

Krzysztof Mudyń, Robert Dudek

Instytut Psychologii, Akademia Ignatianum w Krakowie

Emocjonalność osób z problemem alkoholowym

Porównanie pacjentów rozpoczynających terapię i pacjentów po sześciu miesiącach terapii

Emotionality of people with the alcohol problem. Comparison of patients starting therapy and patients after six months of therapy

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy było porównanie emocjonalności dwóch grup pacjentów z problemem alkoholowym – rozpoczynających terapię oraz po 6 miesiącach terapii.

Metoda i osoby badane. Badania miały charakter poprzeczny. Każda z grup pacjentów liczyła po 40 osób. W każdej z grup proporcja kobiet do mężczyzn wynosiła ok. 1:2 (kobiety stanowiły 36,25% ogółu badanych osób). Wykorzystano 3 narzędzia badawcze: Skalę Nastroju UMACL, Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO oraz Kwestionariusz Realność Uczuć (RU-04).

Wyniki. Nie odnotowano istotnych różnic w odniesieniu do aktualnego nastroju w żadnym z trzech wymiarów. Odnotowano natomiast (wbrew oczekiwaniom) istotną różnicę w odniesieniu do inteligencji emocjonalnej, tyle że na korzyść pacjentów rozpoczynających terapię ($t = 2,62, p = 0,011$). U pacjentów pozostających w terapii co najmniej 6 miesięcy stwierdzono z kolei większą intensywność uczuć osobowościowo specyficznych – tak negatywnych ($t = -2,09; p = 0,04$), jak i (na poziomie trendu) pozytywnych ($t = -1,49; p = 0,14$). Analogiczna tendencja wystąpiła też w odniesieniu do wielu uczuć osobowościowo niespecyficznych, takich, jak np. *zazdrość, optymizm, smutek czy poczucie bezpieczeństwa*.

Wnioski. Należy sądzić, że po kilku miesiącach terapii u pacjentów następuje stopniowe odmrażanie uczuć, zwłaszcza negatywnych, i związane z tym pogorszenie samopoczucia. To proces pożądaný, gdyż świadczy o poprawie kontaktu z własnymi uczuciami, choć przez pacjentów bywa odczuwany raczej jako dyskomfort i brak postępów w terapii.

Słowa kluczowe: pacjenci z problemem alkoholowym, inteligencja emocjonalna, UMACL, realność uczuć

Adres do korespondencji / Address for correspondence: liberum@poczta.onet.pl

ORCID: Krzysztof Mudyń – 0000-0001-6177-7241; Robert Dudek – 0000-0002-9236-3575

Brak źródeł finansowania / No sources of financing

ABSTRACT

Objective. The aim of the study was to compare the emotionality of two groups of patients with alcohol problems – those who started therapy and patients after 6 months of therapy.

Method and participants. The research was transversal. Each group of patients consisted of 40 people. In each group, the proportion of women to men was approx. 1:2 (women constituted 36.25% of the total number of respondents). Three research tools were used: the UMACL Mood Scale, the DINEMO Two-Dimensional Emotional Intelligence Inventory and the Reality of Feelings Questionnaire (RU-04).

Results. There were no significant differences with regard to the current mood in any of the three dimensions. On the other hand, there were (contrary to expectations) significant differences with regard to emotional intelligence, but in favor of patients starting the therapy ($t=2.62, p=0.011$). In patients who remained in therapy for at least 6 months, a greater intensity of personality-specific feelings was found – both negative ($t=-2.09; p=0.04$) and (at the trend level) positive ($t=-1.49; p=0.14$). A similar tendency occurred also with regard to many personality-nonspecific feelings, such as jealousy, optimism, sadness or a sense of security.

Conclusion. It should be assumed that after a few months of therapy, patients experience a gradual thawing of feelings, especially negative ones, and the related deterioration of well-being. It is a desirable process as it shows an improvement in contact with one's own feelings, although it is perceived by patients rather as discomfort and lack of progress in therapy.

Key words: patients with alcohol use disorders, emotional intelligence, UMACL, reality of feelings

1. Wprowadzenie

Uzależnienie od alkoholu bywa często określane „chorobą emocji”. Trudno się z tym nie zgodzić. Sferze uczuć czy emocji poświęca się dużo czasu i uwagi w trakcie terapii. Emocjonalność jest tym obszarem, który ulega głębokiej deterioracji w wyniku picia alkoholu. Osoba uzależniona, próbując się zmierzyć się ze swoimi problemami na trzeźwo, zwykle nie wie, jak to zrobić. Uczucia są dla niej czymś obcym, wręcz przerażającym. Łatwiej i szybciej jest sięgnąć po alkohol i uzyskać ulgę, niż pozwolić sobie w pełni poczuć emocje i zrobić coś z nimi w sposób konstruktywny.

Naturalnym dążeniem człowieka jest chęć doznawania jak najczęściej stanów przyjemnych oraz unikania stanów przykrych, a jeśli już takie się pojawiają, staramy się jak najszybciej je przeczucić lub złagodzić. Jeśli jednak człowiek zaczyna wykorzystywać alkohol, aby manipulować swymi uczuciami, jego życie emocjonalne zostaje rozchwiane.

Wiele osób odkrywa, iż alkohol pozwala wpływać i zmieniać przykre doświadczenia w przyjemne stany i przynosić ulgę. Z czasem przykry stan zaczyna być traktowany jako zapowiedź ulgi, którą przyniesie alkohol. Ulgą tą jest czymś przyjemnym, coraz bardziej pożądanym. Długotrwałe nadużywanie alkoholu powoduje bowiem podwyższenie progu reaktywności i trudność w znoszeniu monotonii życia codziennego, co zachęca do manipulowania własnymi uczuciami. Gdy pojawia się monotonia, osoba może zacząć odczuwać niepokój i dążyć do zmiany tego stanu. Efektem uzależnienia jest i to, że to alkohol staje się głównym źródłem zmienności uczuć, a tym samym osoba uzależniona traci dostęp do bardzo ważnych informacji. Staje się coraz bardziej odizolowana od otoczenia, traci naturalne połączenie ze światem i samym sobą (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2011). Życie osoby uzależnionej zaczyna skupiać się na dążeniu do uśmierzenia przykrych stanów emocjonalnych, ponieważ przynosi to ulgę

i sprawia przyjemność. Osoba uzależniona czasem prowokuje wręcz przykre stany emocjonalne, aby móc sięgnąć po alkohol.

Zauważmy, że w odróżnieniu od chorób somatycznych, którym towarzyszy ból lub systematyczny dyskomfort skłaniający do wizyty u lekarza i w ogóle – do szukania pomocy, granica między używaniem a patologicznym nadużywaniem alkoholu jest bardzo rozmyta. Jest trudna do uchwycenia dla najbliższego otoczenia i wręcz niemożliwa dla samego zainteresowanego. Dodajmy, że w kulturze euroamerykańskiej używanie alkoholu jest akceptowane, a nawet pożądane w wielu okolicznościach, a ilość reklam piwa może przyprowadzić człowieka o młodości. W konsekwencji osoby, które zgłaszają się na leczenie – najczęściej motywowane przez rodzinę lub przyjaciół – zwykle znajdują się już w głębokiej fazie uzależnienia. Przypomnijmy więc pokrótce, jak współcześnie definiowany jest proces uzależnienia alkoholowego w DSM-5.

1.1. Zaburzenia związane z używaniem alkoholu w świetle kryteriów klasyfikacji DSM-5

Opublikowane w maju 2013 roku piąte wydanie *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* było wydarzeniem przełomowym, wręcz rewolucyjnym w podejściu do problemów związanych z alkoholem. Zrezygnowano całkowicie z podziału na nadużywanie vs uzależnienie od alkoholu i stworzono zupełnie nową kategorię „zaburzenia związane z używaniem alkoholu”. Równocześnie wprowadzono też trzy stopnie nasilenia problemu w zależności od liczby objawów: łagodne, umiarkowane, silne (por. Miller i in., 2014). Motywem zmiany podejścia były badania, które wskazywały, iż rozpoznanie nadużywania za pomocą DSM-IV jest mniej wiarygodnie niż rozpoznanie uzależnienia. Do stwierdzenia nadużywania wystarczyło jedno kryterium, co budziło wątpliwości. Ponadto niektóre z kryteriów (np. niewypełnianie ról społecznych z powodu picia), które miało świadczyć o łagodnej naturze uzależnienia, uznano za bardzo problematyczne. Rozstrzygnięcia proponowane przez DSM-IV okazywały się niewystarczające

do postawienia jednoznacznej diagnozy, co w dalszej perspektywie mogło działać na niekorzyść pacjenta. W DSM-5 dodano też kryterium występowania „głodu”, tj. silnej potrzeby spożycia alkoholu. Aby zdiagnozować zaburzenia związane z używaniem alkoholu (*alcohol use disorder*), muszą wystąpić co najmniej dwa spośród 11 objawów w okresie ostatnich 12 miesięcy. Z braku miejsca przypomnijmy trzy pierwsze spośród uwzględnianych kryteriów cząstkowych, a mianowicie:

- spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas, niż zamierzano,
- uporczywe pragnienie picia alkoholu albo towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia,
- poświęcanie dużej ilości czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i likwidowaniem negatywnych skutków picia.

Opierając się na liczbie spełnionych kryteriów cząstkowych, w DSM-5 wyróżniono trzy stopnie nasilenia zaburzenia: łagodne (obecne 2–3 objawy), umiarkowane (4–5 objawów) oraz ciężkie (6 lub więcej objawów). Podejście takie zmienia zero-jedynkowe rozumienie uzależnienia od alkoholu na rzecz podejścia bardziej dynamicznego.

1.2. Emocjonalność. Wieloaspektowość emocji i wielość sposobów ich ujmowania

Problematyka emocji w psychologii jest niezwykle rozległa i złożona. Mówiąc o emocjonalności, podkreślamy jej wieloaspektowość. Doświadczane uczucia możemy rozpatrywać na różnych poziomach, sytuacyjnie (krótkoterminowo) lub w długim okresie. Możemy je rozpatrywać pod kątem różnic indywidualnych, a także pod kątem sprawnościowym, jak w przypadku tzw. inteligencji emocjonalnej. W nawiązaniu do Frijdy (2002) emocje można rozpatrywać jako *proces*, jako aktualny *stan (nastrój)* bądź też jako *stosunkowo trwałą dyspozycję temperamentально-osobowościową*. Gdy myślimy o emocjach w kategoriach procesu (a czynimy tak najczęściej), to koncentrujemy się na ich dynamice, zwykle w krótszym okresie. Emocje – czy jeśli ktoś woli: intensywnie

ne uczucia – pojawiają się, nasilają i zanikają. Jeśli jednak chcemy zaakcentować, że emocje są **złożonymi procesami**, to należy dodać, że zawierają w sobie pobudzenie fizjologiczne, gotowość do określonych działań i wzorce ekspresji. Ponadto, co szczególnie ważne, profilują też i kierunkują przebieg – dostosowujących się do „emocjonalnej tonacji” – procesów poznawczych.

Generalnie można wyróżnić co najmniej pięć sposobów ujmowania emocji. Można je rozpatrywać w kategoriach: *motywacyjno-aktywacyjnych*, *ewolucyjno-adaptacyjnych*, *biologiczno-fizjologicznych* *komponentowo-integracyjnych* oraz *społeczno-kulturowych*. Zatrzymajmy się na chwilę przy ostatnim podejściu. Niewątpliwie sposób doświadczania emocji kształtowany jest przez język, pełnione role społeczne i kulturę, w której jesteśmy zanurzeni (Shweder, Haidt, 2005, Łosiak 2007). Wiadomo też, że inny sposób wyrażania emocji akceptowany jest w kulturach indywidualistycznych, a inny w kolektywistycznych. Inny u artystów niż u agentów służb specjalnych. Inny wśród osób nadużywających alkoholu w sytuacjach społecznych, a inny wśród pijących w samotności lub abstynentów. Być może należałoby wyróżnić jeszcze – najbardziej zbliżony do potocznego – sposób ujmowania emocji: *fenomenologiczno-subiektyw-no-narracyjny* (por. Shweder, Heidt, 2005).

W kontekście referowanego projektu skoncentrujemy się głównie na ujmowania emocji w kategoriach względnie stałej dyspozycji osobowościowej, która oznacza pewną stałą skłonność do reagowania na wydarzenia w pewien określony sposób. Jest to tendencja danej osoby do częstego, powtarzającego się przeżywania określonego zestawu emocji (por. Lazarus 2002, Frida, 2002, Mudyń, 2007). W tym ujęciu pojęcie emocjonalności zbliża się znaczeniowo do emocjonalnego komponentu postawy. Niewątpliwie ludzie różnią się skłonnością do przeżywania określonych uczuć. I tak np. osoba depresyjna będzie częściej i z większym natężeniem przeżywać smutek niż inni ludzie (Watson, Clark, 2002). Można by dodać, że entuzjazm czy euforia

będą dla niej uczuciami nieznanymi lub dawno zapomnianymi, a tym samym czymś mało rzeczywistym. Zgodnie z tym podejściem można by mówić wręcz o *wzorcach emocjonalnych* lub *profilu emocjonalnym* danej osoby (Mudyń, 2007; 2009)

Na potrzeby tej pracy skupimy się na kilku zagadnieniach, które pomogą zrozumieć omawiane w dalszej części badania. Skupimy się na tematyce nastroju, inteligencji emocjonalnej oraz subiektywnej rzeczywistości uczuć.

Uprzedzając dalsze rozważania, a zarazem nawiązując do jednego z wykorzystanych narzędzi badawczych, kilka słów komentarza do pojęcia nastroju. Nastrój przeciwstawia się często intensywnym emocjom, które cechują się intensywnością, dużą dynamiką i krótkotrwałym przebiegiem. Nastrój jest czymś w rodzaju tła emocjonalnego czy tonacji uczuciowej, jest stanem rozciągniętym w czasie. Ponadto można powiedzieć, że nastrój nie jest związany z żadnym obiektem lub quasi-obiektem (Russel, 2003; Goryńska, Ledzińska, Zajenkowski, 2011), że jest pozbawiony wyraźnego komponentu pobudzenia fizjologicznego, charakteryzuje się umiarkowaną intensywnością i pewną powtarzalnością (Watson, 2000; Ciarkowska, 2003).

Matthews, Jones i Chamberlain (1990) zaproponowali model trzech współzależnych wymiarów nastroju: pobudzenie energetyczne (*energetic arousal*), pobudzenie napięciowe (*tense arousal*) oraz ton hedonistyczny (*hedonic tone*). Pobudzenie energetyczne wiąże się z motywacją do działania (*energia-zmęczenie*). Pobudzenie napięciowe wiąże się z lękiem (*napięcie-relaksacja*). Z kolei ton hedonistyczny jest wymiarem opisywanym przez *przyjemność–nieprzyjemność*. Do tego trójczynnikowego modelu nawiązuje jedno z wykorzystanych przez nas narzędzi badawczych, tj. Skala Nastroju UMACL.

2. Cel pracy

Celem podjętych badań było uzyskanie informacji, czy i na ile długość czasu przebywania pacjenta w terapii wpływa na rodzaj

przeżywanych emocji i ich nasilenie oraz czy w trakcie terapii ulega zmianie zdolność rozpoznawania emocji własnych i cudzych. Bezpośrednim, niejako operacyjnym celem zrealizowanego projektu było sprawdzenie, czy osoby rozpoczynające terapię w porównaniu do pacjentów będących w niej co najmniej 6 miesięcy różnią się pod względem rodzaju przeżywanych emocji oraz czy wystąpią różnice dotyczące aktualnego nastroju oraz poziomu inteligencji emocjonalnej, rozumianej tu przede wszystkim jako zdolność do rozpoznawania uczuć własnych i cudzych.

Badania miały charakter poprzeczny, tzn. badano dwie grupy pacjentów różniących się stażem pozostawania w terapii. Wprawdzie wydaje się, że badania longitudinalne, prowadzone na tej samej grupie osób badanych kilkakrotnie tymi samymi narzędziami, byłyby metodologicznie bardziej przekonujące, lecz z powodów organizacyjnych trudniej byłoby je zrealizować. Znaczna część pacjentów rezygnuje bowiem z kontynuowania terapii w różnych momentach czasu. Oznacza to, że początkowa pula osób zakwalifikowanych do badań powinna być relatywnie duża. Poza tym pojawia się wówczas pytanie, czym różnią się osoby kontynuujące terapię od tych, które z niej zrezygnowały. Chcąc to ustalić, trzeba by dotrzeć do osób, które przerwały terapię, co okazuje się zadaniem trudnym organizacyjnie.

Dotychczasowe badania dotyczące wpływu terapii (i jej długości) na szeroko rozumianą emocjonalność uczestników są nieliczne, a wyniki niejednoznaczne. I tak np. Kun i Demetrovics (2010) dokonali przeglądu 51 badań dotyczących zdolności rozpoznawania emocji u osób uzależnionych – czy to od substancji psychoaktywnych czy też od nowych technologii, a także od gier hazardowych i nałogowych zakupów. Wyniki okazały się zróżnicowane i niezbyt konkluzywne. Mówiąc słowami autorów: „Rozpoznawanie emocjonalnych stanów jest mniej adekwatne w przypadku alkoholików, intensywnych palaczy, marihuany i osób nadużywających Internetu. Wyniki te dobrze korespondują z serią badań ukierunkowanych na ustalenie

relacji między aleksytymią a uzależnieniami [...], o ile uznamy, że upośledzona zdolność różnicowania emocji jest również składnikiem aleksytymii” (op. cit., s. 1151).

Z kolei badania skupiające się na emocjonalności alkoholików wykazały m.in., że po roku abstynencji u osób uzależnionych od alkoholu nastąpiło zmniejszenie nasilenia cech depresyjnych, smutku i przygnębienia (Nowakowska, Jabłkowska, Borkowska (2007). W innych badaniach (Bętkowska-Korpała, 2012a) wykazano różnice pomiędzy osobami utrzymującymi i nieutrzymującymi się w abstynencji. Osoby trwające w trzeźwości były bardziej życzliwe, otwarte i odczuwały mniej złości w przeciwieństwie do osób nieutrzymujących w abstynencji, które odczuwały więcej przygnębienia, smutku i bezradności. Także w badaniach Flory i Stalikas (2015) stwierdzono, że osoby będące w terapii, wraz z jej upływem, odczuwały relatywnie więcej emocji pozytywnych niż negatywnych. Należy jednak dodać, że pacjenci poddawani badaniom mieli za sobą różny czas leczenia – czasem były to 3–4 tygodnie, innym razem – 7–8 tygodni, w kolejnych przypadkach 5–6 miesięcy, a jeszcze w innych ponad rok.

Uznaliśmy zatem, że warto skonfrontować się z tym pytaniem w sposób bardziej systematyczny.

3. Metoda

3.1 Narzędzia badawcze

Wykorzystano trzy narzędzia badawcze:

Przymiotnikową Skalę Nastroju UMACL autorstwa G. Matthews, D.M. Jonesa i G. Chamberlaina. Służy ona do badania aktualnego nastroju rozumianego jako doświadczenie afektywne o umiarkowanym czasie trwania. Skala Nastroju UMACL składa się z 29 pozycji mających postać przymiotników. Zadaniem osoby badanej jest udzielenie odpowiedzi na 4-punktowej skali (zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie) wskazujących, w jakim stopniu każdy z tych przymiotników opisuje jej obecny nastrój. Wyniki ujmowane są w postaci trzech skal: Ton

Hedonistyczny (TH), Pobudzenie Napięciowe (PN) i Pobudzenie Energetyczne (PE). W skali TH oraz w skali PE wynik surowy waha się od 10 do 40 punktów, natomiast w skali PN od 9 do 36 punktów. Wyższa liczba punktów wskazuje na wyższy poziom danego wymiaru nastroju. Rzetelność ostatecznej wersji UMACL oszacowano na podstawie oceny zgodności wewnętrznej. Dla każdej ze skal obliczono współczynnik Alfa Cronbacha, który wahał się w granicach 0,71–0,90. Wysoka trafność wewnętrzna została potwierdzona także w oparciu o analizę czynnikową, a trafność zewnętrzna – przez korelację z odpowiednimi cechami osobowości.

Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO autorstwa A. Jaworowskiej i A. Matczak. Kwestionariusz składa się z 33 pozycji. Każda z nich zawiera opis jakiejś sytuacji stanowiącej źródło emocji oraz czterech różnych sposobów reagowania. Każdorazowo tylko jedna odpowiedź uznawana jest za prawidłową i uzyskuje 1 punkt. Kwestionariusz pozwala uzyskać wynik ogólny poprzez zsumowanie punktów uzyskanych w odpowiedzi na wszystkie 33 pytania. Ponadto dostarcza on wyników w dwóch podskalach: *interpersonalnej* (INNI), gdzie maksymalny wynik to 21 punktów, oraz *intrapersonalnej* (JA), gdzie maksymalny wynik to 14 punktów (dwie odpowiedzi zaliczane są do obydwu skal). Rzetelność metody została oszacowana przez ocenę zgodności wewnętrznej przy użyciu Alfa Cronbacha dla obydwu podskal oraz dla wyniku ogólnego. Dla dorosłych kobiet w skali INNI wynosi on 0,82, w skali JA 0,61, a dla wyniku ogólnego 0,81. Dla mężczyzn to odpowiednio: skala INNI 0,74, skala JA 0,62, a wynik ogólny 0,76.

Kwestionariusz Realność Uczuć (RU-4) autorstwa K. Mudyń. Metoda ta ma charakter (pół)projekcyjny. Jest stosunkowo mało znana, zatem poświęcimy jej nieco więcej miejsca. Główną inspiracją były wcześniejsze wieloletnie badania autora związane z pytaniem: „Co – dla kogo – jest rzeczywiste”, a udokumentowane w dwóch publikacjach książkowych: *W poszukiwaniu prywatnych orientacji*

ontologicznych (2007) oraz *Rzeczywiste–Nierzeczywiste* (2010). Metoda RU-04 nawiązuje również do tzw. analizy transakcyjnej E. Berne'a (1961, 1972/1993), a dokładniej do jego taksonomii postaw (pozycji) życiowych. Każda z czterech postaw wyróżnionych przez Berne'a charakteryzuje się bowiem tendencją do przeżywania określonych uczuć. Założenia, na których opiera się kwestionariusz RU-04, są następujące:

1. Każda osoba posiada pewien charakterystyczny dla siebie „profil emocjonalny” lub repertuar wzorców emocjonalnych.
2. Indywidualny „profil emocjonalny” jest przedłużeniem struktury osobowości, m.in. w tym sensie, że osoby, u których dominuje określona postawa życiowa, częściej od innych doświadczają też odpowiedniego rodzaju uczuć.
3. To, czego doświadczamy częściej lub silniej, jest dla nas bardziej rzeczywiste niż to, czego doświadczamy rzadko lub wcale.

Kwestionariusz *Realność Uczuć* (RU-04) składa się z 60 jedno- i dwuwyrzowych określeń uczuć i odczuć. Osoba badana ustosunkowuje się do nich w oparciu o 11-stopniową skalę (0–10 punktów). Instrukcja brzmi: *Kierując się własnymi, subiektywnymi odczuciami, oceń stopień realności uczuć, do których odnoszą się niżej wymienione określenia, zaznaczając przy każdym z nich kreśloną ilość punktów.* Kwestionariusz pozwala na wyodrębnienie czterech czynników, przyporządkowanym czterem postawom życiowym w rozumieniu E. Berne'a: (*I'm not OK – you are OK*), (*I'm OK – you are not OK*), (*I'm not OK – you are not OK*) i (*I'm OK – you are OK*). Kwestionariusz pozwala również na wyodrębnienie uczuć osobowościowo niespecyficznych oraz na porównywanie poszczególnych uczuć.

Wskaźniki rzetelności wewnętrznej (Alfa Cronbacha) dla wyodrębnionych czynnikowo kolejnych skal (postaw życiowych) wyniosły odpowiednio: 0,90, 0,85, 0,80 i 0,72. Sprawdzono również trafność zewnętrzną kwestionariusza, m.in. przy użyciu *Inwentarza Stylów Radzenia Sobie* (CISS) Endlera i Parkera oraz *Skali Przeżyć Dysocjacyjnych* (DES)

Bernsteina-Carlsona i Putnama wśród młodzieży licealnej oraz osób w wieku emerytalnym. W obydwu grupach uzyskano wysokie pozytywne korelacje pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach a uczuciami wchodzącymi w skład postawy *I'm not OK – you are OK*. W przypadku młodzieży odnotowano korelację $r=0,57$, $p=0,001$, a wśród seniorów korelacja ta była jeszcze wyższa ($r=0,77$, $p<0,001$). W grupie seniorów wystąpiła też korelacja pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach a postawą *I'm OK – you are OK* ($r=0,56$, $p=0,001$). Ponadto wśród seniorów odnotowano też liczne istotne korelacje (od $r=0,30$ do $r=0,48$) między wynikiem DES a 7 negatywnymi uczuciami niespecyficznymi, takimi jak: *przygnębienie, zniecierpliwienie, poczucie zagrożenia i poczucie wstydu*.

3.2. Procedura badania

Badania zostały przeprowadzone w okresie od lutego do grudnia 2019 roku w czterech Ośrodkach Terapii Uzależnień w Krakowie, Gliwicach oraz Częstochowie. Do badania zostały wybrane osoby z postawioną diagnozą zespołu uzależnienia od alkoholu, będące w procesie terapii nie dłużej niż miesiąc (1 grupa) bądź będące w terapii co najmniej sześć miesięcy (2 grupa). Uczestników pytano wcześniej o zgodę oraz ustalano dogodny termin badania. Każda osoba przed rozpoczęciem badania była informowana o celu i dobrowolności udziału.

Pacjenci wypełniali opisane wcześniej trzy kwestionariusze oraz krótką metryczkę dotyczącą danych demograficznych. Następnie była przeprowadzana krótka rozmowa z osobą badaną, mająca na celu udzielenie odpowiedzi na pytania, jeśli takie pojawiły się w trakcie wypełniania kwestionariuszy.

3.3. Hipotezy

H-1. Pacjenci pozostający dłużej w terapii, tj. co najmniej 6 miesięcy, będą różnić się aktualnym nastrojem w porównaniu z pacjentami rozpoczynającymi terapię. Intuicje co do kierunku zmian były rozbieżne. U pacjentów przebywających w terapii dłużej niż 6 miesięcy ocze-

kiwaliliśmy raczej wyższych wyników w skali Pobudzenie Energetyczne oraz obniżonych wyników w skali Pobudzenie Napięciowe.

H-2. Pacjenci pozostający w terapii co najmniej 6 miesięcy będą charakteryzować się wyższym poziomem inteligencji emocjonalnej w skali intrapersonalnej (JA), czyli będą łatwiej rozpoznawać własne uczucia niż pacjenci będący w terapii krócej niż miesiąc.

H-3a. Pacjenci przebywający w terapii co najmniej 6 miesięcy będą słabiej doświadczać tzw. uczuć negatywnych (związanych z pozostałymi trzema postawami wg Berne'a niż pacjenci „początkujący”.

H-3b. Pacjenci będący w terapii co najmniej 6 miesięcy będą silniej doświadczać uczuć pozytywnych, traktowanych jako uczucia osobowościowo specyficzne, związane z postawą *I'm OK – You are not OK* niż pacjenci „początkujący”.

H-4. Pacjenci przebywający w terapii co najmniej 6 miesięcy będą silniej doświadczać tzw. uczuć osobowościowo niespecyficznych (niezależnie od ich znaku) w porównaniu z pacjentami rozpoczynającymi terapię.

3.4. Charakterystyka badanej grupy

W badaniach łącznie wzięły udział 83 osoby. Po przeprowadzeniu weryfikacji odrzucone zostały wyniki 3 osób, ponieważ arkusze były niekompletne. Zatem ostatecznej analizie poddano wyniki 80 osób (40+40). W dalszej kolejności wyłączono z analiz wyniki RU-04 dwóch osób (po jednej z każdej grupy) z powodu mankamentów w ich wypełnieniu.

Wiek osób badanych: w grupie początkujących ($M=41,27$ lat, $SD=13,61$), w grupie >6 miesięcy ($M=44,6$ lat, $SD=12,98$). Pozostałe zmienne demograficzne były wyrównane w obydwu podgrupach. Podajemy więc dane dla całej grupy łącznie. *Płeć:* mężczyźni $n=51$ (63,75%), kobiety $n=29$ osób (36,25%). *Miejsce zamieszkania:* duże miasto (>100 tys. mieszkańców) $n=46$ (57,5%), małe miasto (<100 tys.) $n=19$ (23,75%), wieś $n=15$ (18,75%). *Wykształcenie:* podstawowe: $n=5$ (6,25%), zasadnicze: $n=23$ (28,75%), średnie: $n=23$ (28,75%), wyższe: $n=29$ (36,25%).

Tabela 1. Porównanie wymiarów nastroju wg UMACL w obydwu badanych grupach

Wymiary aktualnego nastroju	Pacjenci poniżej 1 miesiąca terapii		Pacjenci powyżej 6 miesięcy terapii		t	df	p	d
	M	SD	M	SD				
TH	28,85	6,01	30,52	4,83	-1,37	78	0,173	0,12
PN	17,82	5,14	16,38	3,99	1,41	78	0,163	0,16
PE	39,95	5,91	31,57	4,25	-1,41	78	0,162	0,16

4. Wyniki

Przedstawimy najważniejsze wyniki nawiązujące bezpośrednio do postawionych hipotez. W analizie wyników wykorzystano test *t* Studenta dla prób niezależnych, jednoczynnikową analizę wariancji oraz współczynnik korelacji liniowej Pearsona. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$. Obliczono też wielkość efektu *d*. Wyniki odnoszące się do hipotezy 1, zakładającej różnice wyników w odniesieniu do aktualnego nastroju przedstawia tabela 1.

Okazuje się (tab. 1), że hipoteza 1 nie została potwierdzona. Wprawdzie zarysowały się trendy zgodne z kierunkiem oczekiwań, tzn. pacjenci z grupy powyżej 6 miesięcy uzyskali wyższe wyniki w skali Pobudzenie Energetyczne, a niższe w skali Pobudzenie Napięciowe niż pacjenci z grupy rozpoczynającej terapię, jednak różnice te nie są istotne statystycznie ($p = 0,16$). Kierunek zmian (m.in. obniżenie pobudzenia napięciowego) należy uznać za korzystny i przemawiający za efektywnością terapii. Warto też odnotować, że w grupie < 6 miesięcy – we wszystkich trzech wymiarach nastroju – obserwujemy mniejsze zróżnicowanie wyników (mniejsze wartości odchylenia standardowego). Wyniki

dotyczące inteligencji emocjonalnej przedstawia tab. 2.

Hipoteza 2 zakładająca, że pacjenci o dłuższym stażu w terapii uzyskają wyższe wyniki w zakresie inteligencji intrapersonalnej (skala JA) nie została potwierdzona. Co więcej, na poziomie trendu ($p = 0,06$) ujawniła się tendencja przeciwna – pacjenci z 6-miesięcznym stażem uzyskali niższe wyniki niż grupa początkujących pacjentów. Ponadto należy odnotować nieco zaskakujący wynik – pacjenci o dłuższym stażu w terapii uzyskali niższe wyniki w zakresie całościowo rozumianej inteligencji emocjonalnej, a w szczególności w zakresie inteligencji interpersonalnej (skala INNI), gdzie różnica okazała się bardzo istotna statystycznie ($t = 2,86; p < 0,001$). Można przypuszczać, że towarzyszący terapii proces przebudowy własnych nawyków i w ogóle psychicznej reorganizacji sprzyja *egocentryzacji* pacjentów, co z kolei skutkuje obniżeniem poziomu inteligencji emocjonalnej. Nasuwa się też alternatywna interpretacja, idąca w kierunku zmniejszonej wrażliwości na tzw. zmienną aprobaty społecznej wśród pacjentów dłużej pozostających w terapii. Być może kwestia bycia akceptowanym/ą przez terapeutę i w ogóle akceptacji przez innych wraz z upływem

Tabela 2. Porównanie inteligencji emocjonalnej (DINEMO) w obydwu badanych grupach

Inteligencja emocjonalna	Pacjenci poniżej 1 miesiąca terapii		Pacjenci powyżej 6 miesięcy terapii		t	df	p	d
	M	SD	M	SD				
Skala JA	7,03	2,35	5,90	2,87	1,92	78	0,059	0,22
Skala INNI	11,60	3,99	9,18	3,57	2,86	78	0,005	0,32
Wynik ogólny	17,38	5,04	14,35	5,28	2,62	78	0,011	0,30

Tabela 3. Porównanie nasilenia emocji osobowościowo specyficznych, powiązanych z postawami życiowymi w rozumieniu Berne'a w badanych grupach ($n=39 + n=39$)

Uczucia związane z postawami życiowymi wg E. Berne'a	Pacjenci poniżej 1 mies. terapii		Pacjenci pow. 6 mies. terapii		t	df	p	d
	M	SD	M	SD				
I <i>I'm not OK – You are OK</i>	5,48	1,78	6,27	2,26	-1,73	76	0,093	0,39
II <i>I'm OK – You are not OK</i>	4,11	2,28	4,79	2,40	-1,28	76	0,204	0,29
III <i>I'm not OK – You are not OK</i>	4,67	1,88	5,97	2,19	-2,82	76	0,006	0,65
IV <i>I'm OK – You are OK</i>	6,33	1,57	6,79	1,16	-1,49	76	0,140	0,34

czasu staje się sprawą mniej istotną, ważniejsze stają się odczuwalne efekty terapii.

Kolejne dwie powiązane ze sobą hipotezy (3a i 3b) dotyczą różnic w intensywności doświadczenia (osobowościowo specyficznych) uczuć pozytywnych i negatywnych u pacjentów porównywanych grup. Dodajmy, że „intensywniej doświadczać” oznacza tutaj przypisywanie określonym uczuciom wyższego stopnia realności w kwestionariuszu RU-04. Przypomnijmy, że uczucia osobowościowo specyficzne zostały wyodrębnione w drodze analizy czynnikowej i powiązane z czterema postawami życiowymi w rozumieniu E. Berne'a. Należy dodać, że uczucia pozytywne reprezentowane są jedynie przez postawę IV (*I'm OK – you are OK*), traktowaną przez autora analizy transakcyjnej jako jedyna postawa konstruktywna i pożądana. Odpowiednie wyniki przedstawia tabela 3.

W świetle wyników zawartych w tab. 3 można uznać, że hipoteza 3a, zakładająca mniejszą intensywność uczuć negatywnych w grupie pacjentów poddawanych terapii co najmniej 6 miesięcy, nie została potwierdzona. Chciałoby się powiedzieć, że uzyskane wyniki potwierdziły niejako hipotezę przeciwną. Wprawdzie różnice w intensywności (realności) uczuć należących do postaw I oraz II nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej, niemniej w obydwu przypadkach widzimy analogiczny kierunek różnic na poziomie trendu. Istotne różnice odnotowujemy tylko

w odniesieniu do postawy III ($t=2,64, p=0,01, d=0,3$), która w ujęciu Berne'a uważana jest za najbardziej destrukcyjną. Jest ona reprezentowana przez: *znudzenie, nieufność, zniechęcenie* oraz *obojętność*. Jeśli jednak uczucia należące do pierwszych trzech postaw potraktujemy *en bloc* jako uczucia negatywne, to różnica między grupami również okaże się istotna statystycznie ($t=-2,09; p=0,04$).

Analogiczną tendencję obserwujemy też w odniesieniu do uczuć pozytywnych. Ujawniła się ona na poziomie trendu ($t=-1,49; p=0,14$). Okazuje się, że wraz z długością terapii – wbrew oczekiwaniom – nasilają się zarówno uczucia negatywne, jak i pozytywne. Tendencja ta jest zrozumiała, gdyż w trakcie terapii następuje stopniowe „odmrażanie” emocjonalności pacjentów, przez długi czas zablokowanej, zredukowanej bądź rozchwianej. Dodajmy, że uczuć pozytywnych jest mniej także dlatego, iż w kwestionariuszu Realność Uczuć są one reprezentowane w mniejszej liczbie, stanowiąc 1/4 całej puli. Jednakże hipotezy 3b nie możemy uznać za potwierdzoną.

Przejdźmy teraz do hipotezy 4, zakładającej, że pacjenci przebywający dłużej w procesie terapii, tj. co najmniej 6 miesięcy, będą intensywniej doświadczać tzw. uczuć osobowościowo niespecyficznych w porównaniu z pacjentami rozpoczynającymi terapię. Porównanie odpowiednich wyników zawiera tabela. 4.

Tabela 4. Porównanie oceny realności uczuć osobowościowo niespecyficznych w obydwu grupach pacjentów

Uczucia osobowościowo niespecyficzne	Pacjenci poniżej 1 miesiąca terapii		Pacjenci powyżej 6 miesięcy terapii		t	df	p	d
	M	SD	M	SD				
	5,48	1,5	6,21	1,49				

W świetle uzyskanych wyników (tab. 4) możemy stwierdzić, że hipoteza 4 została potwierdzona. Pacjenci dłużej pozostający w terapii silniej doświadczali uczuć niespecyficznych, czyli przypisywali im wyższy stopień realności. Sprawdzono też, które spośród 31 niespecyficznych uczuć najbardziej „poróżniły” obydwie grupy. Przy użyciu testu *t* Studenta porównano różnice dotyczące poszczególnych uczuć. Tabela 5 przedstawia 11 uczuć najbardziej różnicujących. Uporządkowano je, poczynając od najbardziej różnicujących. Uwzględniono w niej uczucia, w których przypadku różnice okazały się istotne statystycznie ($p < 0,05$), oraz takie, gdzie różnica zaznaczyła się na poziomie trendu ($p < 0,10$).

Należy podkreślić, że wszystkie najbardziej różnicujące uczucia są silniej doświadczane (oceniane jako bardziej realne) w grupie pacjentów dłużej pozostających w terapii. Można zaryzykować stwierdzenie, że pozostają

oni w lepszym kontakcie ze swoimi emocjami niż grupa początkująca. Warto też zauważyć, że dotyczy to zarówno uczuć tzw. negatywnych (6×), jak i pozytywnych (5×). Jest to o tyle ważne, gdyż pokazuje, iż pozytywne uczucia takie, jak *optymizm, zadowolenie czy poczucie bezpieczeństwa* także nasilają się w trakcie kontynuowania terapii. Jest to dobra wiadomość dla terapeutów i pacjentów. Grupa pozostająca w terapii co najmniej przez 6 miesięcy wydaje się też bardziej zuniformizowana, o czym świadczyłyby niższe wartości odchylenia standardowego w 8 na 11 uwzględnionych uczuć.

Przeprowadzono również analizy dodatkowe z uwzględnieniem zmiennych demograficznych, takich jak *pleć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia oraz wiek*. Porównując kobiety ($n = 29$) z mężczyznami ($n = 51$), nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie inteligencji emocjonalnej ani w odniesieniu do

Tabela 5. Porównanie nasilenia najbardziej różnicujących obydwie grupy uczuć niespecyficznych

Uczucia osobowościowo niespecyficzne	Pacjenci poniżej 1 miesiąca terapii		Pacjenci powyżej 6 miesięcy terapii		t	df	p	d
	M	SD	M	SD				
Zazdrość	4,18	3,14	6,18	2,88	-2,928	76	0,005	0,67
Optymizm	5,74	2,27	7,03	1,71	-2,820	76	0,006	0,65
Smutek	5,26	2,75	6,97	2,85	-2,708	76	0,008	0,62
Zadowolenie	6,41	2,31	7,59	1,87	-2,474	76	0,016	0,57
Poczucie bezpieczeństwa	6,13	2,43	7,23	1,56	-2,383	76	0,020	0,55
Zniecierpliwienie	4,97	2,37	6,03	2,19	-2,034	76	0,045	0,47
Poczucie zagrożenia	4,54	2,61	5,56	2,36	-1,819	76	0,073	0,42
Nieśmiałość	5,13	2,76	6,18	2,36	-1,806	76	0,075	0,41
Poczucie wyższości	3,51	2,56	4,56	2,58	-1,804	76	0,075	0,41
Rozdrażnienie	5,28	1,89	6,21	3,57	-1,808	76	0,075	0,41
Wewnętrzny spokój	5,44	2,37	6,28	2,25	-1,618	76	0,100	0,37

wyniku ogólnego, ani w skali JA, ani w przypadku skali INNI. Nie stwierdzono też różnic w odniesieniu do żadnej z podskal UMC-LA, tj. Tonu Hedonistycznego, Pobudzenia Energetycznego i Pobudzenia Napięciowego. Stwierdzono natomiast (i tylko tu) różnice w nasileniu emocji wchodzących w skład postawy *I'm not OK – you are not OK*. Kobiety uzyskały tu wyższe wskaźniki ($M=6,12$: $M=5,05$, $t=2,11$, $df=78$, $p=0,038$). Wynik ten jest trudny do interpretacji. Jeśli jednak uznamy go za znaczący, możemy spekulować, że – być może – w przypadku kobiet nałóg czyni większe spustoszenie niż w przypadku mężczyzn. Można by to wiązać np. z mniejszym zaangażowaniem w pracę zawodową i wynikająca z tego faktu uboższą siecią relacji społecznych w przypadku niepracujących kobiet.

Sprawdzono, czy *miejsce zamieszkania* pacjentów koreluje w jakiś sposób z wynikami wszystkich trzech metod, lecz nie odnotowano tu żadnych znaczących korelacji.

Nie odnotowano też żadnych różnic związanych z *poziomem wykształcenia* a wynikami wykorzystanych metod.

Sprawdzono też, czy istnieje związek pomiędzy *wiekami osób badanych* a wynikami zastosowanych metod. W przypadku skali nastroju UMACL oraz inteligencji emocjonalnej DINEMO nie odnotowano żadnych istotnych korelacji. Jedynie w przypadku postawy *I'm not OK – you are OK* zarysowała się słaba korelacja negatywna związana z wiekiem pacjentów ($r=-19$, $p=0,087$). Znaczy to, że nasilenie tej postawy częściej występowało u młodszych pacjentów niż u starszych.

5. Dyskusja

Podsumowując najkrócej uzyskane wyniki, można powiedzieć, że nie stwierdzono istotnych różnic w odniesieniu do żadnego wymiaru aktualnego nastroju w rozumieniu UMCLA. Różnice, które zaznaczyły się na poziomie trendów, były zgodne z intuicyjnymi oczekiwaniami – pacjenci przebywający w terapii powyżej 6 miesięcy uzyskali nieco niższe wyniki w Pobudzeniu Napięciowym, natomiast

nieco wyższe w Pobudzeniu Energetycznym i Tonie Hedonistycznym. Tendencje te sugerują, że proces terapii przebiega w konstruktywnym kierunku.

Zaskakujących wyników w odniesieniu do inteligencji emocjonalnej dostarczył kwestionariusz DINEMO. Okazało się, że – wbrew optymistycznym oczekiwaniom – istotnie wyższe wyniki w zakresie inteligencji emocjonalnej uzyskali pacjenci rozpoczynający terapię, a nie ci, którzy kontynuowali ją co najmniej od pół roku. Istotnie statystycznie różnice dotyczyły nie tylko wyniku ogólnego ($t=2,62$, $p=0,011$), lecz w także skali interpersonalnej, dotyczącej trafnego rozpoznawania emocji innych osób ($t=2,86$, $p=0,005$). W przypadku skali intrapersonalnej różnica była mniejsza, bo na granicy istotności statystycznej ($t=1,92$, $p=0,059$). Wygląda na to, że towarzyszący terapii proces trzeźwienia prowadzi prawdopodobnie do czasowego obniżenia inteligencji emocjonalnej. Nasuwa się pytanie – jak to możliwe i dlaczego tak miałyby się dziać? Do tej kwestii jeszcze wrócimy.

Jeśli idzie o wyniki uzyskane przy użyciu kwestionariusza *Realność Uczuć*, to można je podsumować krótko: pacjenci pozostający w leczeniu co najmniej 6 miesięcy silniej doświadczają zarówno uczuć negatywnych, jak i pozytywnych. Dotyczy to zarówno uczuć osobowościowo specyficznych, związanych z czterema postawami życiowymi, jak i wielu uczuć niespecyficznych, niejako bardziej podstawowych i uniwersalnych. Nie zawsze różnice te okazywały się istotne statystycznie, niemniej ich kierunek był jednoznaczny – pacjenci o dłuższym stażu terapeutycznym, bardziej zaawansowani w procesie trzeźwienia, uzyskiwali wyższe wyniki. Zależność ta pozostaje w sprzeczności ze zdroworozsądkowymi oczekiwaniami oraz liniowym sposobem myślenia. Łatwiej jest wierzyć, że proces trzeźwienia i poprawa kondycji psychicznej przebiega systematycznie i niejako liniowo wraz z upływem czasu. Wyniki te uświadamiają nam i potwierdzają obserwacje terapeutów, że proces trzeźwienia ma charakter fazowy i niejako krzywoliniowy (por. Mellibruda

i Sobolewska-Mellibruda, 2011). Początkowy okres związany z rozpoczęciem terapii nie bez powodu nazywa się czasem „miesiącem miodowym” (Klimek, 2020) lub okresem „różowej chmurki” (*pink cloud*)¹. Podjęcie trudnej decyzji o poddaniu się terapii i wprowadzenie jej w czyn wiąże się zapewne z satysfakcją z wykonania radykalnego kroku i nadzieją na „dobrą zmianę”. Często towarzyszy temu wsparcie ze strony rodziny lub bliskich znajomych. Dość szybko okazuje się jednak, że schody są strome, a pozytywnych efektów i gratyfikacji nie widać. Pojawiają się wątpliwości i rozczarowanie brakiem odczuwalnych postępów – zamiast coraz łatwiej, bywa coraz trudniej.

Nasuwa się porównanie procesu wychodzenia z nałogu z generalnym remontem domu. Trzeba bowiem radykalnie zreorganizować swoje życie, poczynając od codziennych nawyków i stylu życia, a kończąc na znalezieniu nowych, alternatywnych celów i satysfakcjonujących wartości. Warto tu zauważyć, że każda zmiana, poczynając od sprzątnięcia mieszkania, a kończąc na generalnym remoncie domu, wiąże się z czasowym zwiększeniem bałaganu i dużymi kosztami psychologicznymi, których wielkość często jest wcześniej niedoceniana.

Nasilenie doświadczanych emocji, zwłaszcza negatywnych, dla terapeuty może oznaczać, że pacjent nawiązuje kontakt ze swymi zapomnianymi, „nieużywanymi” czy ambiwalentnymi uczuciami, co jest pożądane i korzystne w dłuższej perspektywie. Natomiast dla pacjenta oznacza to raczej brak oczekiwanych postępów oraz poczucie, że jest coraz gorzej. Stąd też jednym z zadań terapeuty byłoby uprzedzenie pacjenta o nieuchronnych trudnościach, które dopiero się pojawią, oraz ukazywanie ich nieoczywistego znaczenia i potencjalnej sensowności.

6. Wnioski

1. Uzyskane wyniki wskazują, że w trakcie terapii trwającej co najmniej 6 miesięcy nasila się u pacjentów doświadczanie uczuć. Dotyczy to zarówno uczuć osobowościowo specyficznych, jak i niespecyficznych. W tej samej grupie odnotowano również istotnie niższe wyniki dotyczące inteligencji emocjonalnej. Świadczy to o specyficznej, wielofazowej dynamice procesu wychodzenia z nałogu, o wewnętrznym zagubieniu i zwiększonej egocentryzacji w tej fazie terapii. Może też świadczyć o rozpoczętym procesie „odmrażania” emocji i nawiązywaniu coraz bliższego kontaktu z własnymi ambiwalentnymi uczuciami.

2. Wydaje się, że ważnym zadaniem terapeutów pracujących z pacjentami z problemem alkoholowym jest uprzedzanie o nieuniknionej fazie pogarszania nastroju, zniechęcenia i braku odczuwalnych postępów, a zarazem ukazywaniem konieczności i głębszego sensu zachodzącego procesu mimo towarzyszących mu dyskomfortów.

3. Wprawdzie proces generalnego remontu psychiki i porządkowania własnych emocji oraz poszukiwania nowych celów i wartości u różnych osób przebiega w różnym tempie, jednakże wydaje się, że w okresie krótszym niż rok trudno oczekiwać jednoznacznie pozytywnych efektów terapii. Można przypuszczać, że dynamika i tempo wychodzenia z nałogu pozostają w jakiejś relacji do długości okresu uzależnienia od alkoholu. Należałoby kontrolować tę zmienną.

4. Spośród wykorzystanych trzech narzędzi badawczych najwięcej informacji uzyskano w oparciu o kwestionariusz Realność Uczuć. Wydaje się, że RU-04 jest dość czułym narzędziem i jako takie może być wykorzystywane do monitorowania procesu zmian zachodzących w trakcie terapii i nie tylko tam.

5. W przyszłości byłoby wskazane przeprowadzenie badań longitudinalnych z trzykrotnym pomiarem różnych aspektów emocjonalności, tj. w trakcie pierwszego miesiąca od rozpoczęcia terapii, po pół roku oraz po (co najmniej) roku uczestniczenia w procesie terapii.

¹ Emotional Rollercoaster in Early Recovery. <https://alcoholrehab.com/addiction-recovery/emotional-rollercoaster-in-early-recovery/> (uzyskano: 22.06.2020).

Piśmiennictwo

- Averil J.R. (2002). Odpowiednie i nieodpowiednie emocje. *Natura emocji*. Gdańsk: GWP, 227–231.
- American Psychiatric Association, A.P. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*.
- Berne E. (1961). *Transactional Analysis In Psychiatry*. New York: Grove Press.
- Berne E. (1972/1993). *What Do You Say after You Say Hallo. The Psychology of Human Destiny*. London: Gorgi Books.
- Emotional Rollercoaster in Early Recovery*. <https://alcoholrehab.com/addiction-recovery/emotional-rollercoaster-in-early-recovery/> (uzyskano: 22.06.2020).
- Flora K., Stalikas A. (2015). Positive emotions and addiction. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 19(1), 57–85.
- Frijda N.H. (2002). Różnorodność afektu: Emocje i zdarzenia nastroje i sentymenty. *Natura emocji*. Gdańsk: GWP, 56–63.
- Gajdošova B., Orosova O., Benka J. (2018). Resilience, Authenticity, Emotionality, and Vulnerability to Alcohol Dependence among Slovak University Students. *Adiktologie*, 18(3–4), 163–171.
- Goryńska E., Ledzińska M., Zajenkowski M. (2011). *Nastój: Modele, geneza, funkcje*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Jaworowska A., Matczak A. (2006). *Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej*. DINEMO. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Klimek M.B. (2020). Informacja własna.
- Kun B., Demetrovics Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 45, 1131–1160.
- Lazarus R., Stałość i niestałość emocji (2002). *Natura emocji*. Gdańsk: GWP, 75–80.
- Łosiak W. (2007). *Psychologia emocji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Matthews G., Chamberlain A.G., Jones D.M. (2005). *UMACL. Przymiotnikowa Skala Nastroju*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Matthews G., Jones D.M., Chamberlain A.G. (1990). Refining the measurement of mood: The UWIST Mood Adjective Checklist. *British Journal of Psychology*, 81(1), 17.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. (2011). *Integracyjna psychoterapia uzależnień: Teoria i praktyka (II)*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Miller W.R., Forcehimes A.A., Zweben A. (2014). *Terapia Uzależnień Podręcznik dla profesjonalistów*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Mudyń K. (2007). *W poszukiwaniu prywatnych orientacji ontologicznych. Psychologiczne badania nad oceną realności desygnatów pojęć*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Mudyń K. (2009). Profile afektywno-emocjonalne uczniów nadużywających vs sporadycznie używających Internetu. *Kultura i Edukacja*, 73(4), 68–86.
- Mudyń K. (2010). *Rzeczywiste-Nierzeczywiste. Podręcznik metody RN-02 do badania orientacji życiowych*. Kraków: Vesalius.
- Shweder R.A., Haidt J. (2005). Psychologia kultura emocji – od starożytności po czasy współczesne. W: Levis M., Haviland-Jones J.M. (red.). *Psychologia emocji*, Gdańsk: GWP, 504–524.
- Watson D. (2000). *Mood and temperament*. New York: Guilford Press.
- Watson D., Clark L.A. (2002). Emocje, nastroje, cechy i temperament: Rozważania pojęciowe i wyniki badań. *Natura emocji*. Gdańsk: GWP, 83–87.

Praca zgłoszona do czasopisma 17.07.2020 / praca zaakceptowana do druku: 15.08.2020

Manuscript received: 17.07.2020 / manuscript accepted: 15.08.2020