi oraz rozwoju osobistym. W dramaterapii rytuały i metafora teatralna odgrywają ważną rolę, pomagając w budowaniu dystansu i poczucia bezpieczeństwa, co umożliwia głębokie i znaczące doświadczenia na wielu poziomach, takich jak zmysłowe, emocjonalne i poznawcze[189].

Najbardziej prestiżowymi instytucjami, które skupiają certyfikowanych dramaterapeutów, są *British Association of Dramatherapists* (BADth), Europejska Federacja Dramaterapii (EFD) oraz *North American Drama Therapy Association* (NADTA). W Polsce dramaterapia dopiero się rozwija i nie ma jeszcze osobnego zawodu dramaterapeuty. Obecnie zajęcia z dramaterapii są częścią programów studiów z arteterapii na kilku uczelniach lub są prowadzone w formie warsztatów[190].

D. Krzywoń w swoim cytacie określa teatroterapię jako „narzędzie do wewnętrznego wzrostu i wzbogacania osobowości. Ten rodzaj terapii ma oczyszczający wpływ na psychikę człowieka, gdyż dzięki nieskrępowanemu wyrażaniu swoich uczuć i emocji sprzyja odreagowaniu stłumionych uczuć i napięć”[191]. Teatroterapia stanowi jedno z narzędzi wspomagających w terapii oraz psychoterapii, działając jako metoda uzupełniająca tradycyjne podejścia terapeutyczne. Dzięki swojej elastyczności i różnorodności technik, teatroterapia może być dostosowana do indywidualnych potrzeb uczestników, wspierając ich rozwój emocjonalny, społeczny i osobisty. Terapia teatralna jest szeroko stosowana w różnych środowiskach, od placówek edukacyjnych, przez ośrodki terapeutyczne i psychologiczne, aż po instytucje socjalne i resocjalizacyjne. W placówkach edukacyjnych teatroterapia pomaga w rozwijaniu kreatywności, wyrażaniu emocji oraz budowaniu pewności siebie wśród uczniów. W kontekście praktyki pedagogicznej i psychologicznej, teatroterapia służy jako narzędzie do pracy z dziećmi i młodzieżą z trudnościami emocjonalnymi i behawioralnymi, oferując im bezpieczną przestrzeń do eksplorowania swoich uczuć i doświadczeń. W terapii socjalnej i resocjalizacyjnej, teatroterapia jest używana do pracy z osobami wykluczonymi społecznie, pomagając im w reintegracji z otoczeniem, rozwijaniu umiejętności

---

[189] A. Stefańska, *Teatroterapia we … Ibidem*, s. 35-36
[190] Strona internetowa: Polska szkoła dramaterapii (polska-szkola-dramaterapii.weebly.com) [dostęp 16.06.2024]
[191] E. J. Konieczna, *Arteterapia … Ibidem*, s. 68

interpersonalnych oraz budowaniu zdrowych relacji[192]. Teatroterapia może być stosowana u osób w każdym wieku, zarówno u dzieci, młodzieży, dorosłych, jak i osób starszych. Jest to szczególnie efektywne narzędzie w pracy z osobami z różnego rodzaju deficytami, takimi jak niepełnosprawność umysłowa czy ruchowa. Praktyczne zastosowanie teatroterapii w różnych dziedzinach podkreśla jej wszechstronność i skuteczność jako narzędzia terapeutycznego[193].

Teatr i teatroterapia mają wiele cech wspólnych, które sprawiają, że oba te podejścia są efektywne w pobudzaniu zmysłów i emocji uczestników. Wspólnym elementem jest *katharsis*, czyli oczyszczenie poprzez okazanie wewnętrznych emocji. Zarówno w teatrze, jak i w teatroterapii, uczestnicy mają możliwość wyrażania swoich emocji, takich jak śmiech, płacz, gniew czy radość, co prowadzi do wewnętrznego oczyszczenia i ulgi[194]. Ważnym aspektem jest także wybór formy scenicznej. W teatrze i teatroterapii można spotkać się z różnymi formami, takimi jak teatr lalkowy, pantomima, teatr żywego aktora, dramatyczny, muzyczny czy teatr ruchu. W obu dziedzinach wykorzystuje się różnorodne środki wyrazu artystycznego, takie jak słowo w wygłaszanym tekście, obraz poprzez scenografię, dźwięk dający oprawę muzyczną oraz ruch jako choreografię[195]. Istotne jest również tworzenie specyficznej atmosfery, która sprzyja wspólnej pracy, nauce wyrażania emocji i uczuć oraz rozwijaniu odpowiedzialności za siebie i innych. Teatroterapia, podobnie jak teatr, promuje proces socjalizacji, ucząc uczestników współpracy, empatii i wzajemnego wsparcia[196].

Teatroterapia, często określana jako teatr społeczny (*social theater*), to forma terapii wykorzystująca techniki i środki teatralne w procesie terapeutycznym. Skupia się ona na przygotowywaniu i publicznym wykonywaniu spektakli. Teatroterapia rozwija się w kierunku teatralnym, kładąc nacisk na artystyczne aspekty działań terapeutycznych, w których zarówno pacjent/klient, jak i terapeuta pełnią role aktora i reżysera. W teatroterapii istotne jest tworzenie specyficznej dramatycznej rzeczywistości, gdzie przygotowywanie przedstawienia oraz jego wykonanie mają znaczenie terapeutyczne. Ten proces przekształca tradycyjne wyobrażenia o teatrze i terapii, oferując uczestnikom możliwość przeżywania historii w kontekście „tu i teraz". Teatroterapia nie koncentruje się na rozwiązywaniu osobistych problemów bezpośrednio, ale raczej na odkrywaniu i wyrażaniu emocji poprzez dramatyczne

---

[192] E. J. Konieczna, *Zastosowanie teatroterapii w praktyce pedagogicznej*, [w:] W. Sikorski, A. Sikorska [red.], *Od teatru pedagogicznego do teatru terapeutycznego*, Wydawnictwo Difin S.A., Warszawa 2014, s. 61-62
[193] A. Badora, *Dydaktyczne aspekty teatroterapii* „Roczniki Pedagogiczne" 2015/7(43)/2, s.129
[194] M. Wojcieszuk, *Ibidem*, s. 35
[195] A. Jaworska, *Wprowadzenie … Ibidem*, s. 14
[196] M. Nowak, *Pedagogiczne implikacje teatroterapii*, [w:] A. Jaworska, B. Kasprzak, ks. M. Nowak, A. Wojnarowska, M. Satanowski [red.], *Od teatru do terapii. Tom I: Między teorią a praktyką materiały z Międzynarodowej Konferencji Arteterapii Od teatru do terapii – Edukacja w służbie osób niepełnosprawnych – między teorią a praktyką, KUL, Lublin 4-5.12.2005*, Wydawnictwo Rekreacyjny Klub Nieprzetartego Szlaku, Lublin 2006, s. 27

działania. Podobnie jak dramaterapia, teatroterapia wykorzystuje te same techniki, rytuały i metafory, ale działania te wspierają tworzenie tożsamości indywidualnej i społecznej uczestników, integrując elementy artystyczne z terapeutycznymi. Praca nad rolą teatralną w teatroterapii jest znacząca, gdyż odzwierciedla jej podejście skoncentrowane na tworzeniu przedstawień, które wprowadzają teatralne elementy do procesu terapeutycznego. W teatroterapii przygotowanie spektaklu obejmuje kompleksowe działania, od aranżacji przestrzeni scenicznej, poprzez wybór tematyki, choreografii i muzyki. Ten proces prowadzi do poczucia sukcesu, zwiększenia pewności siebie, nabywania umiejętności współpracy w grupie, wspierania innych i rozwoju kreatywności[197]. „Na podstawie analizy literatury przedmiotu można określić następujące cele teatroterapii:

- Umożliwienie uczestnikom wzrastania i dojrzewania (poprzez konfrontacje z własnymi słabościami i niedoskonałościami „aktor" odnajduje możliwość pokonywania bólu i cierpienia, znajdując ukojenie, radość i satysfakcję).
- Rozwój samowiedzy i dostarczanie bodźców, koniecznych do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie (poprzez przeniesienie w świat fantazji i iluzji można odreagować trudne sytuacje).
- Kształtowanie osobowości i dojrzałości (poprzez wrażliwość na partnera scenicznego, naukę współdziałania z innymi ludźmi i równość wszystkich osób biorących udział w tworzeniu procesu twórczego)"[198].

Teatroterapia wspiera terapię osób z uzależnieniem, pomagając im w pracy nad emocjami i postawami. Dzięki niej pacjenci mogą zrozumieć, że używki były sposobem na unikanie problemów i tłumienie emocji. Zajęcia teatroterapeutyczne pomagają im odreagować stres poprzez pracę z ciałem, ruch czy taniec, dostosowując się do ich aktualnych emocji. Ćwiczenia w teatroterapii mają na celu przynoszenie pacjentom przyjemności i ulgi, ucząc ich czerpania radości w sposób trzeźwy. Ważne jest rozwijanie umiejętności koncentracji, aby pacjenci mogli świadomie przeżywać swoje działania i uczucia. Terapia jest indywidualnie dostosowywana do potrzeb każdego pacjenta, co pozwala na znalezienie skutecznych metod pracy poza zajęciami. Budowanie zaufania w grupie odbywa się poprzez zabawę i kreatywne ćwiczenia, które stopniowo wprowadzają zadania wymagające pracy nad osobistą przestrzenią. Istotne jest tworzenie bezpiecznej atmosfery, co ułatwia nawiązywanie relacji i budowanie zaufania między pacjentami a terapeutą. Praca z ciałem pomaga

---

[197] A. Stefańska, *Teatroterapia we … Ibidem*, s. 35-36
[198] Fragment zaczerpnięty z pracy licencjackiej K. Piwowarczyk, *Ibidem*, s. 28

w wyciszeniu, odblokowaniu złości i odbudowie pewności siebie. Teatroterapia wykorzystuje techniki aktorskie, wspierając cele terapeutyczne i umożliwiając pacjentom głębsze zrozumienie siebie oraz swoich emocji[199].

[199] H. Różalska, *Teatroterapia a trening* aktora [w:] R. Bartel [red.], *Sztuka w terapii, terapia w sztuce*, Wydawnictwo Uniwersytet Artystyczny w Poznaniu, Poznań 2017; s. 275-276

2.3. Dramaterapia a psychodrama

W 1977 roku nastąpiło oddzielenie psychodramy od dramaterapii, w wyniku pierwszego kursu dramaterapii dla studentów w *Hertfordshire College of Art and Design*, w Wielkiej Brytanii[200]. Dramaterapia i psychodrama często są mylone, ponieważ obie metody wykorzystują podobne techniki, takie jak spontaniczne dramatyzacje i improwizacje, które pozwalają uczestnikom na kreatywne wyrażanie emocji. Głównym celem obu podejść jest wspieranie samopoznania, ekspresja emocji i działania korygujące. Te procesy pomagają uczestnikom w osiągnięciu lepszej samointegracji, co z kolei sprzyja poprawie ich adaptacji i skuteczności w działaniach. Mimo tych podobieństw, istnieją wyraźne różnice między tymi metodami, które wynikają z ich unikalnych aspektów i specyficznych zastosowań terapeutycznych[201].

Psychodrama jest odrębną metodą psychoterapii, stosowaną przez specjalistów z odpowiednimi kwalifikacjami, takimi jak psychodramatyści, psychoterapeuci, psychologowie i psychiatrzy. Niektórzy psychodramatyści pracują tylko tą metodą, bez stosowania dodatkowych innych szkół terapeutycznych. Pochodzenie terminu "psychodrama" wywodzi się z greckich słów *psyche* i *drama*, co oznacza „działanie duszy”[202]. Psychodrama, opracowana przez Jacoba Levy'ego Moreno w latach trzydziestych XX wieku, początkowo była metodą terapii indywidualnej, znaną jako monodrama. Jednak w swoich pracach Moreno podkreślał, że: „Terapia grupowa i psychodrama wszystko zmieniły, doprowadziły do rewolucji terapeutycznej. Ten proces uzdrowienia – *katharsis* – nie odbywa się tylko w gabinecie lekarza – odbywa się w grupie, w centrum społeczności”. Z czasem metoda ta została rozszerzona na terapię grupową. Moreno wprowadził psychodramę jako narzędzie do eksploracji i rozwiązywania problemów poprzez odgrywanie ról. Obecnie psychodrama jest szeroko stosowana zarówno w leczeniu zaburzeń psychicznych, jak i w rozwoju osobistym i edukacji [203]. Celem psychodramy jest umożliwienie zgłębiania i przetwarzania wewnętrznych przeżyć i emocji w kontekście interakcji z innymi uczestnikami w kontrolowanym, teatralnym środowisku. Opiera się na rozwijaniu spontaniczności, pozwalając na odkrywanie wewnętrznych możliwości i przekraczanie własnych barier. Sesje polegają na improwizowanych scenach, w których uczestnicy odgrywają role związane z ich

---

[200] B. Meldrum, *Ibidem*, s. 14
[201] A. Stefańska, *Wokół podstawowych haseł teatroterapii - Część I. Próba ustaleń terminologicznych*, Terapia przez Sztukę 1 (02) 2010, s. 24
[202] M. Wojcieszuk, *Ibidem*, s. 35
[203] Strona internetowa: Filozofia i metoda (psychodrama.pl) [dostęp w dniu 16.06.2024]

osobistymi doświadczeniami. Protagonista jest centralną postacią sesji psychodramatycznej. Wybiera spośród grupy osoby, które wcielają się w postaci z jego życia. Mogą to być osoby rzeczywiste, jak i symboliczne reprezentacje wewnętrznych konfliktów lub emocji. Taka interakcja pozwala na dogłębne zrozumienie relacji i sytuacji wpływających na jego życie. Grupa pełni funkcję wsparcia i zwierciadła, w którym protagonista może zobaczyć różne aspekty swojej sytuacji. Reakcje grupy są zróżnicowane, od emocjonalnego zaangażowania, po przywoływanie własnych wspomnień. Podczas sesji uczestnicy doświadczają szeregu emocji i przeżyć, co może prowadzić do *katharsis* – intensywnego, emocjonalnego oczyszczenia. *Katharsis* wynika z nagromadzenia i ekspresji głęboko ukrytych emocji. To uwolnienie się od nagromadzonego stresu i traumatycznych przeżyć jest jednym z charakterystycznych aspektów psychodramy. Psychodrama integruje różne sposoby wyrazu, jak ruch, gest, mimika, dźwięk oraz słowo, co umożliwia wyrażenie i przetworzenie emocji na wielu poziomach. Terapia ta angażuje zarówno ciało, jak i umysł[204]. Psychodrama ma swoją strukturę złożoną z trzech faz: rozgrzewki, akcji i zamknięcia. Faza rozgrzewki polega na przygotowaniu uczestników do aktywnego udziału w sesji. Rozgrzewka ma na celu wprowadzenie grupy w odpowiedni stan psychofizyczny, sprzyjający spontaniczności i ekspresji emocji, poprzez uwolnienie napięć i blokad emocjonalnych. W tej fazie uczestnicy wykonują ćwiczenia, które pomagają im zrelaksować się, skoncentrować oraz zbudować poczucie bezpieczeństwa i zaufania w grupie. Faza akcji polega na retrospekcji do momentu powstania danego problemu, nad którym aktualnie pracuje protagonista. Akcja powoduje przeżywanie silnych emocji i pozwala osiągnąć wgląd w siebie i znaczące osoby z teraźniejszości lub przeszłości. Faza zakończenia pozwala na podzieleniu się członków grupy swoimi odczuciami i doświadczeniami. Ważnym elementem tej części jest identyfikacja członków grupy z protagonistą[205]. Sylwia Stankiewicz i Katarzyna Tomczak proponują stosowanie poniższych technik w pracy z psychodramą. Mogą być one używane w zależności od sytuacji:

1. Techniki rozpoczynające – wspomagające skupieniu i zapoznanie się uczestników ze sobą.
2. Techniki pobudzające aktywność – rozluźniające i rozgrzewające ćwiczenia, które zmniejszają opór uczestników przed otwartością i wyrażaniem emocji.

---

[204] A. Bielańska, *Ibidem*, s. 19-20

[205] A. Chesner, *Dramatherapy and psychodrama: similarities and differences* [w:] S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, B. Meldrum, *The-Handbook-of-Dramatherapy*, Wydawnictwo e-Library Taylor & Francis, 2005, s. 119-124

3. Techniki integrujące grupę – budujące zaufanie w grupie, oparte na wzajemnym dotyku (tu należy zwrócić uwagę na zażyłość grupy i indywidualne podejście uczestników).
4. Techniki uwalniające emocje – ćwiczenia wspomagające uwolnienie emocji, aby rozładować napięcie i doprowadzić do *katharsis*.
5. Techniki skoncentrowane na rolach grupowych – służące uświadomieniu, w jakie role użytkownicy wchodzą w grupie.
6. Techniki socjometryczne – pozwalające poznać, jakie relacje są tworzone w grupie.
7. Techniki pogłębiające wiedzę o sobie – przybliżające poznanie i zmianę schematów myślowych oraz problemów danych członków grupy.
8. Techniki treningowe – umożliwiające pogłębienie umiejętności interpersonalnych.
9. Techniki kończące – wyciszające ćwiczenia, mające na celu zakończenia procesu grupowego. Mogą pojawić się informacje zwrotne[206].

Głównym podobieństwem między dramaterapią a psychodramą jest wykorzystanie dramy jako sztuki twórczej. Drama to świat akcji, gdzie uczestnicy aktywnie odgrywają role. Kolejnym elementem wspólnym jest zaangażowanie ciała i ruchu fizycznego. Istnieje silna więź pomiędzy ciałem, zmysłami, stanami emocjonalnymi i mentalnymi. Dzięki fizycznemu zaangażowaniu uczestnicy łatwiej docierają do swojego wewnętrznego, emocjonalnego świata, co pozwala skuteczniej wcielić się w rolę dramatyczną. Innym podobieństwem jest bezpieczna, terapeutyczna przestrzeń dramatyczna, która dzięki iluzji i zabawie pozwala na swobodniejszą eksplorację i ekspresję. Kolejne podobieństwo to kontakt z podświadomością. Freud uważał, że sny umożliwiają takie doświadczenia, a podobnie nieświadomość komunikując się z nami, używając dramatycznej formy wyrazu. Historie pochodzące z pamięci, fantazji lub wyobraźni mogą być uzewnętrznione i przeżywane poprzez dramę. Rola odgrywa istotną funkcję zarówno w dramaterapii, jak i psychodramie. Moreno określił ją jako "rzeczywiste i namacalne formy, które przyjmuje jaźń. Definiujemy więc rolę jako funkcjonującą formę, którą jednostka przyjmuje w konkretnym momencie reagowania na konkretną sytuację, w której zaangażowane są inne osoby lub obiekty". Role mogą być psychosomatyczne (jak funkcjonujemy na poziomie fizycznym np. "niechlujnie ubierający

[206] S. Stankiewicz, K. Tomczak, *Psychodrama w psychoterapii*, Wydawnictwo Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012, s. 74-76

się"), społeczne (jak budujemy relacje z innymi np. "zazdrosna siostra") oraz psychodramatyczne (nasz wewnętrzny obraz siebie np. "grzeczna dziewczynka"). Według Moreno role te są dynamiczne i w pewnych momentach pomocne, a w innych mogą być dysfunkcyjne[207].

Pomiędzy dramą a psychodramą jest kilka istotnych różnic. Jak podaje J. Tatarowicz, w dramie uczestnik odgrywa siebie, a proces dramatyczny „odnosi się do tego, co się dzieje między ludźmi". Natomiast w psychodramie protagonista ujawnia siebie, a przebieg psychodramy obrazuje to, co dzieje się w jego wnętrzu. Drama ukazuje konflikty i problemy interpersonalne, podczas gdy psychodrama skupia się na aspektach intrapersonalnych. W dramie uczestnicy mają możliwość wyboru roli, mogą tworzyć sytuacje, które obserwują, przenosić zachowania innych osób lub wyrażać ich uczucia. Psychodrama koncentruje się na wyrażaniu własnych uczuć i odkrywaniu osobistego obrazu. Tatarowicz zauważa również, że w dramie „wnioski natury egzystencjalnej jawią się (…) bezboleśnie", natomiast w psychodramie istotna jest przeszłość uczestnika, która często odgrywa znaczącą rolę[208]. Anna Chesner wskazuje na różnice w pracy obu terapii grupowych, zwracając uwagę na specyficzne techniki, struktury i interakcje terapeutyczne stosowane w psychodramie, które znacząco różnią się od bardziej otwartych form dramaterapeutycznych[209].

Badania przeprowadzone w 2020 roku przez M. de Witte i zespół na podstawie analizy publikacji dotyczących arteterapii (CATs; tj. terapia artystyczna, terapia tańcem/ruchem, terapia dramą, terapia muzyczna, psychodrama i poezjoterapia/biblioterapia) miały sprawdzić, dlaczego terapie artystyczne mają pozytywne efekty oraz jakie czynniki terapeutyczne odpowiadają za te zmiany. Według autorów, terapie te integrują podstawowe zasady terapeutyczne, tworząc dynamiczny i efektywny proces terapeutyczny. W przeglądzie badań nad dramaterapią i psychodramą zidentyfikowano więcej specyficznych czynników terapeutycznych dla psychodramy niż dla dramaterapii, gdyż psychodrama jest bardziej ustrukturyzowana i ma więcej zdefiniowanych technik terapeutycznych. Ważne elementy teorii zmiany w psychodramie to spotkania, rekonstrukcja ról i *katharsis*. Spontaniczność, kreatywność, konkretyzacja, gotowość do działania i spełnienie działania to czynniki terapeutyczne, które wymagają dalszych badań. Procesy terapeutyczne w dramaterapii obejmują dramatyczną projekcję, empatię dramatyczną i dystansowanie, odgrywanie ról, interaktywną publiczność, wyrażania wewnętrznych emocji, myśli i doświadczeń poprzez

---

[207] A. Chesner, *Ibidem*, s. 114-117
[208] E. J. Konieczna, *Arteterapia … Ibidem*, s. 69-70
[209] A. Chesner, *Ibidem*, s. 118

ciało (ucieleśnienie), zabawę, związek z życiową dramą i transformację. Obie metody, psychodrama i dramaterapia, tworzą bezpieczne, wspierające środowisko, które sprzyja wyrażaniu emocji, samoświadomości i nauce interpersonalnej. Dzięki aktywnym, ucieleśnionym i refleksyjnym praktykom, terapie te umożliwiają głębokie osobiste wglądy, prowadząc do znaczących zmian emocjonalnych i psychologicznych[210].

W ostatnich latach można zauważyć, że praktycy psychodramy coraz bardziej otwierają się na dramaterapię. To zbliżenie wynika w dużej mierze z ponownego zainteresowania wczesnymi pracami Moreno. Wyraźny rozdział, który istniał, gdy dramaterapia formułowała swoją tożsamość niezależnie od psychodramy, zaczyna stopniowo zanikać[211].

[210] M. de Witte [red.], *From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review*, Frontiers in Psychology Volume 12/2021, s. 15
[211] M. Nowakowska, *Ibidem*, s.8

2.4. Strategie terapeutyczne wykorzystywane w praktyce teatroterapii

Jak wcześniej zaznaczono, istnieje znaczna rozbieżność w określeniu, które techniki są stricte dramaterapeutyczne, a które teatroterapeutyczne. Poniżej przedstawiono najczęściej stosowane techniki dramo-teatralno-terapeutyczne, które znajdują praktyczne zastosowanie w Polsce.

Edyta Nieduziak wyróżnia pięć podstawowych metod terapeutycznego wykorzystania teatru, z których każda ma swoje unikalne cele. Umożliwienie uczestnikowi analizy i przepracowania osobistych konfliktów oraz kompleksów zapewnia psychodrama wg Moreno. Specyficzne zastosowania w terapii grupowej, dające rozwiązywanie problemów interpersonalnych i emocjonalnych umożliwiają techniki dramaterapii i socjodramy. Wyzwolenie kreatywności i spontaniczności u uczestników osiągane jest poprzez zabawę w teatr. Natomiast warsztat teatralny koncentruje się na rozwijaniu umiejętności ekspresyjnych i komunikacyjnych, przy czym najważniejszy jest tu sam proces twórczy[212].

W ujęciu Eweliny J. Koniecznej w skład oddziaływań teatralnych w połączeniu z terapią wchodzą następujące strategie:

- Drama;
- Psychodrama;
- Pantomima terapeutyczna,
- Terapia poprzez sztuki teatralne,
- Teatr profilaktyczny[213].

Słowo *drama* odnosi się do różnych form wyrazu artystycznego, które wykorzystują akcję i interakcję postaci w celu opowiedzenia historii lub eksploracji tematów emocjonalnych i społecznych. Wywodzi się z greckiego terminu *drao*, oznaczającego "działam" lub "usiłuję", co podkreśla aktywną naturę tej formy sztuki. W kontekście angielskim *drama* obejmuje zarówno sztuki teatralne, dramaty literackie, jak i szersze pojęcie teatru jako twórczej działalności[214]. Według Krystyny Pankowskiej „drama polega na stwarzaniu sytuacji, zarysowaniu problemów i próbie rozwiązywania ich przez aktywne wchodzenie w role. Podstawowym wymogiem jest autentyczne „bycie w sytuacji" i zaangażowanie. Drama jest przede wszystkim formą pracy"[215]. Tak jak w technikach

[212] A. Stefańska, Teatroterapia we … Ibidem, s. 32
[213] E. J. Konieczna, *Zastosowanie … Ibidem*, s. 61
[214] K. Pankowska, *Edukacja przez dramę*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997, s. 28
[215] K. Pankowska, *Ibidem*, s. 30

teatralnych przede wszystkim tworzy się role, tak w dramie się je odtwarza. Może to być odtworzona rola samego siebie, innej osoby lub zaobserwowanej sytuacji. Ta swoboda w wyborze ról uczy uczestników podejmowania decyzji i rozwija ich umiejętności adaptacyjne. Poprzez odkrywanie prawdy wynikającej z improwizowanych scen, uczestnicy mogą zmienić swoje podejście do rzeczywistych sytuacji, co może wpłynąć na zmianę ich i postaw. Drama koncentruje się na problemach interpersonalnych, co pomaga lepiej zrozumieć relacje międzyludzkie i skuteczniej na nie reagować[216]. Drama przedstawia sytuacje, w których postaci angażują się w realizację swoich celów. Fabuła dramy jest często przerywana i poddawana różnym analizom i interpretacjom. To, co dzieje się pomiędzy poszczególnymi fragmentami fabuły, nazywane "stop klatką", ma istotne znaczenie. Te przerywniki pozwalają na głębszą analizę i refleksję nad wydarzeniami, tworząc dwie odrębne płaszczyzny: narracyjną, która opowiada historię, oraz refleksyjną, która umożliwia wgląd w motywacje i emocje postaci[217].

„Dramę, w zależności od celu zastosowania, dzielimy na:

- Edukacyjną – metoda dydaktyczno-wychowawcza. Dzięki wykorzystywaniu fantazji, emocji, intuicji i zmysłów zwiększa się wiedza o świecie i nas samych. Otwartość na odgrywanie różnych ról w nowych sytuacjach, po to by je poznać i zrozumieć, pozwala na zdobycie lub pogłębienie wiedzy o sobie i innych. Prekursorką dramy edukacyjnej w Polsce jest aktorka Halina Machulska. Od lat 80-tych XX w., prowadzi szkolenia i warsztaty dramowe.
- Terapeutyczną – używa niektórych techniki dramowych (m.in. bycia w roli, dublowania, zamian ról, lustra), związanych z wchodzeniem w role, w celu np. wyrażenia nieuświadomionych i tłumionych emocji, pokonywania nieśmiałości, braku decyzyjności, braku samodzielności itp. Jest to też. metoda swobodnej dramatyzacji w psychodramie lub socjodramie.
- Wychowawczą – wcielając się w inne osoby, zostaje pobudzona wyobraźnia, która umożliwia dostrzeganie zależności pomiędzy ideami. Wcielanie pomaga też w zidentyfikowaniu się z innymi, przez co można w głębszy sposób poznać otaczający świat”[218].

Teatr terapeutyczny skupia się na rozwoju osobistym człowieka. Pokazuje, jak ludzie widzą siebie w różnych sytuacjach życiowych. Jest to teatr, gdzie gra aktora stanowi trzon

---

[216] E. J. Konieczna, *Arteterapia … Ibidem*, s. 80-83
[217] K. Witerska, *Drama, techniki, strategie, scenariusze*, Wydawnictwo Difin S.A., Warszawa 2011, s. 14
[218] Fragment zaczerpnięty z pracy licencjackiej K. Piwowarczyk, *Ibidem*, s. 29-30

całego przedsięwzięcia. Praca nad rolą pomaga aktorowi przekazywać różne komunikaty i zmierzyć się z trudnymi tematami w bezpiecznej, twórczej przestrzeni. Reżyser, czyli terapeuta, może realizować własny scenariusz lub dopasować temat, który pasuje do możliwości i zrozumienia uczestników. Celem jest stworzenie spektaklu, który pokazuje, jak dobrze wykonawcy przyswoili nowy język teatralny. Dla osób z problemami psychicznymi lub intelektualnymi ważne jest, aby ten język stał się dla nich naturalny. Prowadzony dialog stanowi funkcję terapeutyczną, a gra sceniczna musi być bezpiecznym sposobem na wyrażenie siebie. Różne style komunikacji aktorów są obserwowane przez grupę i terapeutę, co pomaga w nauce i rozwoju. Dlatego warto zachęcać uczestników do dzielenia się swoimi wrażeniami z gry, co sprzyja ich integracji i postępowi[219]. Terapeutyczny rozwój sztuki, w którym role są ustanawiane z myślą o celach terapeutycznych; Stephen Snow, Miranda D'Amico i Denise Tanguay określają teatr terapeutyczny jako „cały proces produkcji sztuki jest w rzeczywistości formą grupowej psychoterapii; wszystko jest ułatwiane przez terapeutę (…) i wreszcie, sztuka musi zostać wystawiona dla publicznej widowni. Ta ostatnia fraza jest szczególnie ważna, ponieważ to rytuał publicznego występu właśnie różnicuje teatr terapeutyczny od innych form terapii dramą"[220]. Patrycja Bartoszak uważa, że teatr terapeutyczny można postrzegać jako formę teatru angażującego. Jest to nowy nurt w polskiej kulturze, który dopiero zyskuje na popularności. Polega on na współpracy zawodowych aktorów i amatorów, tworząc różnorodne projekty teatralne. Celem tych działań jest integracja społeczności, zwłaszcza lokalnych, a także podniesienie statusu osób społecznie wykluczonych. Teatr angażujący oferuje nowe spojrzenie na osoby zmarginalizowane, dając im poczucie godności i znaczenia poprzez udział w zajęciach teatralnych. Podobnie jak w teatrze terapeutycznym, istotnym celem jest budowanie integracji społecznej[221].

---

[219] A. Stefańska, *Wokół … Ibidem*, s. 24
[220] S. Snow, M. D'Amico, D. Tanguay , *Therapeutic theatre and well-being*, The Arts in Psychotherapy Volume 30, Number 2 (2003), s. 74
[221] P. Bartoszak, *Teatr angażujący. Teatroterapia drogą wyjścia z izolacji*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2022, s. 13-17

ROZDZIAŁ 3. PODSTAWY METODOLOGICZNE BADAŃ WŁASNYCH

Desygnat "metodologia" pochodzi z języka greckiego i oznacza "*methodos*", czyli badanie, oraz "*logos*", czyli słowo, mowa, nauka. Metodologia jest nauką zajmującą się czynnościami poznawczymi wykorzystywanymi w badaniach naukowych oraz wynikami tych czynności[222].

Metodologia badań pedagogicznych w definicji Stanisława Palki „jest dyscypliną naukową zajmującą się sposobami działań, służących rozwiązaniu problemów naukowych w pedagogice”[223]. Innymi słowy metodologia badań pedagogicznych dotyczy zasad naukowego badania procesów edukacyjnych[224]. Natomiast Mieczysław Łobocki metodologię badań pedagogicznych określa jako naukę „o zasadach i sposobach postępowania badawczego zalecanych i stosowanych w pedagogice. Przez zasady, czyli reguły lub normy takiego postępowania, rozumie się pewne najogólniejsze dyrektywy (zalecenia), mające na celu ułatwienie w miarę skutecznego przeprowadzania badań. Natomiast sposobami postępowania badawczego nazywa się mniej lub bardziej skonkretyzowane procedury (strategie) gromadzenia i opracowania interesujących badacza wyników (materiału badawczego). Sposoby te noszą zazwyczaj nazwę metod lub technik badawczych”[225].

W tej części pracy omówiono cel badań i problem badawczy, a także zaprezentowano metodę, techniki i narzędzia badawcze wdrożone w celu przeprowadzenia badań. Opisano również grupę badawczą objętą badaniem.

3.1. Cel i przedmiot badań

Przed rozpoczęciem badań naukowych, konieczne jest sprecyzowanie, co dokładnie zamierzamy badać, czyli wyznaczenie celu i przedmiotu naszych badań. Celem badań naukowych jest generowanie weryfikowalnej wiedzy, która pozwala na opisanie, zrozumienie i wyjaśnienie badanych zjawisk i procesów, a także przewidywanie ich efektów[226]. Badania

---

[222] J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, Wydawnictwo Diecezji IVlplińskiej „BERNARDINUM", Gdynia 2002, s. 9
[223] S. Palka, *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Wydawnictwo Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 9
[224] K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwo Akademickie i Literackie, Warszawa 2008, s. 8
[225] M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000, s. 9
[226] A. W. Maszke, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008, s. 28

naukowe mają określony cel. Najważniejszym celem poznania naukowego jest osiągnięcie wiedzy, która jest maksymalnie pewna, ogólna, ścisła, prosta i zawiera pełną ilość informacji[227]. Według Waldemara Dutkiewicza, cel badań naukowych opiera się na wzbogaceniu wiedzy o zjawiskach, osobach i rzeczach będących obiektem zainteresowania badawczego[228]. Praca badawcza jest działalnością, która wymaga jasno określonego, konkretnego i osiągalnego celu. Cel badawczy precyzuje to, co badacz zamierza osiągnąć poprzez swoje działania i do czego zmierza[229]. John W. Creswell akcentuje, że „w sformułowaniu celu powinny się znaleźć zamiary, intencje lub główna idea projektu bądź pracy badawczej"[230].

Biorąc pod uwagę powyższe założenia teoretyczne, określono następujący cel główny badania: *Poznanie efektywności teatroterapii jako narzędzia wspierającego proces terapeutyczny wśród osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu/oddziaływania na poziom lęku i samoocenę pacjentów.* Ponadto wyznaczono również cele szczegółowe, które obejmują:

I. Przedstawienie zmian w obszarze przeżywanego lęku u pacjentów poddanych terapii uzależnień, w kontekście efektów aktywnego uczestnictwa w zajęciach teatroterapeutycznych.
II. Analiza transformacji samooceny wynikających z praktyk teatroterapeutycznych u pacjentów poddanych terapii uzależnień.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych to złożona choroba wymagająca długotrwałej i intensywnej terapii. W ostatnich latach podejście do leczenia uzależnień zmienia się, z większym uwzględnieniem dobra pacjenta i skuteczności terapii. Aby zapewnić bardziej holistyczne wsparcie w procesie zdrowienia, terapeuci coraz częściej sięgają po innowacyjne metody. W leczeniu osób z zaburzeniami psychospołecznymi jedną z takich metod jest arteterapia, w tym teatroterapia. Te podejścia oferują dodatkowe możliwości terapeutyczne. Mimo rosnącego zainteresowania terapią teatralną, stosowaną w różnych dziedzinach, jest ona rzadko wykorzystywana w leczeniu uzależnień i używana jedynie w nielicznych specjalistycznych placówkach w Polsce. W mojej pracy licencjackiej z 2022 roku, badającej teatroterapię jako metodę wspierającą leczenie uzależnień, pacjenci często

[227] T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001, s. 23
[228] W. Dutkiewicz, *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2000, s. 50
[229] W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1995, s. 52
[230] J. W. Creswell, *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Wydawnictwo Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2013, s. 131

zauważali zmiany w poziomie lęku i samooceny. Zastanawiałam się, czy te obserwacje są jedynie subiektywnymi odczuciami, czy też rzeczywiście odzwierciedlają faktyczne zmiany. Dlatego moje badania mogą zainteresować specjalistów pracujących z osobami z uzależnieniem, pomagając im lepiej zrozumieć potencjalne korzyści tej formy terapii wspomagającej.

Albert Wojciech Maszke uważa, że przedmiotem badań mogą być zarówno rzeczy i obiekty, a także zjawiska i zdarzenia, które ich dotyczą i które zamierzamy badać[231]. Przedmiot badań obejmuje wszystko, co wchodzi w skład rzeczywistości[232]. Natomiast Luba Sołoma interpretuje przedmiot badań jako „obiekty czy zjawiska, w odniesieniu do których chcemy prowadzić badania"[233].

Na podstawie powyższych definicji, celu badań i uzasadnienia tematu, przedmiotem badawczym tej pracy dyplomowej są: *zmiany/transformacje w obrazie przeżywanego lęku i samoocena osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych w wyniku oddziaływania/pod wpływem zajęć teatroterapeutycznych*.

3.2. Problemy i hipotezy badawcze

Zasadniczym etapem inicjacji badań naukowych jest identyfikacja problemu badawczego, który precyzuje i konkretyzuje cel badania. Problemy badawcze pełnią kluczową rolę w badaniach naukowych, stanowiąc fundament, na którym opiera się cały proces badawczy[234]. Jak zaznacza John W. Creswell w badaniach naukowych „dąży się do poznania złożonego zbioru czynników związanych z głównym zjawiskiem oraz ujawnienia różnych perspektyw lub znaczeń jakie nadają im uczestnicy badania", powoduje to uściślenie szeroko i ogólne ujętego celu badawczego do szczegółowych pytań badawczych[235]. Natomiast z definicji Tadeusza Pilcha i Teresy Bauman dowiadujemy się, że problem badawczy „to pytanie o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska, to mówiąc inaczej uświadomienie sobie trudności z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości, to mówiąc jeszcze inaczej deklaracja o naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania"[236]. Z innej

---

[231] A. W. Maszke, *Ibidem*, s. 91
[232] J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2005, s. 18
[233] L. Sołoma, *Metody i techniki badań socjologicznych*, Wydawnictwo WSP, Olsztyn 1999, s. 13
[234] M. Łobocki, *Ibidem*, s. 21
[235] J. W. Creswell, *Ibidem*, s. 147
[236] T. Pilch, T. Bauman, *Ibidem*, s. 43

perspektywy, problem badawczy jest pytaniem, na które znajduje się odpowiedź w wyniku badań naukowych[237].

Janusz Sztumski proponuje podział problemów badawczych według kilku kryteriów takich jak właściwości, przedmiot, rolę i zakres jaką wartość przedstawia dany problem w nauce. W wyniku tego, określamy problemy: 1) cząstkowe, 2) podstawowe, 3) praktyczne 4) teoretyczne, 5) ogólne, 6) szczegółowe. Przy wyodrębnianiu powyższych typów problemów, należy mieć na uwadze ich względność dokonanych wyróżnień[238].

Przy formułowaniu problemu badawczego należy zawsze uwzględnić, że wśród wielu pytań istnieją pytania o różnym stopniu złożoności i różnorodnych możliwościach rozwiązań. Każde pytanie powinno być powiązane w systemem pytań skupiających się wokół głównej problematyki badawczej. Problemy główne, będące bardziej trudnymi i skomplikowanymi, należy podzielić na pytania szczegółowe, aby uniknąć pominięcia niektórych istotnych kwestii dla badanego zjawiska[239].

Uwzględniając omówione tematy, problem badawczy został rozdzielony na problem główny i problemy szczegółowe. Problem główny jest sformułowany następująco:

- *Jak działania teatroterapeutyczne oddziałują na poziom lęku i samoocenę u osób dotkniętych problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych*?

Problemy szczegółowe zostały ujęte w poniższych punktach:

I. *Jaki poziom lęku i samooceny pacjenci wykazywali przed podjęciem zajęć z teatroterapii?*
II. *Jakich zmian uczestnicy doświadczają w myśleniu o sobie i swoim lęku po udziale w zajęciach teatroterapeutycznych?*
III. *W jaki sposób ocena efektów teatroterapii wpływa na terapię indywidualną i grupową pod względem pracy nad lękiem i samooceną pacjentów?*
IV. *Jakie formy ekspresji artystycznej, wykorzystywane w teatroterapii, wpływają na pozytywne zmiany w obszarze lęku i samooceny?*

Termin „hipoteza" pochodzi od greckiego słowa „*hipothesis*", co oznacza „przypuszczenie" lub „podkład"[240]. Tadeusz Kotarbiński definiuje hipotezę jako „wszelkie twierdzenia częściowo tylko uzasadnione, przeto także wszelki domysł, za pomocą którego tłumaczymy dane faktyczne, a więc i domysł w postaci uogólnienia, osiągniętego (…) na

[237] S. Palka, *Ibidem*, s. 12
[238] J. Sztumski, *Ibidem*, s. 52
[239] A. W. Maszke, *Ibidem*, s. 100
[240] J. Apanowicz, *Ibidem*, s. 48

podstawie danych wyjściowych”[241]. Hipoteza jest tymczasowym przypuszczeniem lub domysłem używanym do wyjaśnienia określonego zjawiska, który wymaga sprawdzenia poprzez odpowiednie badania empiryczne. Tylko taka hipoteza, która spełnia określone kryteria metodologiczne, jest wartościowa dla badań naukowych. Musi być skonstruowana w sposób umożliwiający jej empiryczną weryfikację, aby była naukowo przydatna[242].

W oparciu o przytoczone definicje postawiono hipotezę badawczą o treści: *zajęcia teatroterapeutyczne powodują korzystne zmiany w obrazie samooceny (rośnie poczucie własnej wartości) i przyczyniają się do obniżenia poziomu lęku osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, będących w procesie terapeutycznym*.

3.3. Zakres badań, zmienne i wskaźniki

Badania naukowe zawsze dotyczą określonych obiektów, które występują w kontekście odpowiednich im procesów i zjawisk. Naukowcy nie koncentrują się na wieloaspektowości obiektu, lecz na jego cechach. Te cechy różnicują obiekty i umożliwiają ich rozróżnienie. Każda z tych cech przyjmuje różne wartości, które są zmiennymi[243]. Zmienna to zestaw możliwych stanów, w których może znajdować się obiekt. Stany te są rozłączne, a ich zbiór jest wyczerpujący, co oznacza, że pozwala na pełną charakterystykę każdego obiektu z danego zbioru. Znaczenie pojedynczego stanu jest zależne od pozostałych stanów[244]. Jak wynika z definicji Alberta Wojciecha Maszke „jeżeli badana przez nas właściwość przybiera różne i co najmniej dwie wartości, to jest to zmienna”[245].

W badaniach rozróżniamy dwa rodzaje zmiennych: niezależne i zależne. Zmienne niezależne oddziałują na zmienną zależną, co oznacza, że zmienna zależna jest warunkowana przez zmienną niezależną. Zmienne zależne są wyodrębniane dla celów badawczych, aby badać wpływ, jaki na nie wywierają zmienne niezależne[246]. Zmienne zależne to takie, które możemy zaobserwować, ale nie możemy założyć, jaką wartość przyjmą spośród przypisanego im zakresu. Natomiast wartości zmiennych niezależnych możemy przewidzieć, ponieważ sami je ustalamy[247].

---

[241] T. Pilch, T. Bauman, *Ibidem*, s. 46
[242] J. Sztumski, *Ibidem*, s. 53
[243] A. W. Maszke, *Ibidem*, s. 113-114
[244] K. Konarzewski *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna, Warszawa 2000, s. 38
[245] A. W. Maszke, *Ibidem*, s 114
[246] T. Pilch, T. Bauman, *Ibidem*, s. 51-52
[247] K. Rubacha, *Ibidem*, s. 45

Zmienne i wskaźniki stanowią próbę doprecyzowania problemu badawczego. Wskaźniki definiują każdą z wyznaczonych zmiennych i podlegają operacjonalizacji, co umożliwia przekształcenie zmiennych na wielkości możliwe do zbadania empirycznie[248]. W koncepcji Waldemara Dutkiewicza „wskaźnikiem jakiegoś zjawiska *Z* nazywać będziemy takie zjawisko *W*, którego zaobserwowanie pozwoli nam (w sposób bezwyjątkowy lub z określonym, lub choćby z wyższym od przeciętnego prawdopodobieństwem) określić, iż zaszło zjawisko *Z*. Możemy określić, że wskaźnik to coś, po czym możemy poznać, że dane zjawisko zaszło"[249]. Mówiąc inaczej, wskaźnik jest narzędziem do określania pewnej cechy przedmiotu lub zjawiska, która pozostaje w takich związkach z inną jego cechą, że wystąpienie jej sygnalizuje istnienie tej drugiej[250].

Na podstawie wyodrębnionych problemów badawczych, sprecyzowano określone zmienne i wskaźniki. Poniżej przedstawiono ich szczegóły:

I. *Problem badawczy:* Jaki poziom lęku i samooceny pacjenci wykazywali przed podjęciem zajęć z teatroterapii?

- *Zmienna:* Poziom stresu życiowego.
  - *Wskaźniki:* wydarzenia stresogenne, odczuwalne objawy stresu, sposoby redukcji stresu i lęku, zaufanie do innych w sytuacjach stresowych, czynniki zewnętrzne wpływające na stres, reakcja na stres, zdolność do radzenia sobie z porażkami, radzenie sobie z krytyką.

II. *Problem badawczy:* Jakich zmian uczestnicy doświadczają w myśleniu o sobie i swoim lęku po udziale w zajęciach teatroterapeutycznych?

- *Zmienna:* Odbiór własnej samooceny.
  - *Wskaźniki:* częstotliwość pozytywnych myśli o sobie, akceptacja samego siebie, refleksyjność nad własnym rozwojem, zadowolenie z własnego postępu, poczucie własnej wartości, pewność siebie, przekonania o sobie.

III. *Problem badawczy:* W jaki sposób ocena efektów teatroterapii wpływa na terapię indywidualną i grupową pod względem pracy nad lękiem i samooceną pacjentów?

- *Zmienna:* Interakcje w grupie.

---

[248] M. Łobocki, *Ibidem*, s. 32
[249] W. Dutkiewicz, *Ibidem*, s. 67
[250] J. Sztumski, *Ibidem*, s. 56

- *Wskaźniki:* zaangażowania w interakcje grupowe, uczestnictwo we wspólnych zadaniach, poczucie przynależności do grupy, wsparcie emocjonalne w grupie, zaufanie do grupy.

IV. *Problem badawczy:* Jakie formy ekspresji artystycznej, wykorzystywane w teatroterapii, wpływają na pozytywne zmiany w obszarze lęku i samooceny?

– *Zmienna:* Formy ekspresji artystycznej.

- *Wskaźniki:* odgrywanie ról, improwizacja, twórcze wyrażanie emocji, ekspresja fizyczna.

3.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Wyrażenie "metoda badawcza" może być interpretowane na różne sposoby i odnosi się do drogi, która prowadzi do określonego celu[251]. Jak zaznacza Stefan Nowak metody badawcze „to przede wszystkim typowe i powtarzalne sposoby zbierania, opracowywania, analizy i interpretacji danych empirycznych, służące do uzyskiwania maksymalnie (lub optymalnie) uzasadnionych odpowiedzi na stawiane w nich pytania”[252]. Metoda badawcza to system założeń i reguł umożliwiający takie zorganizowanie działalności praktycznej lub teoretycznej, aby można było świadomie dążyć do osiągnięcia określonego celu[253]. Zdaniem Waldemara Dutkiewicza „najczęściej w pedagogice definiuje się metodę jako zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących całość postępowania badacza, zmierzających do rozważenia określonego problemu naukowego; określony powtarzalny sposób rozwiązywania problemów”[254].

W kontekście podejmowanych badań, metody badawcze mogą być ukierunkowane na podejście ilościowe lub jakościowe. Jak tłumaczy Jerzy Apanowicz „zebrane i pogrupowane fakty naukowe (dane) stanowią natomiast faktyczny (statystyczny) ilościowy lub jakościowy materiał źródłowy podlegający wyjaśnieniu (analizie)”[255]. Metody jakościowe, zwane również badaniami jakościowymi, zakładają, że do badania niektórych badanych zjawisk lepiej zastosować szczegółową analizę mniejszej liczby przypadków. Głównym argumentem za stosowaniem metod jakościowych jest konieczność uzupełniania braków i ograniczeń metod ilościowych. Badania jakościowe pozwalają na pokazanie kontekstu badanego

[251] A. W. Maszke, *Ibidem*, s. 156
[252] S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 22
[253] J. Sztumski, *Ibidem*, s. 68
[254] W. Dutkiewicz, *Ibidem*, s. 69
[255] J. Apanowicz, *Ibidem*, s. 7

zjawiska. Dzięki możliwości swobodnej wypowiedzi osób badanych, badacz może poszerzyć perspektywę analizy badanego problemu. Metody te umożliwiają poznanie zjawiska w kontekście dynamicznym i ewolucyjnym, co pozwala na wszechstronną analizę i opis. Ułatwiają one także zrozumienie specyfiki i złożoności niektórych zjawisk[256]. W badaniach jakościowych przyjmuje się inne założenia filozoficzne, strategie badawcze oraz metody zbierania, analizy i interpretacji danych niż w badaniach ilościowych. Badania jakościowe mają charakter interpretacyjny i dane są gromadzone z wielu źródeł. Autorzy badań jakościowych dążą do stworzenia złożonego obrazu badanego problemu lub zagadnienia, uwzględniając różne perspektywy[257].

Biorąc pod uwagę rodzaj badania naukowego oraz określony problem badawczy, zdecydowano się na zastosowanie metody *studium przypadku* wg Krzysztofa Rubachy.

Wśród licznych definicji, jednoznaczne określenie metody studium przypadku może być trudne, ponieważ badacze w tradycji relatywistycznej dążą do opisu i zrozumienia pojedynczych przypadków w ich lokalnych kategoriach. Postpozytywiści starają się tworzyć teoretyczne uogólnienia na podstawie analizy przypadków, czasem modyfikując istniejące teorie. Pragmatycy skupiają się na praktycznych implikacjach badań, używając metod odpowiadających ich potrzebom. Studium przypadku stosują zarówno realiści, uznający istnienie niezależnego świata zewnętrznego, jak i antyrealiści, którzy kwestionują możliwość jego pełnego poznania[258]. W ujęciu Krzysztofa Konarzewskiego „studium przypadku to schemat badania jakościowego, które zmierza do stworzenia jednostkowej teorii zjawiska ogólnego”[259]. W studium przypadku schemat ma na celu opisanie i wyjaśnienie przebiegu oraz obrazu ogólnego zjawiska osadzonego w konkretnej osobie, grupie lub instytucji. Taki schemat organizuje badanie danego zjawiska[260]. Robert K. Yin definiuje studium przypadku, dzieląc formułę na główne elementy, zakładając, że „stanowi ono metodę całościową: uwzględnia logika projektu, techniki gromadzenia danych oraz szczególne ujęcie ich analizy”[261]. W pierwszej części definicji został określony zakres badań studium przypadku o treści: „1. Studium przypadku jest badaniem empirycznym, które: - zgłębia współczesne zjawisko („przypadek”) w kontekście rzeczywistości, zwłaszcza gdy - granice między

---

[256] M. Łobocki, *Ibidem*, s. 18
[257] J. W. Creswell, *Ibidem*, s. 189-192
[258] M. Strumińska-Kutra, I. Koładkiewicz, *Studium przypadku*, [w:] D. Jemielniak D, *Badania jakościowe Tom II: Metody i narzędzia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 1
[259] K. Konarzewski, *Ibidem*, s. 79
[260] K. Rubacha, *Ibidem*, s. 329-330
[261] R. K. Yin, *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015, s. 49

zjawiskiem a kontekstem nie są zupełnie oczywiste”[262]. W drugiej części definicji określa cechy studium przypadku, „2. Studium przypadku: - dotyczy technicznie rozpoznawalnej sytuacji w której interesujących badacza zmiennych jest znacznie więcej niż punktów danych i dlatego - czerpie dowody z wielu źródeł oraz potwierdza zbieżność danych metodą triangulacji, - a podczas gromadzenia i analizy danych odwołuje się do sformułowanych wcześniej założeń teoretycznych”[263]. Technikami, które stosuje się w metodzie studium przypadku mogą być: obserwacja, testy, przeszukiwanie źródeł wtórnych, wywiad narracyjny, biograficzny, etnograficzny[264].

W odróżnieniu od metody badawczej, technikę badawczą definiujemy jako sposób pozyskiwania, czyli uzyskiwania, zbierania lub zdobywania danych, w tym informacji czy materiałów w celu przeprowadzenia badania naukowego. Proces uzyskiwania danych to „pewien kompleks środków i czynności wykonywanych zgodnie z określonymi regułami, w wyniku których uzyskuje się dane niezbędne do dalszych czynności badawczych”[265].

Do przeprowadzenia badań wybrano następujące techniki badawcze: *testy psychologiczne*, *obserwacja niestandaryzowana* i *wywiad jawny*.

Zebrane dane należy utrwalić za pomocą odpowiedniego narzędzia badawczego, tak aby można było się do nich później odwołać. Najczęściej rejestruje się je w formie pisemnej, fotograficznej, fonograficznej lub filmowej[266]. Narzędziem badawczym będą środki używane do realizacji określonej techniki badawczej. W tym kontekście mogą to być takie przedmioty jak kwestionariusz wywiadu, dyktafon, magnetofon, arkusz obserwacyjny, a czasami nawet ołówek[267].

Na potrzeby realizacji wymienionych technik badawczych wykorzystano następujące narzędzia badawcze: *kwestionariusze testów* oraz sporządzono *dyspozycje do obserwacji* i *dyspozycje do wywiadu*.

W definicji Krzysztofa Rubachy test „to obiektywny sprawdzian, którego wynik jest wyrażany w postaci danych ilościowych”[268]. Opierając się na podanej definicji, można stwierdzić, że technika testowania pozwala na gromadzenie danych opisujących badane osoby

---

[262] *Ibidem*, s.48
[263] R. K. Yin, *Ibidem*, s. 49
[264] K. Rubacha, *Ibidem*, s. 332
[265] L. Sołoma, *Ibidem*, s.44
[266] L. Sołoma, *Ibidem*, s.44
[267] T. Pilch, T. Bauman, *Ibidem*, s. 85
[268] K. Rubacha, *Ibidem*, s. 179

oraz aspekty ich działania na wymiarach obrazujących nieobserwowalne zmienne, mierzone za pomocą testu[269].

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) jest adaptacją amerykańskiego kwestionariusza *State-Trait Anxiety Inventory,* opracowanego przez C. D. Spielberga, R. I. Gorsucha i R. E. Lushene'a w 1970 roku. Polską wersję STAI stworzyli C. D. Spielberg, J. Strelau, M. Tysarczyk oraz K. Wrześniewski w 1987 roku. Kwestionariusz jest przeznaczony do pomiaru lęku zarówno u młodzieży, jak i dorosłych. STAI może być stosowany w badaniach indywidualnych i w grupowych. Jego szerokie zastosowanie jest możliwe dzięki kompaktowej formie, odpowiednim właściwościom psychometrycznym oraz prostocie procedury badawczej. Kwestionariusz jest używany w badaniach przesiewowych, diagnostyce indywidualnej oraz badaniach naukowych. Charakteryzuje się wysoką rzetelnością, co czyni go precyzyjnym narzędziem pomiaru lęku[270].

W związku z tym, że STAI może być wykonywany jedynie przez psychologów, na potrzeby niniejszych badań został on przeprowadzony pod nadzorem psychologicznym. Wyniki testów STAI oraz analiza badań własnych zostały opracowane samodzielnie, a następnie poddane konsultacji psychologicznej (zob. Aneks).

Opracowana przez Morrisa Rosenberga w 1965 roku Skala Samooceny – *the Rosenberg Self-Esteem Scale* (SES) – jest jednym z najczęściej używanych narzędzi do oceny samooceny. Oryginalna wersja jest udostępniana przez fundację *The Morris Rosenberg Foundation* i dostęp do niej jest bezpłatny na życzenie autora. Skala ta mierzy ogólny poziom samooceny, czyli przekonania o własnej wartości, ujawniane w samooopisie i traktowane jako stosunkowo trwała cecha osoby. Ze względu na prostotę i łatwość użycia, SES jest szczególnie przydatna w projektach badawczych, które wykorzystują wiele metod, a także w badaniach eksperymentalnych. Może być również stosowana w badaniach indywidualnych do opracowywania norm[271]. W niniejszej pracy wykorzystano polską wersję Skali SES, opracowaną przez I. Dzwonkowską, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łagunę w 2007 roku.

Do realizacji techniki testy psychologiczne wykorzystano narzędzie: *kwestionariusze testów* (zob. Aneks)

Termin „obserwacja" pochodzi od łacińskiego słowa *obserwatio* i oznacza „zwracanie uwagi na coś". W znaczeniu metodologicznym obserwacją nazywamy zestaw czynności,

---

[269] *Ibidem*, s. 181
[270] K. Wrześniewski, T. Sosnowski, A. Jaworowska, D. Fecenec, *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI - Podręcznik*, Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2011, s. 7-10
[271] I. Dzwonkowska, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguna, *Ibidem*; s. 5-6

które umożliwiają uzyskanie odpowiedzi na postawione pytanie poprzez celowe i planowe spostrzeganie[272]. Według Jerzego Apanowicza obserwacja w sensie naukowym musi spełniać kryteria: „świadomie obserwację organizuje się, celowo i kompleksowo ją się stosuje, a uzyskane planowo informacje gromadzi się i interpretuje jako zdarzenia czy też zjawiska oddziałujące na elementy i procesy danego systemu czy też określonej struktury organizacyjnej”[273]. Obserwację definiuje się też jako „celowe, tzn. ukierunkowane i zamierzone oraz systematyczne postrzeganie badanego przedmiotu, procesu lub zjawiska”[274].

Istnieje wiele technik obserwacyjnych, w tym obserwacja niestandaryzowana. Ta technika charakteryzuje się brakiem szczegółowych wytycznych ukierunkowujących postrzeganie, dając obserwatorowi tylko ogólne wskazówki, na co zwrócić uwagę. Jest szczególnie przydatna w badaniach eksploracyjnych, które mają na celu zrozumienie, jak rzeczy się mają, bez przyjmowania hipotez. W takiej sytuacji obserwator nie kieruje się szczegółowymi wskazówkami, ale wielokierunkowo bada wszystko, co napotka, w ramach ustalonego pola badawczego. Brak karty lub innego środka standaryzacji umożliwia twórcze poszukiwania[275].

Do realizacji wymienionej techniki zostało wykorzystane narzędzie: *dyspozycje do obserwacji* (zob. Aneks).

Wywiad jest techniką pozyskiwania wiedzy poprzez bezpośrednie zadawanie pytań wybranym osobom, które mogą udzielić pewnej sumy treści[276]. Wywiad jest wykorzystywany do poznawania postaw, faktów i opinii. Uzyskany materiał pozwala na analizę zależności i relacji występujących między zjawiskami[277]. Jerzy Sztumski określa wywiad jako „rozmową kierowaną, w której biorą udział co najmniej dwie osoby: prowadzący wywiad i respondent. Nie jest to konwersacja, lecz taka rozmowa, przez którą badający chce uzyskać od respondenta dane określone celem badań”[278].

Przeprowadzając wywiad jawny badacz korzysta z kwestionariusza lub planu rozmowy, a także może robić notatki[279]. Osoba udzielająca wywiadu jest informowana, że bierze udział w wywiadzie, a także o roli badacza i celu badania[280].

---

[272] L. Sołoma, *Ibidem*, s.48
[273] J. Apanowicz, *Ibidem*, s. 62
[274] J. Sztumski, *Ibidem*, s. 149
[275] L. Sołoma, *Ibidem*, s. 52-54
[276] W. Zaczyński, *Ibidem*, s. 146
[277] T. Pilch, T. Bauman, *Ibidem*, s. 92
[278] J. Sztumski, *Ibidem*, s. 159
[279] L. Sołoma, Ibidem, s.64
[280] J. Sztumski, *Ibidem*, s. 161

Jednym z kluczowych źródeł dowodów w studium przypadku jest wywiad, który nie opiera się na sztywno ustalonym zestawie pytań, lecz ma charakter bardziej ukierunkowanej rozmowy[281]. Wywiad nieskategoryzowany, znany również jako wywiad niestandaryzowany, przeprowadzany jest w formie luźnej i elastycznej rozmowy badacza z respondentem. Rozmowa ta koncentruje się na konkretnym temacie, dając badaczowi dużą swobodę w wyborze obszaru dyskusji. Jeśli temat nie zostanie w pełni omówiony, badacz ma możliwość zadawania dodatkowych pytań, aby uzyskać jak najbardziej szczegółowe informacje. Pytania są formułowane spontanicznie i mają charakter otwarty. Badacz może sugerować się listą tematów, ale ma również wolność prowadzenia rozmowy w ramach znanej mu problematyki badawczej. Uzyskane dane są opiniotwórcze i subiektywne, co oznacza, że ich wiarygodność może być trudna do zweryfikowania[282].

Aby zrealizować wymienioną technikę, utworzono narzędzie: *nieskategoryzowany kwestionariusz wywiadu*. Na potrzeby tego badania przygotowano zestaw pytań, czyli *dyspozycje do wywiadu* z zakresu obszarów badawczych (zob. Aneks).

3.5. Teren, organizacja i przebieg badań

Materiał badawczy wykorzystany w niniejszej pracy został zebrany wśród pacjentów i osób prowadzących zajęcia teatralne w Zakładzie Lecznictwa Odwykowego „Szansa" w Pławniowicach. Ośrodek, działający od 1999 roku, przyjmuje dorosłych uzależnionych od substancji psychoaktywnych, począwszy od 18. roku życia. Placówka dysponuje 35 miejscami, oferując 24-godzinny pobyt, a leczenie trwa 12 miesięcy z możliwością przedłużenia. Zespół ośrodka składa się z wykwalifikowanych specjalistów o dużym doświadczeniu, gotowych do pracy z osobami uzależnionymi. Placówka koncentruje się na świadczeniu specjalistycznych usług terapeutycznych. Program ośrodka wzbogacony jest o różnorodne niekonwencjonalne działania, takie jak zajęcia teatralne, psychodrama oraz wyjazdy na obozy terapeutyczno-wypoczynkowe. Ośrodek angażuje się także w działania profilaktyczne, współpracując z różnymi środowiskami i grupami zawodowymi. Prowadzi program readaptacji społecznej dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin.[283]. Od 2003 roku w ramach dodatkowych działań w ośrodku funkcjonuje „Roczny teatr" (obecnie półroczny), nazywany przez pacjentów „grupą teatrologów". Grupę prowadzą

[281] R. K. Yin, *Ibidem*, s. 142
[282] A. W. Maszke, *Ibidem*, s. 223
[283] Strona internetowa Szansa - Ośrodek Terapii Uzależnień Pławniowice (nzozszansa.pl) [dostęp dnia 21.06.2024]

polonistka, miłośniczka teatru, oraz psycholog i psychoterapeuta. Przez ponad dwadzieścia lat grupa wystawiła sztuki na niezależnych festiwalach, m.in.. Festiwal Teatrów Nieinstytucjonalnych X-OFF, zdobywając liczne nagrody. Do ich osiągnięć należą: pierwsza nagroda w Przeglądzie Grup Teatralnych Placówek Leczenia Uzależnień za „Męczeństwo Piotra O'heya" Sławomira Mrożka; pierwsze miejsce w Przeglądzie Wojewódzkim Widowisk Bożonarodzeniowych za jasełka „W tę noc"; wyróżnienie w Wojewódzkim Przeglądzie Teatralnym Maska za spektakl „3K, czyli Klimaty Kici Koci" według twórczości Mirona Białoszewskiego; oraz wyróżnienie w ogólnopolskim konkursie na projekt do wybranego dzieła Henryka Sienkiewicza z okazji Roku Sienkiewiczowskiego za „Szkice węglem"[284].

Badania zostały zorganizowane w kilku etapach. Poniżej wymieniono kolejne fazy:

I. Poszukiwanie literatury przedmiotu, zapoznanie się z nią oraz zbieranie istotnych materiałów związanych z tematem pracy.
II. Opracowanie planu pracy i określenie głównego celu.
III. Teoretyczne opracowanie pierwszego i drugiego rozdziału pracy.
IV. Przygotowanie schematu metodologicznego oraz stworzenie narzędzi badawczych.
V. Przeprowadzenie badań z wykorzystaniem narzędzi, takich jak kwestionariusze testów, dyspozycje do obserwacji oraz nieskategoryzowany kwestionariusz wywiadu.

Przebieg badań. Badania zostały podzielone na dwie części i przeprowadzone 9 października 2023 r. oraz 9 lutego 2024 r. Pierwsza część obejmowała wykonanie pretestu STAI i SES, natomiast druga dotyczyła posttestu STAI oraz SES. Na początku respondenci zostali poinformowani o celu badania, tematyce badania oraz o danych personalnych badacza. Poproszeni zostali też o wypełnienie kwestionariuszy testowych na osobnych kartkach papieru i o wyrażenie zgody na tę formę dokumentowania materiału, niezbędnego do przeprowadzenia badania. Podkreślono, że anonimowość i poufność danych wrażliwych będą zachowane, a materiały zostaną zniszczone po zakończeniu opracowania badań. W części metryczkowej respondenci zostali poproszeni o podanie informacji społeczno-demograficznych, takich jak: płeć, wiek, czas trwania terapii w ośrodku (w miesiącach) oraz okres uzależnienia od środków psychoaktywnych (w latach). W części zasadniczej przeprowadzono pretest STAI składający się z dwóch części oraz pretest SES, który miał

[284] A. Grochowicz, *O roli sztuki w terapii - 20 lat Teatru Rocznego w Pławniowicach*, Terapia osób uzależnionych i ich bliskich Nr 1/2023; (Rok XXVI), s. 51-52;

jedną część. Miejsce i warunki badania zostały starannie przygotowane, aby zapewnić respondentom komfort podczas wypełniania kwestionariuszy. Przeprowadzenie testów zajęło około 20 minut. Podczas tej fazy badania umożliwiono badaczowi uczestnictwo w zajęciach teatralnych, co pozwoliło na przeprowadzenie obserwacji i sporządzenie własnych notatek oraz na zebranie dodatkowych materiałów. Badacz przeprowadził również wywiad z prowadzącymi zajęcia, który trwał około 30 minut i był oparty na wcześniej przygotowanych pytaniach dotyczących badanych problemów. Druga część badania odbyła się po zakończeniu cyklu zajęć teatralnych, gdzie przeprowadzono posttest na podobnych zasadach. Różnica polegała na tym, że test STAI został wykonany tylko w pierwszej części, zgodnie z zaleceniami autorów testu. Po zakończeniu obu etapów zebrany materiał został poddany analizie. Wyniki i wnioski opracowano na ostatnim etapie pracy i skonsultowano z psychologiem.

3.6. Charakterystyka grupy badawczej

Badanie dotyczące wykorzystania metody teatroterapii a i jej oddziaływania na poziom lęku i samoocenę osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych zostało przeprowadzone w grupie ośmiu uczestników. Dodatkowo, w celu uzyskania pełniejszego obrazu przedmiotu badań, przeprowadzono wywiad z dwójką specjalistów prowadzących zajęcia teatroterapeutyczne.

Wśród badanych osób była 1 kobieta, 6 mężczyzn oraz 1 osoba niebinarna. W badanej grupie znalazła się jedna kobieta, sześciu mężczyzn oraz jedna osoba niebinarna. Wiek uczestników wahał się od 29 do 49 lat. Czas trwania terapii w ośrodku wynosił od 4 do 11 miesięcy, natomiast okres uzależnienia od środków psychoaktywnych wynosił od 5 do 30 lat. Dane te wskazują, że badani są uzależnieni od wielu lat, reprezentują różne grupy wiekowe i przebywają w ośrodku przez większość trwania programu leczenia.

ROZDZIAŁ 4. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

4.1. Uwagi wprowadzające do interpretacji wykorzystanych testów

W niniejszym rozdziale przedstawiono analizę wyników badań własnych dotyczących zmiany/transformacji w obrazie przeżywanego lęku i samooceny osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych w wyniku oddziaływania/pod wpływem zajęć teatroterapeutycznych. Badania przeprowadzono w grupie 8 pacjentów uczestniczących w programie terapeutycznym w Zakładzie Lecznictwa Odwykowego „Szansa" w Pławniowicach. Uczestnicy brali udział w zajęciach teatroterapeutycznych, a dane zbierano za pomocą kwestionariuszy STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) i SES (*Rosenberg Self-Esteem Scale*) zarówno przed (pretest) jak i po (posttest) zakończeniu cyklu zajęć.

Test STAI jest kwestionariuszem służącym do pomiaru poziomu lęku jako stanu (X-1) oraz lęku jako cechy osobowości (X-2). Pozwala na ocenę zarówno bieżącego stanu lęku (czyli przejściowego stanu emocjonalnego, który może zmieniać się w zależności od sytuacji), jak i ogólnej tendencji do odczuwania lęku (czyli bardziej stabilną tendencję do odczuwania lęku, niezależnie od sytuacji). Test składa się z dwóch części i każda zawiera 20 pozycji ocenianych na 4-punktowej skali:

1. Zdecydowanie nie (1 punkt),
2. Raczej nie (2 punkty),
3. Raczej tak (3 punkty),
4. Zdecydowanie tak (4 punkty).

Wyniki testu podawane są w stenach lub centylach. Przyjęto następujące kryteria określające poziom lęku:

- 1~3 – niski,
- 4~6 – średni,
- 7~10 – wysoki[285].

Test SES: Skala samooceny Rosenberga (*Rosenberg Self-Esteem Scale*) składa się z 10 stwierdzeń dotyczących ogólnej samooceny, ocenianych na 4-punktowej skali.

1. Zdecydowanie zgadzam się (1 punkt),
2. Zgadzam się (2 punkty),

[285] K. Wrześniewski, T. Sosnowski, A. Jaworowska, D. Fecenec, *Ibidem*, s. 79

3. Nie zgadzam się (3 punkty),
4. Zdecydowanie nie zgadzam się (4 punkty).

Test umożliwia oszacowanie ogólnej samooceny, poziomu akceptacji siebie oraz pewności siebie. W teście tym steny służą do przedstawienia wyników i samoocenę określają następujące kryteria:

- 1~2 – bardzo niska,
- 3~4 – niska,
- 5~6 – przeciętna,
- 7~8 – wysoka,
- 9~10 – bardzo wysoka[286].

Dane zebrane za pomocą testów STAI i SES zostały poddane analizie statystycznej, aby porównać wyniki przed i po zajęciach teatroterapeutycznych. Wyniki analizowano z uwzględnieniem 95% przedziałów ufności, co umożliwia ocenę, czy obserwowane zmiany są statystycznie istotne i czy mieszczą się w zakresie prawdziwego wyniku badanego. Jedna z osób badanych określiła siebie jako osobę niebinarną, będącą w trakcie tranzycji, i wyraziła preferencję, aby zwracać się do niej w formie męskiej. Ze względu na brak odpowiednich norm dla osób niebinarnych (wyniki testu są przypisane tylko do norm żeńskich i męskich), wyniki tej osoby zostały przypisane do norm męskich w ocenie testów psychologicznych.

Analiza jakościowa obejmowała obserwację nieskategoryzowaną i wywiad nieskategoryzowany, co pozwoliło na uzyskanie bogatszego kontekstu i głębszego zrozumienia doświadczeń uczestników. Obserwacja skupiała się na dynamice grupowej, na ogólnym stanie psycho-fizycznym uczestników oraz ich reakcjach na różne formy ekspresji artystycznej. Natomiast wywiad dostarczył informacji na temat struktury zajęć, stosowanych technik oraz subiektywnych obserwacji prowadzących. Zgodnie z metodologią badań Krzysztofa Rubachy, materiał do analizy danych jakościowych został odpowiednio zakodowany, a następnie przeszedł proces redukcji, reprezentacji oraz weryfikacji danych[287].

W ramach przeprowadzonego badania postawiono hipotezę badawczą, że zajęcia teatroterapeutyczne powodują korzystne zmiany w obrazie samooceny (rośnie poczucie własnej wartości) i przyczyniają się do obniżenia poziomu lęku osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, będących w procesie terapeutycznym. Głównym celem badania było poznanie efektywności teatroterapii jako narzędzia wspierającego proces terapeutyczny

[286] I. Dzwonkowska, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguna, *Ibidem*; s. 63
[287] K. Rubacha, *Ibidem*, s. 259

wśród osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu na poziom lęku i samoocenę pacjentów. Badanie miało na celu odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Jaki poziom lęku i samooceny pacjenci wykazywali przed podjęciem zajęć z teatroterapii?
2. Jakich zmian uczestnicy doświadczają w myśleniu o sobie i swoim lęku po udziale w zajęciach teatroterapeutycznych?
3. W jaki sposób ocena efektów teatroterapii wpływa na terapię indywidualną i grupową pod względem pracy nad lękiem i samooceną pacjentów?
4. Jakie formy ekspresji artystycznej, wykorzystywane w teatroterapii, wpływają na pozytywne zmiany w obszarze lęku i samooceny?

Badania przeprowadzono w grupie 8 uczestników, w tym 1 kobieta, 6 mężczyzn i 1 osoba niebinarna, w wieku od 29 do 49 lat. Czas trwania terapii w ośrodku wynosił od 4 do 11 miesięcy, a okres uzależnienia od substancji psychoaktywnych od 5 do 30 lat.

Ze względu na zachowanie anonimowości i ochronę prywatności uczestników, w poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe dane społeczno-demograficzne, gdzie identyfikatory (P1, P2 itd.) oraz dane uczestników nie są przypisane do opisów przypadków zamieszczonych w dalszej części tekstu. Dodatkowo, wszystkie przypadki w analizie zostały opisane z użyciem męskich końcówek gramatycznych, niezależnie od rzeczywistej płci czy tożsamości płciowej opisywanych osób.

Przypisany kwantyfikator	**Płeć**	**Wiek**	**Czas trwania terapii (miesiące)**	**Okres uzależnienia (lata)**
P1	M	30	7	10
P2	M	35	11	15
P3	M	39	4	15
P4	M	49	5	30
P5	M	29	7	5
P6	M	29	11	7
P7	K	40	9	20
P8	N	29	7	10

Tabela nr 3. Dane społeczno-demograficzne badanej grupy

4.2. Charakterystyka indywidualnych przypadków

4.2.1. Przypadek P1

I. Wyniki STAI (Pretest):

1. Lęk jako stan (X-1):
   - Wynik surowy: 47
   - Wynik w stenach: 8 sten
   - Granica przedziału: 42-52 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 47 punktów, odpowiadający 8 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako stanu przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych.

2. Lęk jako cecha (X-2):
   - Wynik surowy: 67
   - Wynik w stenach: 10 sten
   - Granica przedziału: 61-73 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 67 punktów, odpowiadający 10 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako cechy przed rozpoczęciem zajęć.

Wyniki SES (Pretest):

- Wynik surowy: 16
- Wynik w stenach: 1 sten
- Granica przedziału: 12-20 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 16 punktów, odpowiadający 1 stenowi, świadczy o bardzo niskiej samoocenie przed rozpoczęciem zajęć.

II. Wyniki STAI (Posttest):

Lęk jako stan (X-1):

- Wynik surowy: 28
- Wynik w stenach: 3 sten

- Granica przedziału: 23-33 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 28 punktów, odpowiadający 3 stenom, wskazuje na niski poziom lęku jako stanu po zakończeniu teatroterapii.

Wyniki SES (Posttest):

- Wynik surowy: 25
- Wynik w stenach: 3 sten
- Granica przedziału: 21-29 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 25 punktów, odpowiadający 3 stenom, wskazuje na niską samoocenę po zakończeniu teatroterapii.

Rodzaj testu	Wynik surowy	Wynik w stenach	Granica przedziału	Interpretacja
Lęk jako stan (X-1) (Pretest)	47	8	42-52	wysoki poziom lęku
Lęk jako cecha (X-2) (Pretest)	67	10	61-73	wysoki poziom lęku
Lęk jako stan (X-1) (Posttest)	28	3	23-33	niski poziom lęku
SES (Pretest)	16	1	12-20	bardzo niska samoocena
SES (Posttest)	25	3	21-29	niska samoocena

Tabela nr 4. Zestawienie wyników testów P1

III. Obserwacja przypadku P1

1. Poziom lęku:

Na początku zajęć teatroterapeutycznych P1 był wycofany, unikał kontaktu werbalnego i miał ograniczone gesty. Starał się trzymać dystans od innych uczestników. Jego postawa była zamknięta, co sugerowało, że czuł się niekomfortowo w sytuacjach wymagających wyrażania emocji. Pod koniec cyklu zajęć P1 wykazywał znaczną poprawę. Stał się bardziej otwarty i aktywny. Z większą pewnością podejmował się zadań wymagających publicznej prezentacji. Zaczął skuteczniej radzić sobie w sytuacjach wymagających komunikacji interpersonalnej.

2. **Samoocena:**

W początkowym etapie zajęć P1 często krytykował swoje umiejętności i był niezadowolony z własnych osiągnięć. Pod koniec teatroterapii zaczął wyrażać większą satysfakcję ze swoich osiągnięć. Zauważono również, że P1 zaczął częściej wyrażać pozytywne opinie o swoich działaniach i umiejętnościach.

3. **Interakcje społeczne:**

Początkowo P1 unikał interakcji z innymi uczestnikami i był zamknięty w sobie. Z czasem stał się bardziej zaangażowany w interakcje grupowe, chętniej inicjował rozmowy i angażował się w działania wymagające współpracy z innymi. Był bardziej otwarty na kontakt z innymi członkami grupy.

4. **Ekspresja emocjonalna:**

Od samego początku zajęć P1 miał trudności z wyrażaniem emocji, jego gesty były ograniczone i sztywne. Pod koniec zajęć wyrażał swoje emocje z większą pewnością siebie, jego gesty były bardziej naturalne i swobodne.

IV. Wywiad dotyczący przypadku P1

W trakcie wywiadu z prowadzącymi zajęcia teatroterapeutyczne uzyskano cenne informacje dotyczące postępów przypadku P1. Prowadzący zwrócili uwagę na znaczną transformację, jaką P1 przeszedł podczas teatroterapii, szczególnie pod kątem wyrażania emocji i pewności siebie. Prowadzący zauważył:

- *„Jak on tutaj przyszedł i siedział, był taki wycofany całkowicie. Teraz to, co pokazuje na scenie, to jest jak stąd do Chicago. On naprawdę przełamał swoje ograniczenia.”*

W wywiadzie prowadzący podkreślili, że P1 na początku terapii miał trudności z wyrażaniem swoich myśli i uczuć, co wpływało na jego zdolność do uczestniczenia w improwizacjach oraz innych ćwiczeniach wymagających spontaniczności. Zauważono, że miał tendencję do wycofywania się i unikania sytuacji, które wymagały interakcji z grupą. Pod koniec zajęć teatroterapeutycznych prowadzący zauważyli, że P1 stał się bardziej odważny w wyrażaniu swoich emocji, zarówno na scenie, jak i poza nią. Prowadzący zauważyli, że P1 zaczął inicjować własne pomysły podczas ćwiczeń teatralnych. P1 stał się również bardziej otwarty na krytykę i sugestie od innych uczestników.

V. Interpretacja wszystkich wyników badań przypadku P1

Analiza wyników badań przypadku P1 wskazuje na znaczący i pozytywny wpływ teatroterapii na różne aspekty funkcjonowania pacjenta. Wysoki wynik STAI X-2 przed terapią wskazywał na ogólną tendencję do odczuwania bardzo wysokiego lęku. Natomiast poziom lęku jako stanu (STAI X-1) przed terapią był również wysoki, ale po zakończeniu cyklu zajęć znacznie się obniżył, co potwierdzają wyniki posttestu. Jednocześnie samoocena pacjenta poprawiła się z bardzo niskiej do niskiej, co może świadczyć o pozytywnym wpływie teatroterapii na jego postrzeganie siebie. P1 stał się również bardziej zaangażowany i otwarty, co było widoczne w jego aktywnym uczestnictwie w zajęciach oraz w większej swobodzie wyrażania emocji. W trakcie terapii zaczął inicjować własne pomysły w ćwiczeniach teatralnych, co świadczy o wzroście jego kreatywności i pewności siebie. Ponadto stał się bardziej otwarty na krytykę i sugestie od innych uczestników, co wskazuje na rozwój umiejętności interpersonalnych i zdolności do współpracy w grupie. Wszystkie te zmiany pokazują, że teatroterapia miała wieloaspektowy, korzystny wpływ na P1, zarówno w kontekście redukcji lęku i poprawy samooceny, jak i w rozwoju umiejętności osobistych i społecznych.

4.2.2. Przypadek P2

I. Wyniki STAI (Pretest):

1. Lęk jako stan (X-1):
   - Wynik surowy: 44
   - Wynik w stenach: 7 sten
   - Granica przedziału: 38-50 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 44 punkty, odpowiadający 7 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako stanu przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych.

2. Lęk jako cecha (X-2):
   - Wynik surowy: 46
   - Wynik w stenach: 8 sten
   - Granica przedziału: 40-52 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 46 punktów, odpowiadający 8 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako cechy przed rozpoczęciem zajęć.

Wyniki SES (Pretest):

- Wynik surowy: 28
- Wynik w stenach: 5 sten
- Granica przedziału: 23-33 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 28 punktów, odpowiadający 5 stenom, świadczy o przeciętnej samoocenie przed rozpoczęciem zajęć.

II. Wyniki STAI (Posttest):

Lęk jako stan (X-1):

- Wynik surowy: 42
- Wynik w stenach: 7 sten
- Granica przedziału: 36-48 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 42 punkty, odpowiadający 7 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako stanu po zakończeniu teatroterapii.

Wyniki SES (Posttest):

- Wynik surowy: 29
- Wynik w stenach: 5 sten
- Granica przedziału: 24-34 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 29 punktów, odpowiadający 5 stenom, wskazuje na przeciętną samoocenę po zakończeniu teatroterapii.

Rodzaj testu	Wynik surowy	Wynik w stenach	Granica przedziału	Interpretacja
Lęk jako stan (X-1) (Pretest)	44	7	38-50	wysoki poziom lęku
Lęk jako cecha (X-2) (Pretest)	46	8	40-52	wysoki poziom lęku
Lęk jako stan (X-1) (Posttest)	42	7	36-48	wysoki poziom lęku
SES (Pretest)	28	5	23-33	przeciętna samoocena
SES (Posttest)	29	5	24-34	przeciętna samoocena

Tabela nr 5. Zestawienie wyników testów P2

III. Obserwacja przypadku P2

1. Poziom lęku:

Początkowo P2 wykazywał nerwowość w trakcie nowych ćwiczeń teatralnych i unikał wyzwań. Kiedy popełniał błędy, trudno było mu je zaakceptować i okazywał frustrację. W miarę postępu zajęć teatroterapii zaczął reagować na stresujące sytuacje z mniejszym napięciem i lękiem. Stał się bardziej opanowany i mniej zaniepokojony. Zaczął też akceptować niepowodzenia.

2. Samoocena:

Na początku zajęć P2 wykazywał niepewność w wykonywaniu zadań teatralnych. Jego działania były pełne wahania, często pytał o potwierdzenie poprawności swoich działań i obawiał się, że nie sprosta wymaganiom ćwiczeń. P2 unikał zadań, które wymagały większej odpowiedzialności lub wystąpień przed grupą. Podczas kolejnych etapów terapii, P2 zyskał większą pewność siebie. Zaczął bardziej zdecydowanie podchodzić do zadań teatralnych, rzadziej pytał o potwierdzenie i samodzielnie podejmował decyzje dotyczące swoich interpretacji postaci, którą odgrywał. Jego mowa ciała stała się bardziej pewna.

3. Interakcje społeczne:

W pierwszych etapach zajęć P1 niechętnie wchodził w role, które wymagały interakcji i wolał wykonywać zadania indywidualne. Pod koniec teatroterapii, jego zaufanie do grupy wzrosło i wykazywał większą swobodę i zaangażowanie. Stał się bardziej aktywny w działaniach zespołowych.

4. Ekspresja emocjonalna:

W trakcie początkowych zajęć teatroterapeutycznych P2 miał wyraźne trudności z wyrażaniem swoich emocji. W trakcie ćwiczeń teatralnych często wydawał się spięty i unikał sytuacji, które wymagałyby od niego wyrażenia silnych emocji, takich jak radość, smutek czy gniew. Podczas pierwszych sesji, jego występy były raczej stonowane i monotonne, co sugerowało, że miał trudności z angażowaniem się emocjonalnym w odgrywaniu postaci. Pod koniec zajęć P2 stał się bardziej otwarty na wyrażanie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych emocji. Zaczął lepiej rozumieć i kontrolować swoje emocje, co przejawiało się w bardziej zrównoważonych i pewnych siebie wystąpieniach.

IV. Interpretacja wszystkich wyników badań przypadku P2

Na podstawie analizy wyników badań przypadku P2 można zauważyć kilka istotnych aspektów dotyczących wpływu teatroterapii na pacjenta. Wyniki testów STAI i SES wskazują, że P2 utrzymywał wysoki poziom lęku jako stanu zarówno przed, jak i po zajęciach, oraz przeciętną samoocenę, która pozostała stabilna przez cały okres terapii. Wynik STAI X-2, który mierzy ogólną tendencję do odczuwania lęku, również wskazuje na wysoki poziom lęku. Te wyniki sugerują, że teatroterapia nie wpłynęła znacząco na obniżenie poziomu lęku ani na zmianę samooceny w badanym okresie. Mimo to, obserwacje jakościowe wskazują na pewne pozytywne zmiany w zachowaniach P2, które mogą nie być w pełni uchwycone w testach psychologicznych. Na początku zajęć P2 wykazywał dużą niepewność i często szukał potwierdzenia swoich działań, co jest zgodne z przeciętnym poziomem samooceny. Taki poziom samooceny mógł powodować, że czuł się niepewnie w nowych sytuacjach i potrzebował potwierdzenia, ale jednocześnie nie była na tyle niska, aby całkowicie unikał wyzwań. W miarę postępu teatroterapii pacjent był bardziej swobodny w swoich działaniach, co sugeruje, że zajęcia mogły pomóc mu w zdobyciu większej pewności siebie w kontekście grupowym i w nowych sytuacjach. Poprawa zdolności do wyrażania emocji wskazuje na pozytywny wpływ zajęć na rozwój emocjonalny P2. Stał się bardziej otwarty na wyrażanie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych emocji, co może świadczyć o wzroście jego kompetencji emocjonalnych. Obserwacje dotyczące lęku również wskazują na pewne pozytywne zmiany, sugerujące większą samoakceptację i korzyści wynikające z uczestnictwa w grupie teatralnej. Podobnie, w obszarze interakcji społecznych, początkowo P2 nie wykazywał zaufania do reszty grupy. Pod koniec terapii zaufanie to

wzrosło, co przejawiało się większą swobodą i zaangażowaniem w działania zespołowe. Te zmiany mogą wskazywać na pozytywny wpływ teatroterapii na jego umiejętności interpersonalne i zdolność do współpracy w grupie. Wyniki obserwacji pokazały, jak pacjent radzi sobie w konkretnych sytuacjach i uwidoczniły zmiany w zachowaniach społecznych, pewności siebie i ekspresji emocjonalnej, mimo że jego poziom lęku i samooceny pozostał stabilny w testach psychologicznych.

4.2.3. Przypadek P3

I. Wyniki STAI (Pretest):

1. Lęk jako stan (X-1):
   - Wynik surowy: 33
   - Wynik w stenach: 5 sten
   - Granica przedziału: 21-33 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 33 punkty, odpowiadający 5 stenom, wskazuje na średni poziom lęku jako stanu przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych.

2. Lęk jako cecha (X-2):
   - Wynik surowy: 36
   - Wynik w stenach: 4 sten
   - Granica przedziału: 30-42 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 36 punktów, odpowiadający 4 stenom, wskazuje na średni poziom lęku jako cechy przed rozpoczęciem zajęć.

Wyniki SES (Pretest):

- Wynik surowy: 26
- Wynik w stenach: 4 sten
- Granica przedziału: 21-31 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 26 punktów, odpowiadający 4 stenom, świadczy o niskiej samoocenie przed rozpoczęciem zajęć.

II. Wyniki STAI (Posttest):

Lęk jako stan (X-1):

- Wynik surowy: 27
- Wynik w stenach: 2 sten
- Granica przedziału: 27-39 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 27 punktów, odpowiadający 2 stenom, wskazuje na niski poziom lęku jako stanu po zakończeniu teatroterapii.

Wyniki SES (Posttest):

- Wynik surowy: 29
- Wynik w stenach: 5 sten
- Granica przedziału: 24-34 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 29 punktów, odpowiadający 5 stenom, wskazuje na przeciętną samoocenę po zakończeniu teatroterapii.

Rodzaj testu	Wynik surowy	Wynik w stenach	Granica przedziału	Interpretacja
Lęk jako stan (X-1) (Pretest)	33	5	27-39	średni poziom lęku
Lęk jako cecha (X-2) (Pretest)	36	4	30-42	średni poziom lęku
Lęk jako stan (X-1) (Posttest)	27	2	21-33	niski poziom lęku
SES (Pretest)	26	4	21-31	niska samoocena
SES (Posttest)	29	5	24-34	przeciętna samoocena

Tabela nr 6. Zestawienie wyników testów P3

III. Obserwacja przypadku P3

1. Poziom lęku:

Na początku zajęć teatroterapeutycznych P3 wykazywał znaczny opór i obawiał się kompromitacji. Unikał sytuacji, w których mógłby zostać oceniony negatywnie. Pod koniec

zajęć jego obawy zmniejszyły się i wyraźnie widać było, że czerpał radość z odgrywania ról. Stał się bardziej swobodny i pewny siebie.

2. **Samoocena:**

Początkowo P3 był bardzo krytyczny wobec swoich umiejętności aktorskich i często unikał zadań wymagających większej odpowiedzialności. Niechętnie podejmował nowe wyzwania i wolał pozostawać w strefie komfortu. Z czasem, jak nabierał doświadczenia, zaczął podejmować inicjatywę i wykazywać większą otwartość na nowe role i zadania.

3. **Interakcje społeczne:**

W początkowym okresie zajęć P3 unikał interakcji grupowych i preferował zadania indywidualne. Z upływem czasu jednak zaczął angażować się w działania grupowe, wykazując cierpliwość i zrozumienie dla innych uczestników. Był bardziej otwarty na współpracę i chętniej nawiązywał kontakt z innymi członkami grupy.

4. **Ekspresja emocjonalna:**

P3 miał trudności z wyrażaniem emocji na początku zajęć. Jego ekspresja była ograniczona i sztywna. W miarę postępu teatroterapii jego ekspresja emocjonalna stała się bardziej swobodna i naturalna. Wyrażał swoje emocje z dużą pewnością siebie i znacznie lepiej radził sobie w sytuacjach wymagających wyrażania emocji.

IV. Wywiad dotyczący przypadku P3

Podczas rozmowy z prowadzącymi zajęcia teatroterapeutyczne zebrano ważne informacje o postępach pacjenta P3. Prowadzący zauważyli, że na początku terapii P3 miał znaczne opory przed zaakceptowaniem przydzielonej mu roli. Był niechętny do podejmowania wyzwań. Jeden z prowadzących wspomniał:

- *„Na początku P3 dostał rolę, z którą nie chciał się pogodzić. Powiedział, że on nie chce tej roli, że się wygłupi, że się do tego nie nadaje. Konfrontował się ze mną i ja mu dawałam uwagi, ale on nie chciał się z nimi zgodzić. I nagle zaczął działać w grupie, nie jako solista, tylko jako część grupy. Myśmy zobaczyli w nim ewolucję. A w roli okazał się rewelacyjny”.*

Pod koniec terapii P3 stał się bardziej otwarty na współpracę z innymi uczestnikami i lepiej radził sobie z wyrażaniem emocji. Prowadzący zauważyli, że P3 zaczął inicjować

własne pomysły podczas ćwiczeń teatralnych. Wykazywał większą kreatywność i pewność siebie, a także stał się bardziej otwarty na krytykę i sugestie od innych uczestników.

V. Interpretacja wszystkich wyników badań przypadku P3

Przypadek P3 pokazuje interesujący rozwój w trakcie teatroterapii, szczególnie w zakresie poziomu lęku, samooceny oraz interakcji społecznych. Przed rozpoczęciem zajęć teatralnych, wyniki testów STAI wskazywały na średni poziom lęku jako stanu (X-1) oraz jako cechy (X-2). Po zakończeniu cyklu zajęć, poziom lęku jako stanu (X-1) zmniejszył się do niskiego, co sugeruje, że teatroterapia pomogła P3 w lepszym radzeniu sobie z sytuacyjnym lękiem. Jeśli chodzi o samoocenę, przed rozpoczęciem teatroterapii P3 miał niską samoocenę, co potwierdzają wyniki SES. Po zakończeniu zajęć, samoocena pacjenta wzrosła do przeciętnego poziomu. Ta poprawa sugeruje, że zajęcia teatralne miały pozytywny wpływ na postrzeganie siebie przez P3, pomagając mu zyskać większą pewność siebie. Obserwowane zmiany w zachowaniach społecznych i emocjonalnych P3 również wskazują na pozytywny wpływ zajęć. Rozwój umiejętności współpracy, większa otwartość na krytykę i sugestie oraz wzrost kreatywności są zgodne z wynikami testów, które sugerują poprawę samooceny i zdolności radzenia sobie z lękiem. Ponadto, wzrost kreatywności i twórczości P3, który pod koniec terapii zaczął inicjować własne pomysły podczas ćwiczeń teatralnych, sugeruje, że zajęcia pomogły mu nie tylko w poprawie samooceny, ale także w rozwoju zdolności do wyrażania siebie i swoich emocji w sposób bardziej swobodny i naturalny. Jego ekspresja emocjonalna stała się bardziej autentyczna i spontaniczna, co może świadczyć o większej akceptacji siebie i swoich emocji.

4.2.4. Przypadek P4

I. Wyniki STAI (Pretest):

1. Lęk jako stan (X-1):
   - Wynik surowy: 68
   - Wynik w stenach: 10 sten
   - Granica przedziału: 62-74 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 68 punktów, odpowiadający 10 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako stanu przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych.

2. Lęk jako cecha (X-2):
   - Wynik surowy: 68
   - Wynik w stenach: 10 sten
   - Granica przedziału: 62-74 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 68 punktów, odpowiadający 10 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako cechy przed rozpoczęciem zajęć.

Wyniki SES (Pretest):

- Wynik surowy: 16
- Wynik w stenach: 1 sten
- Granica przedziału: 11-21 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 16 punktów, odpowiadający 1 stenowi, świadczy o bardzo niskiej samoocenie przed rozpoczęciem zajęć.

II. Wyniki STAI (Posttest):

Lęk jako stan (X-1):

- Wynik surowy: 54
- Wynik w stenach: 9 sten
- Granica przedziału: 48-60 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 54 punktów, odpowiadający 9 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako stanu po zakończeniu teatroterapii.

Wyniki SES (Posttest):

- Wynik surowy: 19
- Wynik w stenach: 2 sten
- Granica przedziału: 14-24 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 19 punktów, odpowiadający 2 stenom, wskazuje na niską samoocenę po zakończeniu teatroterapii.

Rodzaj testu	Wynik surowy	Wynik w stenach	Granica przedziału	Interpretacja
Lęk jako stan (X-1) (Pretest)	68	10	62-74	wysoki poziom lęku
Lęk jako cecha (X-2) (Pretest)	68	10	62-74	wysoki poziom lęku
Lęk jako stan (X-1) (Posttest)	54	9	48-60	wysoki poziom lęku
SES (Pretest)	16	1	11-21	bardzo niska samoocena
SES (Posttest)	19	2	14-24	niska samoocena

Tabela nr 7. Zestawienie wyników testów P4

III. Obserwacja przypadku P3

1. Poziom lęku:

Na początku zajęć teatroterapeutycznych P4 często unikał wzroku innych uczestników i trzymał się na uboczu podczas wspólnych działań. Podczas zadań aktorskich jego ruchy były sztywne i spięte. W trudnych momentach, takich jak wystąpienia przed grupą, jego napięcie stawało się bardziej widoczne, co objawiało się drżeniem rąk. Pomimo to, P4 kontynuował swoje działania, starając się sprostać wymaganiom.

2. Samoocena:

P4 na początku zajęć niechętnie podejmował zadania wymagające większej odpowiedzialności. Często widać było, że miał wątpliwości co do swoich umiejętności i rzadko wyrażał zadowolenie z wykonanej pracy. Mimo to, wykazywał wytrwałość i konsekwentnie dążył do poprawy swoich wystąpień, wielokrotnie powtarzając zadania. Z czasem jego podejście stało się bardziej pewne, a w trakcie zadań aktorskich zaczynał działać z większą swobodą.

3. Interakcje społeczne:

Na początku zajęć P4 unikał inicjowania rozmów i rzadko angażował się w grupowe działania. Często stał z boku, obserwując innych uczestników, zamiast aktywnie uczestniczyć w interakcjach. W końcowej części zajęć P4 zaczął bardziej angażować się w rozmowy

i współpracę z innymi uczestnikami, choć nadal był raczej powściągliwy w porównaniu do bardziej otwartych członków grupy.

4. **Ekspresja emocjonalna:**

P4 miał trudności z wyrażaniem emocji na początku zajęć. Jego ekspresja była ograniczona i sztywna. Z upływem czasu jego ekspresja emocjonalna stała się bardziej swobodna i naturalna. Pomimo tego, nadal odczuwał duży stres, co było widoczne w jego napiętej postawie.

IV. Interpretacja wszystkich wyników badań przypadku P3

W przypadku P4, wyniki badań wskazują na wysoki poziom lęku zarówno jako stanu, jak i cechy przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych. To sugeruje ogólną tendencję do odczuwania intensywnego lęku. Po zakończeniu teatroterapii poziom lęku jako stanu nieznacznie się obniżył, ale nadal pozostawał wysoki, co może sugerować, że zajęcia miały ograniczony wpływ na redukcję lęku w przypadku P4. Bardzo niska samoocena P4 przed rozpoczęciem zajęć nieznacznie poprawiła się po terapii, co może świadczyć o delikatnym, ale pozytywnym wpływie zajęć na jego samoocenę. Obserwowane zmiany w zachowaniach P4 wskazują na pewne pozytywne zmiany. Jego zwiększona otwartość w wyrażaniu emocji oraz wytrwałość mimo odczuwanej frustracji sugerują, że uczestnictwo w zajęciach teatroterapeutycznych pomogło mu w rozwoju umiejętności radzenia sobie z lękiem i zwiększeniu pewności siebie. Choć poziom lęku i samooceny nie zmienił się drastycznie, zauważalne zmiany w zachowaniach P4 mogą świadczyć o stopniowym procesie poprawy.

4.2.5. Przypadek P5

I. Wyniki STAI (Pretest):

1. Lęk jako stan (X-1):
   - Wynik surowy: 49
   - Wynik w stenach: 8 sten
   - Granica przedziału: 43-55 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 49 punktów, odpowiadający 8 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako stanu przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych.

2. Lęk jako cecha (X-2):
   - Wynik surowy: 45
   - Wynik w stenach: 7 sten
   - Granica przedziału: 39-51 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 45 punktów, odpowiadający 7 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako cechy przed rozpoczęciem zajęć.

Wyniki SES (Pretest):

- Wynik surowy: 19
- Wynik w stenach: 2 sten
- Granica przedziału: 14-24 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 19 punktów, odpowiadający 2 stenom, świadczy o bardzo niskiej samoocenie przed rozpoczęciem zajęć.

II. Wyniki STAI (Posttest):

Lęk jako stan (X-1):

- Wynik surowy: 38
- Wynik w stenach: 6 sten
- Granica przedziału: 32-44 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 38 punktów, odpowiadający 6 stenom, wskazuje na średni poziom lęku jako stanu po zakończeniu teatroterapii.

Wyniki SES (Posttest):

- Wynik surowy: 24
- Wynik w stenach: 3 sten
- Granica przedziału: 19-29 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 24 punktów, odpowiadający 3 stenom, wskazuje na niską samoocenę po zakończeniu teatroterapii.

Rodzaj testu	Wynik surowy	Wynik w stenach	Granica przedziału	Interpretacja
Lęk jako stan (X-1) (Pretest)	49	8	43-55	wysoki poziom lęku
Lęk jako cecha (X-2) (Pretest)	45	7	39-51	wysoki poziom lęku
Lęk jako stan (X-1) (Posttest)	38	6	32-44	średni poziom lęku
SES (Pretest)	19	2	14-24	bardzo niska samoocena
SES (Posttest)	24	3	19-29	niska samoocena

Tabela nr 8. Zestawienie wyników testów P5

III. Obserwacja przypadku P5

1. Poziom lęku:

Początkowo P5 był bardzo wycofany i unikał sytuacji, które mogłyby go narazić na negatywną ocenę. W trakcie zajęć teatroterapeutycznych starał się unikać uwagi innych. Jednak mimo tych obaw nie zniechęcał się i kontynuował uczestnictwo. Pod koniec zajęć chętniej brał udział w zadaniach.

2. Samoocena:

Na początku zajęć P5 był krytyczny wobec swoich umiejętności. Często miał wątpliwości co do swoich działań i rzadko był zadowolony z efektów swojej pracy. Podczas ostatniego etapu zajęć było widać, że czuje się pewniej na zajęciach. P5 ciężko pracował, wielokrotnie powtarzając zadania, aby osiągnąć widoczny efekt. Jego zaangażowanie i determinacja przyniosły pozytywne rezultaty.

3. Interakcje społeczne:

P5 na początku zajęć unikał interakcji z grupą i był bardzo wycofany. Był miły w stosunku do innych, ale nie inicjował kontaktu. Miał bierną postawę. W miarę postępu teatroterapii zaczął się bardziej angażować w działania grupowe, wykazywał większą otwartość na współpracę i chętniej nawiązywał kontakty z innymi uczestnikami. Stał się bardziej aktywny w grupie i lepiej współpracował z innymi.

4. Ekspresja emocjonalna:

P5 miał duże trudności z wyrażaniem emocji na scenie. Był spięty i jego ekspresja oraz mowa ciała były bardzo ograniczone. Pomimo tych trudności, pod koniec zajęć było widać,

że cieszy go udział w przygotowaniu spektaklu, nawet jeśli nadal miał problemy z okazaniem emocji.

IV. Wywiad dotyczący przypadku P5

W trakcie przeprowadzenia wywiadu z prowadzącymi zajęcia teatroterapeutyczne uzyskano wgląd w postępy pacjenta P5. Na początku teatroterapii P5 często wyrażał obawy przed występami, unikał sytuacji, które mogłyby go narazić na negatywną ocenę. Prowadzący zauważyli, że mimo tych obaw P5 wykazywał determinację i łatwo się nie poddawał. Jeden z prowadzących podkreślił:

- *„To, co P5 pokazał na scenie, to jest ogromne przełamanie się. Zdobył Himalaje swoich możliwości. Ktoś z boku może odbierać go jako bardzo sztywnego na scenie, a to jest szczyt jego możliwości."*

Prowadzący wskazali, że P5 z czasem zaczął bardziej angażować się w zajęcia, mimo że musiał wielokrotnie powtarzać zadania, aby osiągnąć oczekiwane rezultaty. Wykazywał cierpliwość i wytrwałość. Prowadzący zauważyli również, że P5 stał się bardziej otwarty na feedback i starał się go uwzględniać w swoich występach.

V. Interpretacja wszystkich wyników badań przypadku P5

Wyniki testów STAI i SES wskazują, że P5 zmagał się z wysokim poziomem lęku jako stanu oraz bardzo niską samooceną przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych. Po zakończeniu cyklu zajęć poziom lęku jako stanu zmniejszył się do poziomu średniego, a samoocena poprawiła się z bardzo niskiej do niskiej. Wysoki poziom lęku jako cechy (STAI X-2) wskazuje, że P5 ma ogólną tendencję do odczuwania lęku. Poziom lęku jako stanu (STAI X-1) zmniejszył się po zajęciach, co może sugerować, że działania teatralne miały pozytywny wpływ na jego zdolność do radzenia sobie z lękiem w konkretnych sytuacjach oraz na zdolność zarządzania swoim lękiem i postrzeganiem siebie. Zmiany w samoocenie, widoczne w wynikach SES, mogą wskazywać na wzrost pewności siebie wynikający z aktywnego uczestnictwa w zajęciach teatralnych. W kontekście interakcji społecznych, obserwowane zmiany wskazują na rozwój umiejętności współpracy oraz większą otwartość

na współpracę z innymi uczestnikami. Choć P5 nadal miał trudności z wyrażaniem emocji, jego udział w przygotowaniach do spektaklu oraz zauważalna radość z tego procesu tworzenia wskazują na zwiększenie jego zaangażowania i motywacji. Analiza wyników przypadku P5 wskazuje na znaczące zmiany w poziomie lęku i samoocenie, które mogą świadczyć o pozytywnym wpływie zajęć teatroterapeutycznych na różne aspekty funkcjonowania pacjenta.

4.2.6. Przypadek P6

I. Wyniki STAI (Pretest):

1. Lęk jako stan (X-1):
   - Wynik surowy: 39
   - Wynik w stenach: 6 sten
   - Granica przedziału: 33-45 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 39 punktów, odpowiadający 6 stenom, wskazuje na średni poziom lęku jako stanu przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych.

2. Lęk jako cecha (X-2):
   - Wynik surowy: 49
   - Wynik w stenach: 9 sten
   - Granica przedziału: 43-55 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 49 punktów, odpowiadający 9 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako cechy przed rozpoczęciem zajęć.

Wyniki SES (Pretest):

- Wynik surowy: 28
- Wynik w stenach: 5 sten
- Granica przedziału: 23-33 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 28 punktów, odpowiadający 5 stenom, świadczy o przeciętnej samoocenie przed rozpoczęciem zajęć.

II. Wyniki STAI (Posttest):

Lęk jako stan (X-1):

- Wynik surowy: 36
- Wynik w stenach: 5 sten
- Granica przedziału: 30-42 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 36 punktów, odpowiadający 5 stenom, wskazuje na średni poziom lęku jako stanu po zakończeniu teatroterapii.

Wyniki SES (Posttest):

- Wynik surowy: 30
- Wynik w stenach: 6 sten
- Granica przedziału: 25-35 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 24 punkty, odpowiadający 3 stenom, wskazuje na przeciętną samoocenę po zakończeniu teatroterapii.

Rodzaj testu	Wynik surowy	Wynik w stenach	Granica przedziału	Interpretacja
Lęk jako stan (X-1) (Pretest)	39	6	33-45	średni poziom lęku
Lęk jako cecha (X-2) (Pretest)	49	9	43-55	wysoki poziom lęku
Lęk jako stan (X-1) (Posttest)	36	5	30-42	średni poziom lęku
SES (Pretest)	28	5	23-33	przeciętna samoocena
SES (Posttest)	30	6	25-35	przeciętna samoocena

Tabela nr 9. Zestawienie wyników testów P6

III. Obserwacja przypadku P6

1. Poziom lęku:

P6 na początku zajęć wykazywał umiarkowany poziom napięcia w trudnych sytuacjach, takich jak wystąpienia przed grupą. W chwilach stresu często próbował maskować

swoje lęki poprzez prześmiewcze zachowanie i wygłupy. Mimo to, nie wycofywał się z zadań i starał się aktywnie uczestniczyć w zajęciach.

2. **Samoocena:**

P6 często próbował zwrócić na siebie uwagę grupy, używając humoru i prześmiewczych uwag, co mogło być sposobem radzenia sobie z niepewnością. Na zakończenie zajęć teatroterapeutycznych, gdy stawał się bardziej pewny siebie, jego zachowanie zmieniło się. Mniej wygłupiał się, a bardziej skupiał się na wspólnej pracy i realizacji zadań. Z czasem jego działania stały się bardziej zdecydowane i pewne.

3. **Interakcje społeczne:**

Na początku P6 unikał intensywnych interakcji z grupą, preferując zadania indywidualne i używając humoru, co czasami irytowało innych uczestników. Stopniowo jednak zaczął bardziej angażować się w działania grupowe, wykazując większą otwartość na współpracę i kontakt z innymi uczestnikami. Jego relacje z grupą poprawiły się, a on sam stał się bardziej aktywny w uczestnictwie w zajęciach.

4. **Ekspresja emocjonalna:**

P6 początkowo miał trudności z wyrażaniem emocji, co ukrywał za prześmiewczym zachowaniem. Jego ekspresja była ograniczona i czasami niepewna. W trakcie zajęć teatralnych jego wyrażanie emocji stało się bardziej naturalne i swobodne. P6 wykazywał większe zaangażowanie w odgrywanie ról, stawał się bardziej kreatywny i otwarty na nowe pomysły. Jego gesty, mimika i ruchy ciała stały się bardziej wyraziste i pełne emocji.

IV. Interpretacja wszystkich wyników badań przypadku P6

Analiza wyników testów oraz obserwacji przypadku P6 wskazuje na istotne zmiany w funkcjonowaniu pacjenta w trakcie teatroterapii. Wyniki testów STAI X-1 wskazywały na średni poziom lęku jako stanu przed rozpoczęciem zajęć, który po zakończeniu terapii nieznacznie się obniżył, sugerując pewną poprawę w radzeniu sobie z sytuacyjnym stresem. Wysoki poziom lęku jako cechy (STAI X-2) przed terapią wskazywał na tendencję do odczuwania lęku, co mogło wpływać na początkowe zachowanie P6. Wyniki SES przed terapią wskazywały na przeciętną samoocenę, która po zakończeniu zajęć wzrosła, co sugeruje pozytywny wpływ terapii na postrzeganie siebie przez pacjenta. Ta poprawa samooceny mogła być związana z większą pewnością siebie i mniejszym lękiem w trakcie wystąpień grupowych. Obserwacje wskazują, że P6 na początku terapii wykazywał

zachowania atencyjne, które mogły być sposobem na maskowanie lęku i niepewności. Z czasem zachowania te stopniowo ustępowały miejsca bardziej konstruktywnemu udziałowi w zajęciach i współpracy z grupą. Zwiększone zaangażowanie w działania grupowe oraz bardziej naturalna i swobodna ekspresja emocjonalna wskazują na pozytywny wpływ zajęć. Wyniki badań wskazują na redukcję lęku, zwiększenie samooceny oraz poprawę umiejętności społecznych i ekspresji emocjonalnej.

4.2.7. Przypadek P7

I. Wyniki STAI (Pretest):

1. Lęk jako stan (X-1):
   - Wynik surowy: 36
   - Wynik w stenach: 5 sten
   - Granica przedziału: 30-42 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 36 punktów, odpowiadający 5 stenom, wskazuje na średni poziom lęku jako stanu przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych.

2. Lęk jako cecha (X-2):
   - Wynik surowy: 38
   - Wynik w stenach: 5 sten
   - Granica przedziału: 32-44 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 38 punktów, odpowiadający 5 stenom, wskazuje na średni poziom lęku jako cechy przed rozpoczęciem zajęć.

Wyniki SES (Pretest):

- Wynik surowy: 22
- Wynik w stenach: 3 sten
- Granica przedziału: 17-27 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 22 punkty, odpowiadający 3 stenom, świadczy o niskiej samoocenie przed rozpoczęciem zajęć.

II. Wyniki STAI (Posttest):

Lęk jako stan (X-1):

- Wynik surowy: 37
- Wynik w stenach: 5 sten
- Granica przedziału: 31-43 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 37 punktów, odpowiadający 5 stenom, wskazuje na średni poziom lęku jako stanu po zakończeniu teatroterapii.

Wyniki SES (Posttest):

- Wynik surowy: 23
- Wynik w stenach: 3 sten
- Granica przedziału: 18-28 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 23 punktów, odpowiadający 3 stenom, wskazuje na niską samoocenę po zakończeniu teatroterapii.

Rodzaj testu	Wynik surowy	Wynik w stenach	Granica przedziału	Interpretacja
Lęk jako stan (X-1) (Pretest)	36	5	30-42	średni poziom lęku
Lęk jako cecha (X-2) (Pretest)	38	5	32-44	średni poziom lęku
Lęk jako stan (X-1) (Posttest)	37	5	31-43	średni poziom lęku
SES (Pretest)	22	3	17-27	niska samoocena
SES (Posttest)	23	3	18-28	niska samoocena

Tabela nr 10. Zestawienie wyników testów P7

III. Obserwacja przypadku P7

1. Poziom lęku:

P7 na początku zajęć wykazywał ostrożność w podejmowaniu nowych ról i zadań teatralnych. W trudnych sytuacjach, takich jak wystąpienia przed grupą, czasami przejawiał napięcie, ale kontynuował swoje występy i starał się aktywnie uczestniczyć w zajęciach. Jego

zachowanie sugerowało, że potrafi skutecznie zarządzać swoimi emocjami, aby kontynuować działania.

2. **Samoocena:**

P7 często wyrażał umiarkowane zadowolenie z własnych osiągnięć. Na początku zajęć zdarzały się momenty wątpliwości, jednak w miarę postępu terapii coraz częściej wyrażał satysfakcję z wyników swojej pracy. Jego działania były bardziej zdecydowane, a on sam zaczął wykazywać większą pewność siebie w wykonywaniu zadań.

3. **Interakcje społeczne:**

P7 od początku dobrze funkcjonował w grupie, chętnie uczestniczył w działaniach zespołowych. Współpracował z innymi uczestnikami i wykazywał otwartość na współpracę. Jego relacje z grupą były pozytywne, co przejawiało się w aktywnym uczestnictwie w zadaniach grupowych. Chętnie dzielił się swoimi osobistymi przeżyciami oraz był otwarty na sugestie i spostrzeżenia innych.

4. **Ekspresja emocjonalna:**

P7 miał umiarkowaną łatwość w wyrażaniu emocji. Na początku zajęć jego ekspresja była bardziej stonowana, ale z czasem stała się bardziej naturalna i pewna. Wyrażał swoje emocje w sposób zrównoważony, co pozwalało mu na lepsze radzenie sobie w sytuacjach wymagających wyrażania uczuć. Jego zaangażowanie w odgrywanie ról było widoczne, a on sam wykazywał otwartość na nowe pomysły i kreatywność w interpretacji postaci.

IV. Interpretacja wszystkich wyników badań przypadku P7

Analiza wyników testów STAI i SES wskazują, że P7 charakteryzuje się umiarkowanym poziomem lęku i niską samooceną. Średni poziom lęku jako cechy (STAI X-2) sugeruje, że P7 generalnie doświadcza umiarkowanego lęku w codziennych sytuacjach. Poziom lęku jako stanu (STAI X-1) również pozostawał na średnim poziomie zarówno przed, jak i po zakończeniu zajęć, co może wskazywać na stabilność emocjonalną P7 w kontekście specyficznych sytuacji teatralnych. P7 utrzymywał niską samoocenę przez cały okres terapii, co odzwierciedlają wyniki SES. Pomimo to, obserwacje wskazują na pewne zmiany w postrzeganiu własnych umiejętności i osiągnięć, co może sugerować, że zajęcia teatralne miały subtelny, pozytywny wpływ na jego pewność siebie. Obserwacje dotyczące interakcji społecznych i ekspresji emocjonalnej P7 pokazują, że uczestnictwo w grupie teatralnej sprzyjało rozwijaniu umiejętności współpracy, otwartości na sugestie innych oraz zdolności

wyrażania emocji. Te zmiany wskazują na to, że zajęcia teatralne mogły wspierać rozwój emocjonalno-społeczny P7, mimo że ogólny poziom samooceny pozostał niski.

4.2.8. Przypadek P8

I. Wyniki STAI (Pretest):

1. Lęk jako stan (X-1):
   - Wynik surowy: 46
   - Wynik w stenach: 7 sten
   - Granica przedziału: 41-51 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 46 punktów, odpowiadający 7 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako stanu przed rozpoczęciem zajęć teatroterapeutycznych.

2. Lęk jako cecha (X-2):
   - Wynik surowy: 56
   - Wynik w stenach: 10 sten
   - Granica przedziału: 50-62 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 56 punktów, odpowiadający 10 stenom, wskazuje na wysoki poziom lęku jako cechy przed rozpoczęciem zajęć.

Wyniki SES (Pretest):

- Wynik surowy: 27
- Wynik w stenach: 4 sten
- Granica przedziału: 22-32 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 27 punktów, odpowiadający 4 stenom, świadczy o niskiej samoocenie przed rozpoczęciem zajęć.

II. Wyniki STAI (Posttest):

Lęk jako stan (X-1):

- Wynik surowy: 25

- Wynik w stenach: 1 sten
- Granica przedziału: 20-30 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 25 punktów, odpowiadający 1 stenowi, wskazuje na niski poziom lęku jako stanu po zakończeniu teatroterapii.

Wyniki SES (Posttest):

- Wynik surowy: 30
- Wynik w stenach: 6 sten
- Granica przedziału: 25-35 (95% przedział ufności)

Interpretacja: Wynik 30 punktów, odpowiadający 6 stenom, wskazuje na przeciętną samoocenę po zakończeniu teatroterapii.

Rodzaj testu	Wynik surowy	Wynik w stenach	Granica przedziału	Interpretacja
Lęk jako stan (X-1) (Pretest)	46	7	41-51	wysoki poziom lęku
Lęk jako cecha (X-2) (Pretest)	56	10	50-62	wysoki poziom lęku
Lęk jako stan (X-1) (Posttest)	25	1	20-30	niski poziom lęku
SES (Pretest)	27	4	22-32	niska samoocena
SES (Posttest)	30	6	25-35	przeciętna samoocena

Tabela nr 11. Zestawienie wyników testów P8

III. Obserwacja przypadku P7

1. Poziom lęku:

W początkowej fazie zajęć P8 był wyraźnie zaniepokojony, unikał kontaktu wzrokowego i widać było, że czuje się nieswojo w nowych sytuacjach. Podczas pierwszych ćwiczeń teatralnych często robił długie przerwy i starał się unikać zadań, które wymagałyby wystąpień przed całą grupą. Pod koniec zajęć stopniowo stawał się bardziej zrelaksowany i aktywniejszy. Zauważalna była jego większa swoboda w poruszaniu się po scenie oraz gotowość do podejmowania ról wymagających większej ekspresji.

2. Samoocena:

Na początku cyklu zajęć P8 unikał ról wymagających pewności siebie, często komentując swoje umiejętności w sposób zaniżający. Jego wystąpienia były początkowo bardzo powściągliwe i niepewne. W miarę postępu zajęć, zaczął wyrażać większe zadowolenie z własnych osiągnięć i podejmować bardziej wymagające zadania aktorskie. Widać było, że staje się bardziej zadowolony z rezultatów swojej pracy, co manifestowało się w częstszym podejmowaniu inicjatywy i wprowadzaniu własnych pomysłów.

3. Interakcje społeczne:

Początkowo P8 preferował pracę samodzielną, rzadko angażując się w aktywności grupowe. Niechętnie nawiązywał kontakt z innymi uczestnikami i unikał działań zespołowych. Z czasem zaczął bardziej aktywnie uczestniczyć w interakcjach grupowych. Coraz częściej inicjował rozmowy, proponował wspólne rozwiązania podczas ćwiczeń i wspierał innych uczestników w ich zadaniach. Jego zaangażowanie w działania grupowe znacząco wzrosło, a relacje z innymi stały się bardziej otwarte i konstruktywne.

4. Ekspresja emocjonalna:

Z początku P8 miał trudności z wyrażaniem emocji. Jego gesty były stonowane, a mimika twarzy ograniczona. Podczas pierwszych wystąpień można było zauważyć brak pewności siebie i obawę przed oceną. Pod sam koniec sesji teatralnych jego ekspresja stała się bardziej wyrazista. Zaczął lepiej wykorzystywać gesty, mimikę oraz ton głosu do wyrażania emocji. Widać było, że czerpał większą satysfakcję z odgrywanych ról i bardziej naturalnie wyrażał swoje emocje na scenie.

IV. Interpretacja wszystkich wyników badań przypadku P7

Wyniki testów wskazują na znaczące zmiany w funkcjonowaniu P8 po zakończeniu zajęć teatroterapeutycznych. Wysoki poziom lęku jako cechy (STAI X-2) przed terapią wskazywał na ogólną tendencję do odczuwania intensywnego lęku. Poziom lęku jako stanu (STAI X-1) przed terapią był również wysoki, co sugeruje, że P8 doświadczał znacznego lęku w konkretnych sytuacjach związanych z zajęciami teatralnymi. Jednak po zakończeniu cyklu zajęć poziom lęku jako stanu znacząco się obniżył, co wskazuje na to, że działania teatralne miały istotny wpływ na zdolność P8 do radzenia sobie z lękiem w określonych sytuacjach. Samoocena P8 również uległa poprawie w trakcie terapii. Przed rozpoczęciem zajęć wyniki SES wskazywały na niską samoocenę, natomiast po zakończeniu terapii samoocena wzrosła do poziomu przeciętnego. Zwiększenie samooceny może świadczyć o pozytywnym wpływie

teatroterapii na postrzeganie siebie przez P8, co mogło przełożyć się na większą pewność siebie i zadowolenie z własnych osiągnięć. Obserwacje podczas zajęć potwierdzają te zmiany, pokazując, że P8 stopniowo stawał się bardziej zaangażowany i aktywny w działaniach grupowych, lepiej radził sobie z wyrażaniem emocji oraz wykazywał większą pewność siebie. Te zmiany sugerują, że terapia teatralna miała kompleksowy, pozytywny wpływ na P8, wspierając rozwój jego umiejętności społecznych, emocjonalnych i interpersonalnych. Wszystkie te wyniki wskazują na korzystny wpływ teatroterapii na P8, zarówno w zakresie redukcji lęku, jak i poprawy samooceny, co przełożyło się na lepsze funkcjonowanie w sytuacjach społecznych i artystycznych.

4.3. Interakcje w grupie

W tym rozdziale omówione zostały obserwacje i wnioski dotyczące dynamiki grupowej, jakie pojawiły się w trakcie wywiadu z osobami prowadzącymi zajęcia teatroterapeutyczne z osobami z uzależnieniem. Skupiono się też na interakcjach między uczestnikami, współpracy w grupie, rozwiązywaniu konfliktów oraz wpływie tych interakcji na poziom lęku i samoocenę uczestników.

4.3.1. Dynamika grupowa

Prowadzący zajęcia szczegółowo opisywali, jak zmieniała się dynamika grupy podczas cyklu zajęć teatroterapeutycznych. Na początku uczestnicy wchodzili w nowe role, co wyzwalało w nich różnorodne emocje i doświadczenia:

- *„Wykorzystujemy elementy terapii przez teatr, które opierają się na pracy w grupie. Uczestnicy muszą angażować się w inny sposób niż w ośrodku, wchodząc w nowe interakcje. Grają role, co wyzwala w nich różne emocje i pomaga w leczeniu, pozwalając im doświadczyć siebie w nowy sposób."*

W trakcie zajęć uczestnicy uczyli się współpracować i komunikować w nowych, często trudnych dla siebie sytuacjach. Proces ten wymagał od nich zaangażowania oraz przełamywania swoich barier i ograniczeń:

- *„My z tą grupą pracujemy na miarę ich możliwości, tu nie chodzi o nas, o nasz potencjał, tylko o ich możliwości. Oni naprawdę przełamują swoje ograniczenia, i takie poczucie, że niczego nigdy nie dokończyli a tutaj potrafią to zrobić."*

Spektakl teatralny, który był finałowym elementem zajęć, stanowił wyjątkową formę integracji dla uczestników. Przygotowanie do występu było procesem, który wymaga współpracy, zaufania i wspierania się:

- *„Przygotowanie spektaklu to niezwykłe doświadczenie dla uczestników. Wspólne próby, nauka ról i praca nad przedstawieniem tworzą silne więzi i budują poczucie*

wspólnoty. Dla wielu z nich to wyjątkowa okazja, aby poczuć się częścią czegoś większego i znaczącego."

Istotnym elementem zajęć było również spotkanie po zakończeniu spektaklu, podczas którego uczestnicy mieli okazję podsumować swoją pracę i podzielić się osobistymi refleksjami:

- *„Po spektaklu mamy jeszcze ostatnie spotkanie i rozmawiamy o tym, co im dało to bycie w teatrologach. Opowiadają o swoich osobistych przeżyciach, jak oni to przeżyli i zdarzają się osoby, które mówią, że tylko to, że były w teatrologach, spowodowało to, że nie opuściły ośrodka, że miały kryzys i chciały skończyć leczenie."*

Podsumowanie pozwoliło uczestnikom na refleksję nad własnym rozwojem oraz na dostrzeżenie zmian, jakie zaszły w ich życiu dzięki udziałowi w zajęciach teatroterapeutycznych. Był to moment, w którym mogli uświadomić sobie wartość swojej pracy i osiągnięć, co dodatkowo wzmacnia ich poczucie własnej wartości i sprawczości.

4.3.2. Współpraca i interakcje

Głównym aspektem zajęć teatroterapeutycznych była współpraca między uczestnikami. Prowadzący opisali, jak uczestnicy uczyli się pracy zespołowej, co było niezbędne do osiągnięcia sukcesu całego przedsięwzięcia:

- *„Ta grupa to takie tworzenie się państwa w państwie – tworzą się więzi, które dla innych osób z ośrodka, które nie są w tej grupie, staja się atrakcyjne w jakiś sposób, ciekawe na tyle, że chcą przyjść tutaj na te zajęcia. Oni w tej grupie bardzo wiążą się ze sobą."*

Wspólne przygotowywanie spektaklu, w którym każdy miał swoją rolę, wymagało od uczestników wzajemnego wsparcia i zrozumienia. To sprzyjało tworzeniu silnych więzi i poczucia przynależności do grupy.

4.3.3. Rozwiązywanie konfliktów

Prowadzący również podkreślali, że konflikty były naturalną częścią procesu grupowego i stanowiły okazję do nauki i rozwoju dla uczestników:

- *„Jeśli widzimy, że coś nie idzie w pracy, że w grupie coś się dzieje, to siadamy i rozmawiamy. Pojawiają się wtedy kwestie interpersonalne, wychodzą jakieś konflikty. Uczestnicy muszą wchodzić w interakcje, bo pracują razem, i jeśli jest konflikt między nimi, to wychodzi to na scenie."*

Rozwiązywanie konfliktów odbywało się zarówno na poziomie grupowym, jak i indywidualnym, przy wsparciu psychoterapeutów. W ten sposób uczestnicy uczyli się radzić sobie z trudnymi emocjami i sytuacjami, co przekładało się na ich rozwój osobisty i terapeutyczny:

- *„Część konfliktów da się tak rozwiązać tak, że nie przeszkadza to na scenie, sami to rozwiązują, a część spraw trafia do terapii indywidualnej, bo też korzystamy z pomocy psychoterapeutów w ośrodku i na zebraniach zespołu terapeutycznego prosimy o przepracowanie tematu w terapii indywidualnej."*

4.3.4. Wpływ na poziom lęku

Prowadzący zaobserwowali, że w miarę postępów w zajęciach, uczestnicy stawali się bardziej pewni siebie i lepiej radzili sobie z sytuacjami wywołującymi lęk:

- *„Myślę, że ich lęk i samoocena bardzo zmieniają się w trakcie bycia w teatrologach. Bo oni wychodzą z tego spektaklu z takim wielkim poczuciem sprawczym. Na początku mówię im, że będzie nudno, że praca jest żmudna, dużo powtórek, każdy kroczek trzeba im pokazać. Dopiero jak się rozkręcają to zaczynają dawać coś od siebie."*

Uczestnicy uczyli się radzić sobie z lękiem poprzez udział w przedstawieniach i pracę nad rolami. Umożliwiało im to przepracowanie swoich emocji w bezpiecznym środowisku, co prowadziło do obniżenia poziomu lęku:

-*„Dlatego wychodzą z takim poczuciem samorealizacji, sprawczości, poczucia bliskości z innymi ludźmi. Oni mówią, że narkotyki odbierają tę zdolność kończenia rzeczy. Wychodzą też z takim poczuciem, że zrobili coś od początku do końca na trzeźwo – i to jest ważne dla nich.”*

4.3.5. Wpływ na samoocenę

Poprzez wcielanie się w różne role i pracę nad przedstawieniami, uczestnicy zyskiwali nowe umiejętności i poczucie własnej wartości:

- *„Jak stoją a scenie i publiczność bije im brawa to odczuwają niejednokrotnie taką radość na trzeźwo i nagle okazuje się, że to uczucie radości na trzeźwo jest czymś nowym dla nich wszystkich.”*

Prowadzący zauważyli, że uczestnicy stali się bardziej pewni siebie i zyskiwali większą samoocenę dzięki sukcesom na scenie i wsparciu grupy:

- *„Tu w spektaklach okazuje się, że jest takie dziwne odwrócenie – w prawdziwym życiu wchodzi się do teatru, aby przeżyć magiczny świat. A tutaj w terapii, do teatru wchodzą jak do prawdziwego życia.”*

Podsumowując ten rozdział można zwrócić uwagę na to, że interakcje grupowe w ramach zajęć teatroterapeutycznych odgrywają znaczącą rolę w procesie terapeutycznym osób z uzależnieniem. Wspólne przygotowanie spektaklu sprzyja budowaniu więzi, rozwijaniu umiejętności współpracy oraz przełamywaniu osobistych ograniczeń. Konflikty, które pojawiają się w trakcie zajęć, stanowią cenną okazję do nauki i rozwoju, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i grupowym. W rezultacie uczestnicy zyskują nowe doświadczenia i umiejętności, które wspierają ich w procesie terapeutycznym, pomagają w radzeniu sobie z lękiem oraz wzmacniają poczucie własnej wartości. Spotkania po spektaklu umożliwiają dodatkową refleksję i integrację doświadczeń, co przyczynia się do głębszego zrozumienia siebie i swoich osiągnięć.

4.4. Formy ekspresji artystycznej

Rozdział dotyczy różnych form ekspresji artystycznej stosowanych w zajęciach teatroterapeutycznych z osobami z uzależnieniem. Skupiono się na celach tych zajęć, technikach i metodach wykorzystywanych w trakcie pracy, wpływie tych form na uczestników oraz priorytetach w terapii uzależnień.

4.4.1. Cel zajęć teatroterapeutycznych: Integracja artystyczna i terapeutyczna

Celem zajęć teatroterapeutycznych było łączenie elementów artystycznych z terapeutycznymi, co pozwalało na osiągnięcie balansu między nimi. Istotne było, aby zarówno artystyczny aspekt przedstawienia, jak i terapeutyczne wsparcie uczestników były na wysokim poziomie:

- *„Chcemy im pokazać, że robimy spektakl, który będzie ciekawy dla widzów, ale również dbamy o to, żeby to było dla nich terapeutyczne. To nie jest tylko sztuka dla sztuki, ale również praca nad sobą."*

Prowadzący starali się znaleźć równowagę między artystycznymi wymaganiami a możliwościami uczestników, aby nie przeciążać ich i jednocześnie zachęcać do rozwoju:

- *„Tworzymy spektakl amatorski, ale zależy nam na tym, żeby był na poziomie. Są osoby, które nie będą świetne aktorsko, i tu chodzi o znalezienie balansu, żeby przedstawienie nie było chałturą, ale żeby też wymagania nie były zbyt wysokie dla uczestników. Chodzi o to, żeby uczestnicy się zmobilizowali i przekroczyli swoje ograniczenia, ale żeby się nie wycofali."*

4.4.2. Techniki i metody wykorzystywane w trakcie zajęć

Prowadzący zajęcia teatroterapeutyczne stosowali różnorodne techniki i metody, które miały na celu rozwijanie ekspresji artystycznej uczestników. Jednym z podstawowych

elementów była praca z tekstem, adaptacje klasycznych dzieł literatury, które uczestnicy wykorzystywali jako bazę do rozwijania swoich umiejętności:

- *„Na początku dostają tekst, adaptację klasyki, którą robię, i na tym tekście prowadzimy warsztat aktorski: dykcję, ruch sceniczny, choreografię. To wszystko jest na konkretnym tekście i konkretnej postaci. Oni pracują nad tą postacią tutaj na zajęciach, a czasami też na terapii indywidualnej, bo ta postać potrafi z nich różne rzeczy wydobyć."*

Wybór odpowiednich ról dla uczestników był znaczącym elementem procesu terapeutycznego. Prowadzący dokładnie obserwowali uczestników, aby dopasować rolę, która najlepiej odpowiadała ich potrzebom i możliwościom:

- *„Na początku ich słucham, jak mówią, obserwuję ich, patrzę, jak wyglądają. Myślę sobie, jaka rola by do nich pasowała i przydzielam im role. Oni nie mogą sobie wybierać ról, ale czasami dopuszczam taką wymianę, jeśli ktoś uważa, że ma za dużą rolę do nauki."*

4.4.3. Wpływ form ekspresji artystycznej na uczestników

Formy ekspresji artystycznej wykorzystywane w teatroterapii miały znaczący wpływ na rozwój osobisty uczestników. Dzięki różnorodnym technikom i metodom, uczestnicy mogli przełamywać swoje bariery, odkrywać nowe aspekty siebie i rozwijać umiejętności, które wspierały ich proces terapeutyczny:

- *„Oni naprawdę przełamują swoje ograniczenia, i takie poczucie, że niczego nigdy nie dokończyli, a tutaj potrafią to zrobić. Bardzo często mówią: 'My po narkotykach to mamy dziury w mózgu i tego pamięciowo nie opanujemy', a potrafią opanować całe sztuki po 5-6 aktów."*

Prowadzący zauważyli, że wybór repertuaru miał duże znaczenie. Klasyczne dzieła literatury, takie jak utwory Moliera, były wybierane ze względu na ich głębokie przesłanie i zdolność do odkrywania prawdziwej natury człowieka:

- *„Sięgamy po repertuar klasyczny, np. Moliera, bo pokazuje on prawdziwą naturę człowieka. Uczestnicy muszą odbudować świat wartości, co jest dla nich niezwykle ważne."*

4.4.4. Priorytety w terapii uzależnień

Prowadzący podkreślali, że terapia uzależnień była nadrzędna w stosunku do działań teatralnych. Udział w teatroterapii nie chronił uczestników przed konsekwencjami wynikającymi z nieprzestrzegania zasad ośrodka:

- *„Terapia jest nadrzędna nad teatrologami. Bycie w grupie nie chroni ich przed wyleceniem z ośrodka. Jeśli ktoś narusza zasady ośrodka, musi ponieść konsekwencje, bez względu na to jaką ma rolę w przedstawieniu. Czasami zdarza się, że ktoś wylatuje z ośrodka przez nieuczciwość, ale to nie oznacza, że spektakl zostaje odwołany. Uczestnicy wiedzą o tej zasadzie."*

Udział w grupie był całkowicie dobrowolny i uczestnicy mogli w każdej chwili sami zrezygnować z zajęć, tak samo jak mogli zrezygnować z leczenia w ośrodku:

- *„Teatrolodzy to jest ich dobrowolne uczestnictwo – nie mają przymusu udziału w zajęciach. Pierwsze spotkanie to poznanie nas, a my poznajemy ich i pytamy o motywację, po co tu przyszli. Zazwyczaj jest tak, że te osoby, które przychodzą do nowej grupy to są osoby, które najczęściej widziały przedstawienie. I też chcą tego doświadczyć. I wracając do tej motywacji to mówimy im, że to nie tylko tworzenie spektaklu, ale też uczestnictwo tutaj to praca nad sobą,"*

Formy ekspresji artystycznej stosowane w teatroterapii miały znaczenie dla procesu terapeutycznego osób z uzależnieniem. Integracja artystyczna i terapeutyczna, stosowane techniki i metody oraz wpływ tych form na uczestników prowadziły do głębokich zmian osobistych. Terapia uzależnień pozostawała nadrzędna. Teatroterapia wspierała rozwój osobisty, pomagała przełamywać bariery i odkrywać nowe możliwości, jednocześnie dbając o równowagę między wymaganiami artystycznymi a terapeutycznymi.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Przedmiotem badań były zmiany/transformacje w obrazie przeżywanego lęku i samooceny osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych w wyniku oddziaływania/pod wpływem zajęć teatroterapeutycznych. Badania przeprowadzono w grupie 8 pacjentów Zakładu Lecznictwa Odwykowego „Szansa" w Pławniowicach. Uczestnicy brali udział w cyklu zajęć teatroterapeutycznych, które miały na celu wykorzystanie elementów teatralnych do wsparcia procesu terapii uzależnień. Ich postępy były monitorowane za pomocą kwestionariuszy STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) oraz SES (*Rosenberg Self-Esteem Scale*). Kwestionariusze te pozwoliły na ocenę poziomu lęku oraz samooceny uczestników zarówno przed, jak i po zakończeniu cyklu zajęć. Powstała analiza ilościowa wyników testów została uzupełniona analizą jakościową poprzez obserwację i wywiad nieskategoryzowany.

Postawiono hipotezę badawczą, że zajęcia teatroterapeutyczne powodują korzystne zmiany w obrazie samooceny (rośnie poczucie własnej wartości) i przyczyniają się do obniżenia poziomu lęku osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, będących w procesie terapeutycznym. Wyniki testów STAI wykazały, że większość uczestników miała wysoki poziom lęku zarówno jako stanu, jak i cechy przed rozpoczęciem zajęć. Po cyklu teatroterapii poziom lęku jako stanu u większości uczestników znacząco się obniżył. Testy SES przed zajęciami wskazywały na niską lub bardzo niską samoocenę u uczestników. Po zajęciach samoocena większości uczestników wzrosła, osiągając poziom przeciętny. Wzrost ten był szczególnie widoczny u uczestników aktywnie angażujących się w zajęcia, podejmujących role wymagające większej ekspresji emocjonalnej i współpracy z innymi. Zajęcia teatroterapeutyczne sprzyjały rozwijaniu umiejętności współpracy i komunikacji. Uczestnicy, którzy początkowo unikali interakcji, stali się bardziej zaangażowani i otwarci na współpracę. Wspólne przygotowywanie spektaklu i rozwiązywanie konfliktów w grupie budowało silne więzi i poczucie przynależności. Teatroterapia umożliwiła lepsze zrozumienie i wyrażanie emocji. Na początku zajęć wielu uczestników miało trudności z ekspresją emocji, ale z czasem ich zdolność do naturalnej i pewnej siebie ekspresji znacznie się poprawiła. Stali się bardziej kreatywni i otwarci na nowe doświadczenia. Wyniki badań potwierdziły hipotezę, wskazując na korzystny wpływ zajęć teatroterapeutycznych na poziom lęku jako stanu oraz samoocenę uczestników.

Zaleca się przeprowadzenie dalszych badań nad wpływem teatroterapii na poziom lęku i samoocenę, aby lepiej zrozumieć mechanizmy działania tej formy terapii. Badania te

powinny uwzględniać większą grupę uczestników, co pozwoli na uzyskanie bardziej reprezentatywnych wyników. Badania mogą również obejmować dłuższy okres obserwacji, aby ocenić trwałość efektów teatroterapii. Wyniki badań sugerują, że teatroterapia wpływa również na inne aspekty funkcjonowania uczestników, takie jak interakcje społeczne, ekspresja emocjonalna oraz umiejętności komunikacyjne. Warto zatem przeprowadzić dalsze badania, aby zbadać te obszary. Ponadto, istnieje niewiele badań na temat zastosowania teatroterapii w terapii uzależnień, co podkreśla potrzebę dalszych badań w tym zakresie, aby lepiej zrozumieć jej potencjalne korzyści i ograniczenia. Aktualne normy testów psychologicznych nie zawsze uwzględniają potrzeby osób o różnorodnych tożsamościach płciowych, więc zaleca się rozwój bardziej uniwersalnych i inkluzywnych norm oraz metod oceny, które pozwolą na precyzyjniejsze ocenianie efektów terapeutycznych u wszystkich uczestników, niezależnie od ich tożsamości płciowej. Teatroterapia powinna być integrowana z innymi formami terapii indywidualnej i grupowej, aby wspierać wszechstronny rozwój uczestników. Współpraca terapeutów teatroterapii z psychoterapeutami może przyczynić się do lepszego zrozumienia i wykorzystania potencjału teatroterapii w procesie leczenia uzależnień. Ważne jest również, aby uczestnicy mieli możliwość kontynuowania działań artystycznych po zakończeniu formalnych zajęć teatroterapeutycznych. Organizowanie dodatkowych warsztatów, spotkań grupowych czy występów może pomóc w utrzymaniu i dalszym rozwoju umiejętności zdobytych podczas terapii.

Podsumowując, badania wskazują na znaczący pozytywny wpływ zajęć teatroterapeutycznych na poziom lęku i samoocenę osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Rekomendacje dotyczą dalszych badań nad teatroterapią, rozwoju bardziej inkluzywnych norm oceny oraz integracji teatroterapii z innymi formami wsparcia terapeutycznego.

ZAKOŃCZENIE

Niniejsza praca ukazała złożoność problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz potencjalne korzyści płynące z zastosowania teatroterapii jako uzupełniającej metody terapeutycznej. Analiza wyników badań własnych wskazuje na znaczący wpływ teatroterapii na redukcję poziomu lęku oraz poprawę samooceny u osób z uzależnieniem. W badaniu uczestniczyło osiem osób, a przeprowadzone testy, obserwacje oraz wywiad potwierdziły skuteczność tej metody w kontekście terapeutycznym.

Teatroterapia okazała się być nie tylko narzędziem wspomagającym proces terapeutyczny, ale także istotnym elementem, który wspiera pacjentów w rozwijaniu umiejętności emocjonalnych i społecznych. Działania artystyczne, w tym przygotowywanie i wystawianie spektaklu, wspierały uczestników w budowaniu pewności siebie, przełamywaniu barier emocjonalnych oraz w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych.

Przeprowadzone badania potwierdzają, że teatroterapia może być wartościowym dodatkiem do przyjętych metod leczenia uzależnień. Jednakże, ze względu na ograniczoną ilość literatury oraz brak szerokiego zastosowania tej metody w praktyce terapeutycznej w kontekście uzależnień, istnieje potrzeba dalszych badań i weryfikacji uzyskanych wyników na większej próbie badawczej.

W związku z powyższym, rekomenduje się kontynuowanie badań nad zastosowaniem teatroterapii w różnych aspektach terapeutycznych oraz rozwijanie programów szkoleniowych dla terapeutów, które uwzględniałyby tę formę terapii. Dalsze prace badawcze mogłyby również skupić się na długoterminowych efektach teatroterapii oraz na jej wpływie na inne aspekty zdrowia psychicznego i społecznego pacjentów z uzależnieniem.

Praca ta powstała z nadzieją, że uzyskane wyniki przyczynią się do rozwoju wszechstronnych programów terapeutycznych oraz zachęcą terapeutów do wprowadzania teatroterapii w procesie terapeutycznym.

BIBLIOGRAFIA

Albański L., *Wybrane zagadnienia z patologii społecznej*, Wydawnictwo Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze, Jelenia Góra 2010;

Apanowicz J., *Metodologia ogólna*, Wydawnictwo Diecezji IVlplińskiej „BERNARDINUM", Gdynia 2002;

Bartoszak P., *Teatr angażujący. Teatroterapia drogą wyjścia z izolacji*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2022;

Bartel R., *Arteterapia i rozwój osobisty. Teoretyczne i praktyczne aspekty terapii przez sztukę. Tom I Podstawy arteterapii*, Wydawnictwo Uniwersytet Artystyczny w Poznaniu, Poznań 2016;

Bartel R. [red.], *Sztuka w terapii, terapia w sztuce. Teoretyczne i praktyczne aspekty autoterapii przez sztukę*, Wydawnictwo Uniwersytet Artystyczny w Poznaniu, Poznań 2017;

Beck A. T., Davis D. D., Freeman A., *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016;

Bętkowska-Korpała B. [red.], *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Znaczenia diagnostyczne*, Wydawnictwo Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009;

Bielańska A., *Teatr, który leczy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002;

Bilikiewicz A., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992;

Bourne R. J., *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011;

Bujalski M., Klingemann J., *Słownik uzależnień*, Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021;

Bukowska B., Czabała C., Jabłoński P. [red.], *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012;

Cierpiałkowska L., Sęk H., *Psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016;

Creswell J. W., *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane,* Wydawnictwo Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2013;

Cylkowska-Nowak M., Imielska J., Kasperek-Golimowska E. [red.] *PODMIOT. Sztuka - Terapia - Edukacja. Między teorią a praktyką*, Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny, Poznań 2011;
Czabała J. C., Czynniki leczące w psychoterapii, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006;
Czapów C., Jedlewski S., *Pedagogika resocjalizacyjna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971;
De Leon G., *Społeczność terapeutyczna*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2020;
de Witte M., [red.], *From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review*, Frontiers in Psychology Volume 12/2021;
Dobijański M., Kamieński A. [red.], *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, Wydawnictwo Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny "SIM", Warszawa 2018;
Dodziuk van Kooten A., *O poczuciu własnej wartości w leczeniu uzależnienia*, "Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia 6/2020"
Dragan M., *Współwystępowanie zaburzenia po stresie traumatycznym i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych*, „Roczniki Psychologiczne Tom X, numer 2 – 2007"
Dutkiewicz W., *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2000;
Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M., *SES Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES Rosenberga - Podręcznik*, Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008;
Gąsiorowski M., Kubica J., *Narkotyki. Charakterystyka wybranych substancji*, Wydawnictwo Szkoły Policyjnej w Katowicach, Katowice 2012;
Erickson C. K., *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2018;
Europejski raport narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia 2022, Wydawnictwo Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), 2022
Grochowicz A., *O roli sztuki w terapii - 20 lat Teatru Rocznego w Pławniowicach*, Terapia osób uzależnionych i ich bliskich Nr 1/2023; (Rok XXVI), s. 51-52;

Habrat B., *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016
James R.K., Gilliand B.E., *Strategie interwencji kryzysowej*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2008;
Jarema M., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016;
Jaworska A., *Leksykon resocjalizacji*, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2012;
Jaworska A., Kasprzak B., ks. Nowak M., Wojnarowska A., Satanowski M. [red.], *Od teatru do terapii. Tom I: Między teorią a praktyką*, materiały z Międzynarodowej Konferencji Arteterapii Od teatru do terapii – Edukacja w służbie osób niepełnosprawnych – między teorią a praktyką, KUL, Lublin 4-5.12.2005, Wydawnictwo Rekreacyjny Klub Nieprzetartego Szlaku, Lublin 2006;
Jemielniak D., *Badania jakościowe Tom II: Metody i narzędzia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012;
Jennings S., Cattanach A., Mitchell S., Chesner A., Meldrum B., *The-Handbook-of-Dramatherapy*, Wydawnictwo e-Library Taylor & Francis, 2005;
Jędrzejko M. [red.], *Narkomania spojrzenie wielowymiarowe*, Wydawnictwo Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora & Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk-Warszawa 2009;
Jędrzejko M. [red.], *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Wydawnictwo Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009;
Karpowicz P., *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie*, Wydawnictwo Instytut Wydawniczy Kreator, Białystok 2022;
Konopczyński M., *Metody twórczej resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006;
Kostowski W., *Uzależnienia: podstawowe pojęcia i teorie*, „Psychiatria" 2005, Tom 2 nr 2, s. 61-76;
Kępiński A., *Lęk*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1987;
Konarzewski K., *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna, Warszawa 2000;
Konieczna E. J., Arteterapia w teorii i praktyce, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2003;

Konopczyński M., *Twórcza resocjalizacja - zarys koncepcji metodycznej*, „Probacja” II/2012;
Kozielecki J., *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 1997;
Kuntz H., *Narkotyki i uzależnienia*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2008;
Le Doux J., *Lęk. Neuronauka na tropie źródeł lęku i strachu*, Wydawnictwo Copernicus Center Press Sp. z o.o., Kraków 2017;
Łobocki Ł., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009;
Majewski P., *ICD-11 - Implikacje w badaniach i praktyce psychologiczno-pedagogicznej*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” T. XLII, z. 1 - 2023;
Maszke A. W., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008;
Mellibruda J., *Alkoholizm i diagnozowanie uzależnienia od alkoholu*, psychologia.edu.pl [dostęp 02.04.2024]
Mellibruda J., *Siedem ścieżek integracji psychoterapii*, Wydawnictwo Zielone Drzewo Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2011;
Michalczyk Z., *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania. Zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne*, Wydawnictwo Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018;
Miller P. M. [red.], *Terapia uzależnień - metody oparte na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2019;
Miller W. R., Forcehimes A. A., Zweben A., *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Wydawnictwo Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2014;
Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007;
Nowakowska M., *Dramaterapia i gra*, Czasopismo Psychologiczne, Tom 12, Nr 1 2006, s.7–24;
Palka S., *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Wydawnictwo Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006;
Pankowska K., *Edukacja przez dramę*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997;
Pendzik S., *Six keys for assessment in drama therapy*, The Arts in Psychotherapy Volume 30, Number 2 (2003), s. 91–99;

Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2001;
Pospiszyl I., *Patologie społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008;
Pużyński S., Wciórka J. [red.], *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000;
Pyrzyk-Kuta A., *Twórczość – Teatr – Zmiana, w resocjalizacji nieletnich*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2021;
Raport 2023 roku Uzależnienia w Polsce, Wydawnictwo Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2023;
Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwo Akademickie i Literackie, Warszawa 2008;
Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., *Psychiatria. Tom II Psychiatria kliniczna*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2015;
Seligman M. E. P., Walker E. F., Rosenhan D. L., *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003;
Sikorski W., Sikorska A. [red.], *Od teatru pedagogicznego do teatru terapeutycznego*, Wydawnictwo Difin S.A., Warszawa 2014;
Smith D. E., *The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction*, "Journal of Psychoactive Drugs", 44, 2012, s. 1-4.
Snow S., D'Amico M., Tanguay D., *Therapeutic theatre and well-being*, The Arts in Psychotherapy Volume 30, Number 2 (2003), s. 73–82;
Sołoma L., *Metody i techniki badań socjologicznych*, Wydawnictwo WSP, Olsztyn 1999;
Stankiewicz S., Tomczak K., *Psychodrama w psychoterapii*, Wydawnictwo Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012;
Stefańska A, *Teatroterapia – wokół celów i sposobów realizacji*, Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy nr 23 (2)/2017;
Stefańska A, *Teatroterapia we wspomaganiu aktywności komunikacyjnej dorosłych osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2018;
Stefańska A., *Wokół podstawowych haseł teatroterapii - Część I. Próba ustaleń terminologicznych*, Terapia przez Sztukę 1 (02) 2010, s. 24-28;

Strelau J. [red.], *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2 Psychologia ogólna*, Wydawnictwo Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004;
Strelau J. [red.], *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3 Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Wydawnictwo Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005;
Strelau J., Doliński D. [red.], *Psychologia Akademicka. Podręcznik Tom 2*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2008;
Szpitalak M., Polczyk R., *Samoocena*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015;
Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2005;
Szukalski B., *Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*, Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005;
Tatarsky A., *Redukcja szkód w psychoterapii*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2020;
Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005, nr 179, poz. 1485;
Witerska K., *Drama, techniki, strategie, scenariusze*, Wydawnictwo Difin S.A., Warszawa 2011;
Wodowski G., *Uzależnienia narkotykowe. Przewodnik po leczeniu*, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2015;
Wojciszke B., *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2011;
Woronowicz B. T., *Uzależnienia Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009;
Wrześniewski K., Sosnowski T., Jaworowska A., Fecenec D., *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI - Podręcznik*, Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2011;
Yalom I. D., *Dar terapii*, Wydawnictwo Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2003;
Yin R. K., *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015;
Zajączkowski K., *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2003;
Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1995;

Zimbardo P. G., Johnson R. L., McCann V., *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Tom 3 Struktura i funkcje świadomości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012;
Zimbardo P. G., Johnson R. L., McCann V., *Psychologia. Kluczowe koncepcje. Tom 4 Psychologia osobowości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012;
https://www.badth.org.uk/
https://www.kbpn.gov.pl/
https://www.monar.org
https://www.nadta.org/
http://www.nzozszansa.pl/
https://polska-szkola-dramaterapii.weebly.com/
https://psychodrama.pl
Probacja II/2012
Roczniki Pedagogiczne 2015/7(43)/2
Serwis Informacyjny uzależnienia nr 1 (81) 2018

WYKAZ TABEL

1. Zaburzenia psychiczne występujcie z rodzajem przyjmowanej substancji ……...…..... 37
2. Różnice pomiędzy typowym lękiem a zaburzeniem lękowym …….…. 44
3. Dane społeczno-demograficzne badanej grupy …….. 99
4. Zestawienie wyników testów P1 ……...…… 101
5. Zestawienie wyników testów P2 ……...…… 105
6. Zestawienie wyników testów P3 ……...…… 108
7. Zestawienie wyników testów P4 ……...…… 112
8. Zestawienie wyników testów P5 ……...…… 115
9. Zestawienie wyników testów P6 ……...…… 118
10. Zestawienie wyników testów P7 ……...…..…… 121
11. Zestawienie wyników testów P8 ……...…..…… 124

ANEKS

Załącznik nr 1. Test STAI X-1

STAI - ARKUSZ X-1

(C. D Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski)

Rok urodzenia…… **Płeć: M K** **Data badania:** ……

Imię i nazwisko ……

Instrukcja: niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak czujesz się **właśnie teraz tj. w tym momencie**.

1 - Zdecydowanie nie **2** - Raczej nie **3** - Raczej tak **4** - Zdecydowanie tak

1. Jestem spokojny.	1	2	3	4
2. Czuję się bezpiecznie.	1	2	3	4
3. Jestem napięty.	1	2	3	4
4. Jestem rozżalony.	1	2	3	4
5. Czuję się swobodnie.	1	2	3	4
6. Jestem przygnębiony.	1	2	3	4
7. Martwię się, czy nie stanie się coś złego.	1	2	3	4
8. Czuję się wypoczęty.	1	2	3	4
9. Odczuwam niepokój.	1	2	3	4
10. Jest mi dobrze.	1	2	3	4
11.Czuję się pewny siebie.	1	2	3	4
12. Jestem zdenerwowany.	1	2	3	4
13. Jestem roztrzęsiony.	1	2	3	4
14. Jestem "podminowany".	1	2	3	4
15. Jestem odprężony.	1	2	3	4
16. Jestem zadowolony.	1	2	3	4
17. Jestem zmartwiony.	1	2	3	4
18. Czuję się nadmiernie podniecony.	1	2	3	4
19. Jestem radosny.	1	2	3	4
20. Jest mi przyjemnie.	1	2	3	4

Załącznik nr 2. Test STAI X-2

STAI - ARKUSZ X-2

(C. D Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski)

Rok urodzenia…… **Płeć: M K** **Data badania:** ……

Imię i nazwisko ……

Instrukcja: niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak **się zazwyczaj czujesz**:

1 - Prawie nigdy **2** - Czasem **3** - Często **4** - Prawie zawsze

21. Jest mi przyjemnie.	1	2	3	4
22. Szybko się męczę.	1	2	3	4
23. Chce mi się płakać.	1	2	3	4
24. Chciałbym być tak szczęśliwy jak inni.	1	2	3	4
25. Tracę na tym, że nie umiem się dostatecznie szybko decydować.	1	2	3	4
26. Czuję się wypoczęty.	1	2	3	4
27. Jestem spokojny i opanowany.	1	2	3	4
28. Czuję, że trudności tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć.	1	2	3	4
29. Za bardzo martwię się czymś, co w gruncie rzeczy nie jest ważne.	1	2	3	4
30. Jestem szczęśliwy.	1	2	3	4
31. Jestem skłonny brać wszystko zbyt poważnie.	1	2	3	4
32. Brak mi pewności siebie.	1	2	3	4
33. Czuję się bezpiecznie.	1	2	3	4
34. Staram się nie zauważać kryzysów i trudności.	1	2	3	4
35. Jest mi smutno.	1	2	3	4
36. Jestem zadowolony.	1	2	3	4
37. Jakaś nieważna myśl chodzi mi po głowie i dręczy mnie.	1	2	3	4
38. Przeżywam rozczarowania tak dotkliwie, że nie mogę przestać o nich myśleć.	1	2	3	4
39. Jestem osobą zrównoważoną.	1	2	3	4
40. Staję się napięty lub rozdrażniony, gdy myślę o swoich niedawnych kłopotach.	1	2	3	4

Załącznik nr 3. Test SES

SES - SKALA SAMOOCENY M. ROSENBERGA

(w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguny)

Rok urodzenia…… **Płeć: M K** **Data badania:** ……

Imię i nazwisko ……

Instrukcja: Poniżej znajdują się różne stwierdzenia, które odnoszą się do twoich przekonań o sobie. Wskaż, w jakim stopniu zgadzasz się bądź nie zgadzasz się z każdym z tych twierdzeń, otaczając kółkiem jedną z czterech możliwych odpowiedzi. Postaraj się określić to, co naprawdę sądzisz. Liczą się tylko szczere odpowiedzi.

1 - Zdecydowanie zgadzam się **2** - Zgadzam się **3** - Nie zgadzam się
4 - Zdecydowanie nie zgadzam się

1. Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.	1	2	3	4
2. Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.	1	2	3	4
3. Ogólnie biorąc jestem skłonny(a) sądzić, że nie wiedzie mi się.	1	2	3	4
4. Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi.	1	2	3	4
5. Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumn(ą)ym.	1	2	3	4
6. Lubię siebie.	1	2	3	4
7. Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolon(a)y.	1	2	3	4
8. Chciał(a) bym mieć więcej szacunku dla samego siebie.	1	2	3	4
9. Czasami czuję się bezużyteczn(a)y.	1	2	3	4
10. Niekiedy uważam, że jestem do niczego.	1	2	3	4

The Morris Rosenberg Foundation c/o Dept. Of Sociology University of Maryland, 2112 Art/Soc Building, College Park, MD 20742-1315

Załącznik nr 4. Dyspozycja do obserwacji

Obszar I: Poziom stresu życiowego.

1. Obserwacja wydarzeń stresogennych i reakcji pacjentów na nie.
2. Odczuwalne objawy stresu (np. nerwowe tiki, trzęsienie rąk, napięcie mięśni).
3. Sposoby redukcji stresu i lęku stosowane przez pacjentów podczas zajęć (np. techniki oddechowe, relaksacyjne).
4. Zaufanie do innych w sytuacjach stresowych (np. otwartość na wsparcie grupy, chęć dzielenia się problemami).
5. Reakcja na stres (np. wycofanie się, agresja, płacz).
6. Zdolność do radzenia sobie z porażkami (np. reakcje na niepowodzenia w ćwiczeniach teatralnych).
7. Radzenie sobie z krytyką (np. akceptacja konstruktywnej krytyki, obrona własnych działań).

Obszar II: Odbiór własnej samooceny.

1. Częstotliwość pozytywnych myśli o sobie (np. wyrażanie pozytywnych opinii o swoich umiejętnościach).
2. Akceptacja samego siebie (np. zadowolenie z własnych działań, brak samokrytyki).
3. Refleksyjność nad własnym rozwojem (np. wyrażanie chęci poprawy, rozważania nad postępami).
4. Zadowolenie z własnego postępu (np. wyrażanie satysfakcji z osiągnięć).
5. Poczucie własnej wartości (np. pewność siebie w wykonywaniu zadań).
6. Pewność siebie (np. chęć udziału w ćwiczeniach, inicjowanie działań).
7. Przekonania o sobie (np. wyrażane opinie na temat własnych możliwości).

Obszar III: Interakcje w grupie.

1. Poczucie przynależności do grupy (np. wyrażanie pozytywnych opinii o grupie, identyfikacja z grupą)
2. Wsparcie emocjonalne w grupie (np. udzielanie wsparcia innym, przyjmowanie wsparcia od grupy).
3. Zaufanie do grupy (np. otwartość na dzielenie się osobistymi doświadczeniami, akceptacja opinii innych).
4. Zaangażowanie w interakcje grupowe (np. uczestnictwo w dyskusjach, współpraca w zadaniach grupowych).
5. Uczestnictwo we wspólnych zadaniach (np. aktywność w ćwiczeniach zespołowych).

Obszar IV: Formy ekspresji artystycznej.

1. Odgrywanie ról (np. zaangażowanie w role, kreatywność w interpretacji postaci).
2. Improwizacja (np. spontaniczność w działaniach, otwartość na nowe pomysły).
3. Twórcze wyrażanie emocji (np. różnorodność w wyrażaniu uczuć, intensywność emocji).
4. Ekspresja fizyczna (np. gesty, mimika, ruchy ciała).

Załącznik nr 5. Dyspozycja do wywiadu

Obszar I: Struktura zajęć teatroterapeutycznych.

1. Jakie są główne cele zajęć teatroterapeutycznych?
2. Jakie techniki i metody są wykorzystywane w trakcie zajęć?
3. Jak wygląda typowy przebieg zajęć?

Obszar II: Dynamika grupowa.

1. Jakie zmiany w dynamice grupy zauważono w trakcie cyklu zajęć?
2. Jak uczestnicy współpracują ze sobą podczas zajęć?
3. Czy zauważono jakieś konflikty lub problemy w grupie? Jak były rozwiązywane?

Obszar III: Reakcje uczestników.

1. Jak uczestnicy reagowali na różne formy ekspresji artystycznej?
2. Jakie zmiany w zachowaniach uczestników były najbardziej widoczne?
3. Czy zauważono różnice w zaangażowaniu uczestników na początku i na końcu cyklu zajęć?

Obszar IV: Wpływ na poziom lęku.

1. Czy zauważono zmiany w poziomie lęku uczestników podczas trwania teatroterapii?
2. Jak uczestnicy radzili sobie z sytuacjami wywołującymi lęk/stres?
3. Czy teatroterapia pomogła w obniżeniu poziomu lęku? Jakie techniki były najskuteczniejsze?

Obszar V: Wpływ na samoocenę.

1. Jakie zmiany w samoocenie uczestników były zauważalne podczas trwania zajęć?
2. Czy uczestnicy stali się bardziej pewni siebie? Jak to się przejawiało?
3. Jakie elementy zajęć miały największy wpływ na poprawę samooceny?

Obszar VI: Indywidualne przypadki.

1. Czy są jakieś szczególne przypadki uczestników, które wyróżniają się w kontekście zmian zachodzących podczas teatroterapii?
2. Jakie były najważniejsze wyzwania i sukcesy w pracy z tymi przypadkami?

Obszar VII: Ogólne wnioski i rekomendacje.

1. Jakie są ogólne wnioski dotyczące skuteczności teatroterapii w pracy z osobami uzależnionymi?
2. Jakie rekomendacje można by sformułować na podstawie dotychczasowych doświadczeń?

Załącznik nr 5. Zaświadczenie od psychologa

Kraków, 01.03.2024

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadcza się, że Pani Katarzyna Piwowarczyk przeprowadziła testy STAI w Zakładzie Lecznictwa Odwykowego „Szansa" w Pławniowicach, pod pełną opieką psychologiczną psychologa niezwiązanego z placówką, ze względu na brak uprawnień psychometrycznych. Opracowanie wyników testu STAI oraz analizę i wnioski z nich wynikające sporządziła samodzielnie, w konsultacji z niżej podpisanym psychologiem. Badania te zostały wykonane wyłącznie w celach naukowych, a nie leczniczych ani terapeutycznych. Ich zastosowanie odnosi się jedynie do pracy magisterskiej zainteresowanej.

Podpis i pieczątka

PSYCHOLOG
mgr Joanna Solipiwko

Załącznik nr 6. Oświadczenie

Kraków, dnia 27.06.2024

Imię i nazwisko studenta KATARZYNA PIŁOHARCZYK

Oświadczenie

Oświadczam, że przedkładana praca dyplomowa pt.: WYKORZYSTANIE METODY TEATROTERAPII A POZIOM LĘKU I SAMOOCENA OSÓB Z UZALEŻNIENIEM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH *została napisana przeze mnie samodzielnie.* (NA PRZYKŁADZIE BADAŃ PACJENTÓW ZAKŁADU LECZNICTWA ODWYKOWEGO „SZANSA" W PRZEMYŚLU)

Jednocześnie oświadczam, że praca nie narusza praw autorskich w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t. jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 2509), dalej jako PrAut ani dóbr osobistych chronionych przepisami ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.). Wprowadzanie w błąd co do autorstwa i nieuprawnione korzystanie z cudzego utworu stanowi naruszenie przepisów PrAut i może skutkować konsekwencjami cywilnoprawnymi (art. 78-80 PrAut), jak i karnoprawnymi (art. 115 PrAut).

W związku z obowiązkiem weryfikacji pracy dyplomowej przez system antyplagiatowy oraz w celu jej zamieszczenia w Ogólnym Repozytorium Prac Dyplomowych (dalej ORPD) oraz w uczelnianym Archiwum Prac Dyplomowych (dalej uczelniane APD), udzielam Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego nieodpłatnej licencji niewyłącznej na korzystanie w tym celu z utworu, na następujących polach eksploatacji, bez ograniczeń czasowych:

a) tworzenia, utrwalania i zwielokrotniania utworu dowolną techniką w dowolnej liczbie egzemplarzy, w szczególności techniką: zapisu magnetycznego oraz formie zapisu elektronicznego- cyfrowego oraz tworzenia, utrwalania i zwielokrotniania utworu dowolną techniką kopii cyfrowych utworu;

b) wprowadzania utworu do pamięci komputerów i sieci Uczelni,

c) rozpowszechniania i udostępniania utworu w sieciach informatycznych i teleinformatycznych, w zakresie związanym z realizacją obowiązku kontroli antyplagiatowej oraz w zakresie związanymi z zamieszczeniem pracy dyplomowej w ORPD oraz uczelnianym APD.

Zezwalam także Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego na udzielanie sublicencji na korzystanie z utworu w zakresie niezbędnym, związanym z realizacją obowiązku kontroli antyplagiatowej oraz w zakresie uzasadnionym czynnościami, związanymi z zamieszczeniem pracy dyplomowej w ORPD oraz uczelnianym APD.

Ponadto oświadczam, że przedłożona praca nie zawiera danych empirycznych ani też informacji, które uzyskałam/em w sposób niedozwolony. Stwierdzam, że przedstawiona praca w całości ani też w części nie była wcześniej podstawą żadnej innej urzędowej procedury związanej z nadawaniem dyplomu uczelni ani też tytułów zawodowych, a wersja elektroniczna pracy dyplomowej przekazana do dziekanatu jest tożsama z kopią egzemplarza papierowego tej pracy, o ile złożenie tego ostatniego było wymagane.

K. Piłoharczyk

Podpis studenta