

Związek organizacji osobowości z występowaniem stanu demoralizacji w grupie osób uzależnionych od alkoholu

The relationship between personality organisation and demoralisation in a group of alcohol-dependent individuals

Katedra Psychologii Klinicznej, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Bydgoszcz, Polska

Adres do korespondencji: Małgorzata Anna Basińska, Katedra Psychologii Klinicznej, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, ul. Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: basinska@ukw.edu.pl

Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Bydgoszcz, Poland

Correspondence: Małgorzata Anna Basińska, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, Poland, e-mail: basinska@ukw.edu.pl

ORCID iD

Małgorzata Anna Basińska <https://orcid.org/0000-0002-6763-8012>

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Wprowadzone przez Jerome'a Franka pojęcie demoralizacji służy do opisu stanu psychicznego, w którym osoba utraciła hart ducha i siły do znoszenia trudów związanych z realizacją zadań życiowych. W koncepcji Ottona F. Kernberga organizacja osobowości rozumiana jest jako względnie trwałe wzorce funkcjonowania, warunkujący utrzymanie wewnętrznej równowagi i relacji z innymi. Założono, że jeżeli w toku rozwoju dojdzie do patologizacji struktur osobowości, to może to spowodować rozwój zaburzeń psychicznych. Wszelkim chorobom zaś może towarzyszyć stan bezradności, bezsilności wraz z poczuciem bezsensu i pustki życiowej, co z kolei utrudnia powrót do zdrowia. Celem badania było sprawdzenie związku pomiędzy wymiarami organizacji osobowości a nasileniem stanu demoralizacji w grupie osób uzależnionych od alkoholu przy uwzględnieniu poczucia stresu. **Materiał i metody:** W badaniu zastosowano Inwentarz Organizacji Osobowości, Skalę Demoralizacji II, Skalę Zniechęcenia z MMPI-2 oraz termometr dystresu. Zbadano 91 osób uzależnionych od alkoholu, w tym 65 (71%) mężczyzn i 26 (29%) kobiet. Średni wiek badanych wyniósł 43,6 roku (odchylenie standardowe, *standard deviation*, *SD* = 12,92). **Wyniki:** Stwierdzono dodatnie związki między wymiarami osobowości a stanem demoralizacji i zniechęceniem. Wśród badanych wyodrębniono trzy skupienia osób, różniące się między sobą nasileniem nieprawidłowości w organizacji osobowości oraz stanu demoralizacji. **Wnioski:** Prezentowane wyniki wpisują się w dyskusję o znaczeniu osobowości dla rozwoju i kształtowania się stanu demoralizacji.

Słowa kluczowe: organizacja osobowości, stan demoralizacji, osoby uzależnione od alkoholu

Abstract

Introduction and objective: The term “demoralisation”, which was introduced by Jerome Frank, is used to describe a mental state in which a person has lost the fortitude and strength to endure the hardships associated with carrying out life tasks. According to Otto F. Kernberg's concept, personality organisation is understood as a relatively stable pattern of functioning that determines the maintenance of internal balance and relationships with others. It was assumed that if personality structures become pathologised during development, it may result in the development of mental disorders. All diseases may be accompanied by a state of helplessness, powerlessness, along with a sense of meaninglessness and emptiness in life, which in turn makes recovery difficult. The aim of the study was to assess the relationship between the dimensions of personality organisation and the demoralisation in a group of alcohol-dependent individuals, taking into account the perceived stress. **Materials and methods:** The study used the Inventory of Personality Organization, the Demoralization Scale II, the Restructured Clinical Demoralization scale from the MMPI-2 and the Distress Thermometer. A total of 91 alcohol-dependent individuals were assessed, including 65 (71%) men and 26 (29%) women. The average age of the participants was 43.6 years (standard deviation, *SD* = 12.92). **Results:** Positive correlations were found between personality dimensions and demoralisation and discouragement. Three clusters of people were identified among the respondents, which differed in the intensity of abnormalities in personality organisation and demoralisation. **Conclusions:** The presented results are part of the discussion on the importance of personality for the development and formation of demoralisation.

Keywords: personality organisation, state of demoralisation, addicted to alcohol

WSTĘP

W 1961 roku Jerome Frank po raz pierwszy użył określenia „demoralizacja” do opisu stanu swoich pacjentów cechującego się niezdolnością do radzenia sobie z zaistniałymi stresorami, wewnętrznymi i/lub zewnętrznymi, który prowadzi do rozwoju poczucia beznadziejności i bezradności oraz przyczynia się do utraty poczucia sensu i celu w życiu (Frank i Frank, 2005). Uogólniając dotychczasowe wyniki badań (Fava et al., 1995; de Figueiredo, 1993; Frank, 1961; Kissane et al., 2001), można stwierdzić, że stan demoralizacji charakteryzuje się negatywną emocjonalnością: depresją, lękiem, poczuciem bezsensowności, beznadziejności i bezradności, a osoba ma poczucie wyobcowania od innych osób i od świata. Te wszystkie trudności prowadzą do pustki egzystencjalnej, co przyczynia się do zahamowania działania zaradczego (Clarke i Kissane, 2002).

Główni badacze zjawiska wskazywali, że demoralizacja rozumiana jako stan psychiczny może mieć różne nasilenie – od niespecyficznego stresu psychicznego (Dohrenwend *et al.*, 1980) i normalnej reakcji na przeciwności (Clarke i Kissane, 2002) do zespołu, na który składają się negatywne stany emocjonalne, poznawcze i adekwatne do nich zachowanie – co pozwala na stosowanie określenia „syndrom”, jak to uczynił m.in. zespół pod kierunkiem Favy (Cockram *et al.*, 2010; Fava *et al.*, 1995; de Figueiredo, 1993; Frank i Frank, 1993).

Stan demoralizacji jest obserwowany u pacjentów w związku z doświadczaną chorobą. Może występować u chorych onkologicznie (Clarke i Kissane, 2002; Tang *et al.*, 2020), osób z chorobami układu krążenia (Basińska, 2022; Liao *et al.*, 2018; Rafanelli *et al.*, 2005) i innymi schorzeniami o ciężkim przebiegu (Chang *et al.*, 2007; Offidani *et al.*, 2016) oraz u osób z zaburzeniami psychicznymi (Kohn, 2013; Kohn *et al.*, 2005), w tym z depresją (np. Grassi *et al.*, 2020; Papakostas *et al.*, 2007), schizofrenią (np. Basińska, 2022) czy uzależnieniami (np. Basińska, 2021; De Jong *et al.*, 2008). Może on się także rozwinąć u osób zdrowych przeżywających trudności życiowe, np. u emigrantów (np. Briggs i Macleod, 2010; Hocking i Sundram, 2015) czy pracowników doświadczających stresu w pracy (Gabel, 2012, 2013; Slavney, 1999).

Warto podkreślić, że oprócz predyspozycji genetycznych, historii rozwoju choroby, cech osobowości, poczucia stresu, postrzeganego wsparcia społecznego i czynników kulturowych stan demoralizacji prezentuje się jako czynnik ryzyka manifestacji psychopatologicznych. Osoby w stanie demoralizacji szybciej reagują lękiem i depresją, popadają w uzależnienie i podejmują próby samobójcze. Dzięki zrozumieniu przejawów stanu demoralizacji członkowie personelu leczącego mogą lepiej rozpoznawać go u swoich pacjentów i wdrażać działania zapobiegające rozwojowi wymienionych nieprawidłowości (Rickelman, 2002). Dotychczasowe – nieliczne – badania wskazują na częste (61,1%) występowanie stanu demoralizacji w grupie osób uzależnionych od substancji (Tossani *et al.*, 2013).

Z perspektywy klinicystów praktyków syndrom demoralizacji jest ważnym konstruktorem dla oceny przebiegu choroby, wspierającym istotnie proces rozpoznawania zaburzeń nastroju i zaburzeń adaptacyjnych. Pomijanie go w procesie diagnozy skutkuje nie tylko nietrafnym rozpoznaniem, ale co za tym idzie – nieskutecznym leczeniem. Włączenie tego wyjaśnienia w perspektywę myślenia o przyczynach obserwowanych objawów przekłada się na zwiększenie precyzji w diagnozie i większą skuteczność stosowanych oddziaływań terapeutycznych. Rozpoznanie syndromu demoralizacji w obrazie choroby wymaga od klinicysty wnikliwości i gotowości do zadania sobie trudu, by z uważnością pochylić się nad chorym. Konieczne jest zrozumienie nie tylko symptomów składających się na chorobę pacjenta, ale również jego sytuacji życiowej, która może mieć duże znaczenie dla rozwoju stanu demoralizacji (Basińska, 2021).

Ważnym zagadnieniem opisywanym przez naukowców prowadzących badania w tym obszarze było określenie czynników mających znaczenie dla kształtowania się stanu demoralizacji. Nie ma jednak wśród badaczy jednomyślności co do natury tego stanu: czy jest tylko konsekwencją wystąpienia choroby jako sytuacji trudnej, czy być może osoba ma ku temu pewne predyspozycje. Niemniej wyniki współczesnych badań wskazują, że konstrukt demoralizacji jest uwarunkowany wpływem wielu czynników, m.in.:

- szeroko rozumianym stresem;
- pewnymi właściwościami osobowościowymi, w tym: niektórymi wymiarami temperamentu, niską samooceną, czynnikami poznawczymi (styl atrybucji – oczekiwanie wystąpienia zdarzeń postrzeganych jako negatywne lub doświadczanie braku pozytywnych zdarzeń życiowych; słabo nasiloną nadzieję; brak poczucia sensu w życiu; pesymizm; zewnętrzna lokalizacja kontroli; sztywność poznawcza);
- brakiem wsparcia społecznego;
- płcią żeńską;
- ciężką chorobą (Basińska, 2021; Clarke *et al.*, 2005; Rickelman, 2002). W badaniu pacjentów z chorobami kardiologicznymi potwierdzono znaczenie temperamentu dla wystąpienia stanu demoralizacji, a w szczególności niezadowolienia, strachu, perseweratywności i reaktywności emocjonalnej (Basińska i Szocińska, 2015).

Istotne wydawało się sprawdzenie znaczenia innych aspektów osobowości dla rozwoju stanu demoralizacji, np. poziomu organizacji osobowości. Koncepcja funkcjonowania osobowości sformułowana przez Ottona F. Kernberga (2016) zaliczana jest do nurtu teorii relacji z obiektem, które w sposób szczególnie podkreślają wagę charakteru związku małego dziecka z matką oraz innymi znaczącymi w jego życiu postaciami. Ukształtowane w ten sposób cechy osobowości Kernberg rozumie jako stałe sposoby funkcjonowania psychicznego, które stają się bazą dla rozwoju struktury osobowości, a następnie kształtowania się relacji interpersonalnych. W ten sposób są także podstawą kształtowania innych właściwości i dyspozycji osobowościowych oraz społecznych, a w konsekwencji mogą ułatwiać lub utrudniać

Zmienne		Liczebność*	% liczebności
Miejsce zamieszkania	Wieś, małe i średnie miasto	33	35,48
	Duże miasto	60	64,52
Stan cywilny	Osoba będąca w związku	47	50,54
	Osoba niebędąca w związku	46	49,46
Sytuacja zawodowa	Osoba pracująca	58	62,37
	Osoba niepracująca	35	37,63

* Do analizy włączono 91 osób, a pod względem zmiennych społeczno-demograficznych opisano wszystkie osoby, które zadeklarowały udział w badaniu, w tym te, które niedokładnie wypełniły arkusze.

Tab. 1. Rozkład liczebności zmiennych społeczno-demograficznych

późniejsze funkcjonowanie osoby (za: Caligor i Clarkin, 2013). Wraz z nasilającą się patologią organizacji osobowości wzrasta również ryzyko występowania zaburzeń psychicznych, w tym uzależnienia od alkoholu oraz zaburzeń osobowości, a także m.in. nieumiejętności elastycznego stosowania sposobów radzenia sobie ze stresem (Grzankowska i Fabjanowicz, 2023). W myśl koncepcji organizacji osobowości uzależnienie od alkoholu jest rozumiane jako wtórne wobec trudności osobowościowych. Wydaje się, że wszystko to wiąże się również z ryzykiem odczuwania silnego zniechęcenia i wystąpienia stanu demoralizacji, również u osób uzależnionych, u których obserwuje się pustkę psychiczną w miejscu tożsamości, czyli pozbawienie trwałych wartości i sensu życia (Mellibruda, 1997).

Prezentowana praca wpisuje się w nurt dyskusji na temat znaczenia osobowości dla wystąpienia stanu demoralizacji w sytuacji trudnej. Jej celem było sprawdzenie bezpośrednich zależności pomiędzy organizacją osobowości w ujęciu Kernberga i poczuciem stresu a stanem demoralizacji mierzonym Skalą Demoralizacji II (Demoralization Scale II, DS-II) i Skalą Zniechęcenia (Restructured Clinical Demoralization scale, RCd) (H1) w grupie osób uzależnionych od alkoholu. Sprawdzone także, czy wymiary organizacji osobowości i poczucie stresu pełnią funkcję predykcyjną dla stanu demoralizacji (H2). Ponadto oszacowano wewnętrzne zróżnicowanie w badanej grupie pod względem nasilenia patologii organizacji osobowości, a następnie zbadano, czy osoby przynależące do poszczególnych skupień różnią się stopniem nasilenia stanu demoralizacji i poczuciem stresu (H3). Dotychczasowe wyniki badań pozwalają oczekiwać, że im bardziej zaburzony będzie poziom organizacji osobowości i nasilone poczucie stresu, tym bardziej nasilonym stanem demoralizacji będą się cechować badane osoby uzależnione.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięły udział 93 osoby, jednak ze względu na braki (niedokładnie wypełnione arkusze) do analiz włączono wyniki 91 osób uzależnionych od alkoholu, w tym 65 (71%) mężczyzn i 26 (29%) kobiet. Średni wiek badanych wyniósł 43,6 roku (odchylenie standardowe, *standard deviation*, $SD = 12,92$). Większość uczestników badania mieszkała w dużym mieście i pracowała zawodowo. Mniej

więcej połowa pozostawała w związku małżeńskim lub partnerskim, a pozostali byli samotni (tab. 1). Pod względem poczucia stresu grupa była wewnętrznie zróżnicowana. W 100-punktowej skali badani uzyskali średnią 55,81 ($SD = 22,71$), przy rozpiętości 0–100.

Od osób badanych uzyskano pisemną zgodę na udział w badaniu, które zostało przeprowadzone zgodnie z kryterium dostępności przy poszanowaniu prywatności badanych, którymi byli uczestnicy grup Anonimowych Alkoholików (AA) oraz pacjenci przebywający na oddziałach zamkniętych i otwartych różnych placówek medycznych. W przypadku osób, które nie wyraziły zgody na badanie, nie było ono przeprowadzane.

W badaniu zastosowano Inwentarz Organizacji Osobowości (Inventory of Personality Organization, IPO), Skalę Zniechęcenia (RCd) z Wielowymiarowego Minnesockiego Inwentarza Osobowości-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, MMPI-2), Skalę Demoralizacji II (DS-II) oraz termometr dystresu.

Inwentarz Organizacji Osobowości autorstwa zespołu Kernberga (za: Lenzenweger *et al.*, 2001), w polskiej adaptacji Agnieszki Izdebskiej i Beaty Pastwy-Wojciechowskiej (2013) jest narzędziem samoopisowym (83 pozycje), w którym badany ocenia zgodność stwierdzeń w stosunku do własnej osoby na pięciostopniowej skali Likerta (1 – nigdy, 5 – zawsze). Pozycje IPO dzielą się na trzy główne skale kliniczne oraz dwie skale dodatkowe.

Skala mechanizmów obronnych (MO – 16 pozycji) bada elastyczność oraz dojrzałość mechanizmów obronnych stosowanych w odpowiedzi na doświadczane konflikty emocjonalne i sytuacje stresujące. Wysokie wyniki świadczą o uaktywnianiu się pierwotnych, nieelastycznych i nieadaptacyjnych mechanizmów, zniekształcających postrzeganie rzeczywistości.

Skala integracji tożsamości (IT – 21 pozycji) bada konsolidację poczucia siebie i innych ważnych osób w sposób zróżnicowany, ciągle w czasie, realistyczny i elastyczny oraz zdolność do angażowania się w ważne dla jednostki cele, przedsięwzięcia i relacje. W skrajnych wynikach ujawnia brak spójnego poczucia ja/innych, które jest pofragmentowane, niestabilne, o skrajnych, sprzecznych cechach.

Skala testowania rzeczywistości (TR – 20 pozycji) określa zdolność do adekwatnego odczytywania sygnałów społecznych, rozumienia konwencji społecznych i umiejętnego

Podskala	Znaczenie i cel	Dystres i umiejętności zaradcze	Suma DS-II
RCd	0,708***	0,738***	0,757***
DS-II – Demoralization Scale II, Skala Demoralizacji II; MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, Wielowymiarowy Minnesocki Inwentarz Osobowości-2; RCd – Restructured Clinical Demoralization scale, Skala Zniechęcenia. *** $p < 0,0001$.			

Tab. 2. Wskaźniki korelacji Pearsona pomiędzy skalą DS-II i jej wymiarami a skalą RCd z MMPI-2

reagowania na nie. Duże deficyty w tym zakresie mogą prowadzić do stanów paranoi czy lęku przed porzuceniem. Skala natężenia agresji (NA – 18 pozycji) dotyczy agresywnych postaw oraz zachowań, takich jak: podejmowanie agresji w stosunku do innych, agresywne odpowiedzi na postrzeganą prowokację ze strony innych, a także agresja skierowana wobec siebie.

Skala wartości moralnych (WM – 11 pozycji) odnosi się do postaw wrogich oraz antyspołecznych i pozwala na diagnozę patologii superego jednostki. Osoby uzyskujące wysokie wyniki na tej skali wnoszą w tworzone przez siebie relacje motywy nadużywania, rywalizacji i konfliktu.

Oryginalna wersja kwestionariusza IPO cechuje się dobrymi wskaźnikami psychometrycznymi. Badania prowadzone zarówno w populacjach klinicznych, jak i nieklinicznych (Clarkin *et al.*, 2001) wykazały dobrą zgodność wewnętrzną (MO – $\alpha = 0,80-0,87$, IT – $\alpha = 0,84-0,90$, TR – $\alpha = 0,85-0,87$). Skale IPO-PL także cechowały się zadowalającą rzetelnością (Izdebska i Pastwa-Wojciechowska, 2013). Przeprowadzona konfirmacyjna analiza czynnikowa wykazała najlepsze dopasowanie modelu 5-czynnikowego, co jest zgodne z badaniami amerykańskimi (za: Izdebska i Pastwa-Wojciechowska, 2013). Wyniki rzetelności w prezentowanym badaniu również były zadowalające (MO – $\alpha = 0,86$,

IT – $\alpha = 0,92$, TR – $\alpha = 0,93$, NA – $\alpha = 0,87$, WM – $\alpha = 0,76$). Skala Zniechęcenia (RCd) wyodrębniona z MMPI-2 autorstwa Jamesa N. Butchera i wsp. w polskiej adaptacji Urszuli Brzezińskiej, Marty Koć-Januchty i Joanny Stańczak (Butcher *et al.*, 2012) jest wskaźnikiem ogólnego emocjonalnego dyskomfortu, dystresu, nieprzystosowania i poczucia nieszczęśliwości. Wchodzi w skład zrestrukturyzowanych skal klinicznych (RC). Składa się z 24 twierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się za pomocą dwóch odpowiedzi, gdzie P oznacza „prawda”, a F – „fałsz”. Skala Zniechęcenia cechuje się wysokim wskaźnikiem rzetelności – w grupie kobiet $\alpha = 0,85$ (w badaniu własnym $\alpha = 0,93$), natomiast w grupie mężczyzn $\alpha = 0,93$ (w badaniu własnym $\alpha = 0,94$) – oraz trafnością teoretyczną (Butcher *et al.*, 2012). Litera „d” w skrócie RCd oznacza demoralizację (Graham, 2015).

Skala Demoralizacji II (DS-II) autorstwa Sophie Robinson i wsp. (2016a, 2016b) we własnej adaptacji jest narzędziem służącym do pomiaru stanu demoralizacji. Jest to skrócona wersja Skali Demoralizacji (DS), która została opracowana na podstawie wiedzy i doświadczenia klinicznego dotyczącego stanu demoralizacji Davida Kissane'a i wsp. (2004). DS-II składa się z 16 pozycji, które są oceniane przez osobę badaną w trzystopniowej skali (0 – nigdy, 1 – czasami, 2 – często). Wyniki DS-II pozwalają na uzyskanie ogólnego wskaźnika stanu demoralizacji oraz dwóch podskal – znaczenia i celu (Meaning and Purpose) oraz dystresu i umiejętności zaradczych (Distress and Coping Ability). Podskala znaczenia i celu odnosi się do utraty sensu i celu w życiu przez jednostkę. Wskaźnik jej rzetelności wynosi $\alpha = 0,84$ (w badaniu własnym $\alpha = 0,89$). Podskala dystresu i umiejętności zaradczych dotyczy dystresu oraz umiejętności radzenia sobie z nim. Wskaźnik rzetelności tej podskali wynosi $\alpha = 0,82$ (w badaniu własnym $\alpha = 0,86$). Badania

Zmienna	M	SD	Min.	Maks.
DS-II – znaczenie i cel	6,22	4,407	0,00	15,00
DS-II – dystres i umiejętności zaradcze	8,26	3,966	0,00	16,00
Suma DS-II	14,48	7,985	0,00	31,00
Suma RCd	12,89	6,226	1,00	23,00
IPO – mechanizmy obronne	43,77	10,606	21,00	72,00
IPO – integracja tożsamości	57,37	16,461	21,00	102,00
IPO – testowanie rzeczywistości	41,82	15,334	20,00	80,00
IPO – natężenie agresji	34,70	11,730	18,00	70,00
IPO – wartości moralne	27,66	7,076	13,00	43,00
Śr. IPO* – mechanizmy obronne	2,74	0,663	1,31	4,50
Śr. IPO – integracja tożsamości	2,73	0,784	1,00	4,86
Śr. IPO – testowanie rzeczywistości	2,09	0,767	1,00	4,00
Śr. IPO – natężenie agresji	1,93	0,652	1,00	3,89
Śr. IPO – wartości moralne	2,51	0,643	1,18	3,91
Poczucie stresu w życiu	55,84	22,947	0,00	100,00
DS-II – Demoralization Scale II, Skala Demoralizacji II; IPO – Inventory of Personality Organization, Inwentarz Organizacji Osobowości; M – mean, średnia; Maks. – wartość maksymalna; Min. – wartość minimalna; RCd – Restructured Clinical Demoralization scale, Skala Zniechęcenia; SD – standard deviation, odchylenie standardowe. * Śr. IPO – uśredniony wynik w danej skali, uzyskany poprzez podzielenie sumy przez liczbę twierdzeń.				

Tab. 3. Średnie wyniki uzyskane w badanej grupie uzależnionych od alkoholu (N = 91)

Zmienna	Znaczenie i cel	Dystres i umiejętności zaradcze	Suma DS-II	RCd
IPO – mechanizmy obronne	0,472***	0,548***	0,533***	0,609***
IPO – integracja tożsamości	0,417***	0,524***	0,491***	0,615***
IPO – testowanie rzeczywistości	0,398***	0,389***	0,412***	0,493***
IPO – natężenie agresji	0,315**	0,275*	0,310**	0,381***
IPO – wartości moralne	0,301**	0,337**	0,333**	0,373***
Poczucie stresu w życiu	0,371***	0,348**	0,378***	0,413***

DS-II – Demoralization Scale II, Skala Demoralizacji II; IPO – Inventory of Personality Organization, Inwentarz Organizacji Osobowości; RCd – Restructured Clinical Demoralization scale, Skala Zniechęcenia.
* $p < 0,01$; ** $p < 0,005$; *** $p < 0,001$.

Tab. 4. Wyniki analizy korelacji Pearsona pomiędzy poziomami organizacji osobowości i poczuciem stresu a stanem demoralizacji mierzonym skalami DS-II i RCd

Zmienna	Skupienie 1 n = 26		Skupienie 2 n = 44		Skupienie 3 n = 21		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
IPO – mechanizmy obronne	2,11	0,494	2,77	0,414	3,43	0,525	47,62	<0,001
IPO – integracja tożsamości	1,87	0,373	2,79	0,406	3,67	0,577	97,45	<0,001
IPO – testowanie rzeczywistości	1,40	0,260	2,03	0,446	3,08	0,685	74,62	<0,001
IPO – natężenie agresji	1,41	0,377	1,90	0,512	2,63	0,552	36,35	<0,001
IPO – wartości moralne	1,91	0,494	2,55	0,394	3,19	0,509	47,31	<0,001

F – wartość testu analizy wariancji; IPO – Inventory of Personality Organization, Inwentarz Organizacji Osobowości; M – mean, średnia; p – poziom istotności różnic; SD – standard deviation, odchylenie standardowe.

Tab. 5. Statystyki opisowe i wyniki analizy wariancji dla wyodrębnionych skupień poziomów organizacji osobowości w grupie badanych osób

Zmienna	Skupienie 1 n = 26		Skupienie 2 n = 44		Skupienie 3 n = 21		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
DS-II – znaczenie i cel	3,08	3,417	7,30	3,939	7,86	4,607	11,577	0,0001
DS-II – dystres i umiejętności zaradcze	5,38	3,430	8,98	3,253	10,33	4,115	13,262	0,0001
Suma DS-II	8,46	6,544	16,27	6,701	18,19	8,262	13,829	0,0001
Suma RCd	7,88	5,559	13,73	4,948	17,33	5,323	20,176	0,0001
Poczucie stresu w życiu	48,308	21,756	57,11	21,171	62,48	26,282	2,421	0,0948

F – wartość testu analizy wariancji; M – mean, średnia; p – poziom istotności różnic; SD – standard deviation, odchylenie standardowe.

Tab. 6. Statystyki opisowe i wyniki analizy wariancji dla wyodrębnionych wymiarów stanu demoralizacji i poczucia stresu z uwagi na poziom organizacji osobowości w grupie osób uzależnionych od alkoholu

australijskie i niemieckie wskazują, że DS-II cechuje się wysoką spójnością wewnętrzną – $\alpha = 0,89$ (w badaniu własnym $\alpha = 0,93$) (Koranyi *et al.*, 2021; Robinson *et al.*, 2016a) i trafnością (Koranyi *et al.*, 2021; Robinson *et al.*, 2016b). Prezentowane badanie jest częścią prowadzonych badań adaptacyjnych, dlatego zastosowano RCd do sprawdzenia trafności zbieżnej. Wykonano analizę korelacji ze skalą RCd (tab. 2). Uzyskane wskaźniki korelacji są bardzo wysokie, co pozwala uznać DS-II za narzędzie trafne.

WYNIKI

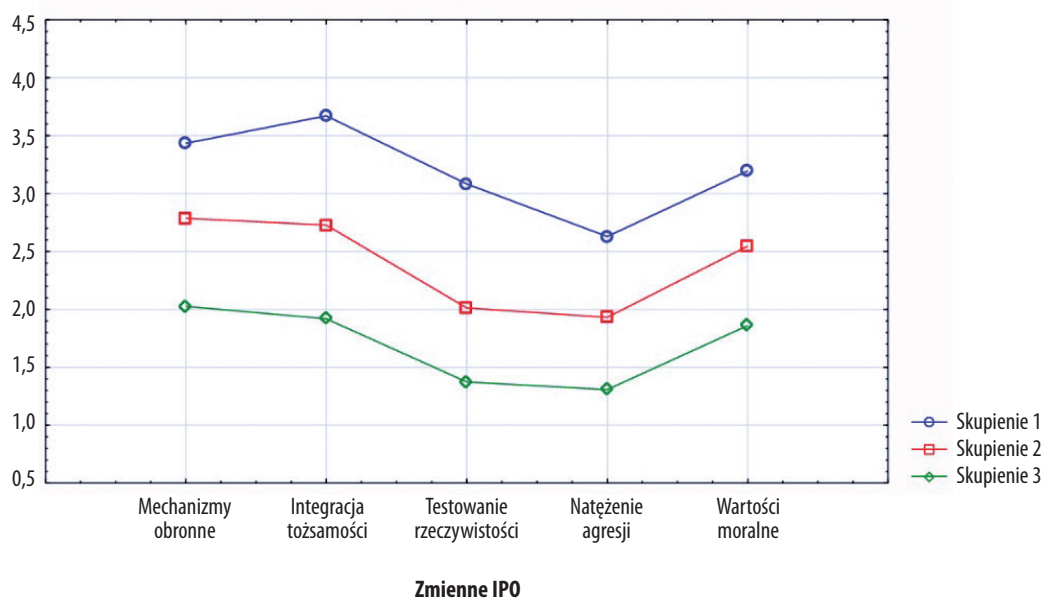
Analiza testów normalności wykazała, że rozkłady zmienionych dla syndromu demoralizacji i jego wymiarów oraz dla zniechęcenia istotnie różnią się od rozkładów normalnych. Jednak wyniki ich skośności mieszczą się w przedziałach

od –1 do 1, a wyniki kurtozy w przedziałach od –2 do 2, co pozwala przyjąć założenie, że przy tej liczebności grupy badanej rozkłady te są zgodne z rozkładami normalnymi (Gravetter i Wallnau, 2014). Pozostałe analizowane wymiary miały rozkład zgodny z normalnym.

Uzyskane wyniki pokazują duże zróżnicowanie badanej grupy w zakresie wszystkich analizowanych zmiennych, od wartości najniższych po maksymalne (tab. 3).

Analiza korelacji wykazała dodatnie związki między wymiarami poziomów organizacji osobowości z nasileniem poczucia stresu w życiu a stanem demoralizacji i zniechęceniem (tab. 4).

Następnie wykonano analizę regresji wielorakiej. Sprawdzono wartość predykcyjną wymiarów organizacji osobowości i poczucia stresu dla stanu demoralizacji. Wprowadzone zmienne objaśniające do modeli dla wymiaru



Ryc. 1. Wykres średnich wyodrębnionych skupień na podstawie wyników uśrednionych Inwentarza Patologii Osobowości (IPO) Ottona F. Kernberga

ogólnego stanu demoralizacji mierzonego za pomocą skali DS-II ($R^2 = 0,356$; $F(6,84) = 7,7538$; $p < 0,001$) i skali RCd ($R^2 = 0,490$; $F(6,84) = 13,453$; $p < 0,001$) pokazały ich istotne znaczenie. Dla stanu demoralizacji mierzonego skalą DS-II szczególną rolę predykcyjną w badanej grupie pełnił wymiar stosowanych mechanizmów obronnych ($\beta = 0,312$, $p = 0,031$) oraz poczucie stresu w życiu ($\beta = 0,214$, $p = 0,028$). Natomiast stan demoralizacji mierzony skalą RCd był przewidywany przez wymiar mechanizmów obronnych ($\beta = 0,287$, $p = 0,026$), poczucie stresu w życiu ($\beta = 0,201$, $p = 0,021$) oraz przez wymiar integracji tożsamości ($\beta = 0,319$, $p = 0,020$).

Ze względu na bardzo duży rozrzut wyników w badanej grupie postanowiono przeanalizować jej wewnętrzną strukturę. Aglomeracyjna analiza skupień na wynikach uśrednionych pozwoliła na wyodrębnienie trzech klastrów. Następnie metodą *k*-średnich przypisano badanych do wyodrębnionych skupień (ryc. 1). Osoby uzależnione od alkoholu przynależące do poszczególnych skupień istotnie różniły się między sobą nasileniem nieprawidłowości wszystkich wymiarów organizacji osobowości (tab. 5).

Następnie sprawdzono, czy osoby przynależące do poszczególnych skupień o zróżnicowanym nasileniu patologii organizacji osobowości różnią się natężeniem stanu demoralizacji i poczucia stresu (tab. 6). Wyniki pokazały istotne różnice w zakresie stanu demoralizacji mierzonego oboma metodami. Analizy *post-hoc* za pomocą testu Tukeya dla nierównych liczebności wykazały istotne różnice pomiędzy osobami ze skupienia 1 w porównaniu z osobami ze skupień 2 i 3 oraz brak różnic między osobami ze skupień 2 i 3 w zakresie stanu demoralizacji i jego wymiarów mierzonych skalą DS-II. Pomiar skalą RCd pokazał istotne statystycznie różnice pomiędzy osobami przynależącymi do wszystkich

trzech skupień. W zakresie poczucia stresu osoby ze skupienia 1 różniły się tylko od chorych ze skupienia 3.

OMÓWIENIE

Uzależnienie od alkoholu może przybierać wyjątkowo skrajne postaci oraz cechować się bardzo zróżnicowanym przebiegiem. Poza stereotypowym obrazem osoby uzależnionej od alkoholu wyodrębnia się także tzw. alkoholików wysokofunkcyjnych. Są to osoby, które regularnie nadużywają alkoholu, a jednak nie odczuwają większości konsekwencji wiążących się z tym uzależnieniem i pomimo swojego nałogu przez długi czas odnoszą sukcesy w życiu zawodowym i prywatnym (Benton i Rossowski, 2015). Ponadto badacze zajmujący się alkoholizmem wyróżniają różne jego postaci w zależności od czynnika mającego istotne znaczenie dla jego rozwoju (np. Jellinek, 1960). Uzyskane wyniki średnie, minimalne i maksymalne w prezentowanym badaniu są zgodne z tą obserwacją kliniczną, gdyż wskazują na duże zróżnicowanie badanej grupy uzależnionych pod względem analizowanych zmiennych, czyli poziomu organizacji osobowości, stanu demoralizacji i poczucia stresu. Potwierdzenie tego wewnętrznego zróżnicowania jest ważne z perspektywy planowania psychoterapii, która, by była skuteczna, powinna być zindywidualizowana.

Istotną cechą stanu demoralizacji jest nieumiejętność poradzenia sobie przez jednostkę w sytuacji trudnej, co generuje poczucie bezsilności, bezsensowności, aż po pustkę egzystencjalną. Oczekiwano, że takie właściwości będą bardziej nasilone u osób o bardziej patologicznej organizacji osobowości (H1). Uzyskane wyniki pozwalają przyjąć hipotezę H1. Najsilniejsze wskaźniki korelacji, przy pomiarze zarówno za pomocą DS-II, jak i RCd, uzyskano dla wymiarów stosowane mechanizmy obronne i zaburzenia integracji osobowości. Wyniki te

wskazują na znaczenie kształtowania umiejętności zaradczych i scalania tożsamości w procesie terapii w grupie osób uzależnionych od alkoholu, gdyż ich brak może skutkować wystąpieniem stanu demoralizacji, który znacznie utrudnia powrót do zdrowia. Szczególną wagę tych dwóch wymiarów organizacji osobowości potwierdziły analizy regresji wielorakiej, które ukazały, że wraz z poczuciem stresu pełnią one istotną funkcję w przewidywaniu wystąpienia stanu demoralizacji. Jest to wynik o tyle ważny, że z uzależnieniem często współwystępuje depresja (Klimkiewicz *et al.*, 2015), którą od stanu demoralizacji różni właśnie niemoc w radzeniu sobie (Angelino i Treisman, 2001; Clarke i Kissane, 2002). Można w związku z tym częściowo przyjąć hipotezę H2, gdyż dwa wymiary organizacji osobowości i poczucie stresu pełnią funkcję predykcyjną dla wystąpienia stanu demoralizacji. Uzyskane wyniki są spójne z dotychczasowymi, wskazującymi czynniki mające istotne znaczenie w kształtowaniu się stanu demoralizacji (Basińska, 2021). Należą do nich między innymi wystąpienie sytuacji stresującej (de Figueiredo, 2013) oraz niektóre wymiary osobowościowe, np. temperament, którego jeden wymiar – perseweratywność (Basińska i Szocińska, 2015) – może mieć szczególne znaczenie dla powtarzalności nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie.

W odniesieniu do informacji ustnej uzyskanej od prof. Kernberga podczas jednej z pierwszych Konferencji Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej w Krakowie można ustalić pewne punkty odciążenia pozwalające ocenić stopień patologii osobowości. Wyniki uśrednione mieszczące się w zakresie 1,5–2,4 wskazują na nieprawidłowe tendencje w osobowości, w przedziale 2,5–3,4 – na deficyty, a w zakresie 3,5–5 – na zaburzenia organizacji osobowości. Analiza skupień wykonana na wynikach uśrednionych wykazała istnienie trzech skupień, a jeżeli weźmie się pod uwagę poziomy wymiarów odgrywających według dotychczasowych analiz szczególną rolę w kształtowaniu stanu demoralizacji, czyli mechanizmów obronnych i integracji tożsamości, można zauważyć, że mieszczą się one w trzech przedziałach podanych przez Kernberga. Osoby ze skupienia 1 cechują się niezaburzoną organizacją osobowości, co najwyżej wykazują pewne nieprawidłowości. Osoby uzależnione ze skupienia 2, poza wymiarem testowanie rzeczywistości (które jest nienaruszone) i natężeniem agresji (niskie), uzyskały wyniki wskazujące na występowanie deficytów w organizacji osobowości. Dotyczą one stosowania niedojrzałych mechanizmów obronnych, usztywnienia osobowości i umiarkowanej patologii tożsamości oraz niespójnego funkcjonowania moralnego. Osoby ze skupienia 3 w zakresie integracji tożsamości mieszczą się na poziomie wskazującym na zaburzenie. Nasilenie pozostałych wymiarów organizacji osobowości jest wyższe niż u osób ze skupienia 2, jednak nie przekroczyło punktu odciążenia 3,5. W związku z tym można przyjąć hipotezę H3, gdyż wykonane analizy potwierdziły, że jest to grupa wewnętrznie zróżnicowana pod względem nasilenia patologii organizacji osobowości. Im bardziej zaburzony jest poziom organizacji osobowości i nasilone poczucie

stresu, tym wyższy stan demoralizacji cechuje osoby uzależnione od alkoholu. Warto przy tym zwrócić uwagę, że od pozostałych badanych najbardziej różnią się osoby ze skupienia 1, czyli te, których organizacja osobowości jest właściwie niezaburzona. To do tej podgrupy należy kierować inny rodzaj terapii niż do pozostałych.

Dotychczasowe badania przy zastosowaniu DS-II dotyczące stanu demoralizacji prowadzono w grupie chorych onkologicznie (Koranyi *et al.*, 2021; Robinson *et al.*, 2016b). Uzyskane wyniki pokazują, że jest to także ważny konstrukt w grupie osób uzależnionych, który może być pomocny zarówno w procesie diagnozy – różnicowanie ze współwystępowaniem depresji, jak i w procesie planowania terapii.

WNIOSKI

1. Potwierdzono istotną rolę organizacji osobowości dla rozwoju stanu demoralizacji.
2. Badane osoby uzależnione od alkoholu tworzyły grupę wewnętrznie zróżnicowaną pod względem nasilenia patologii osobowości i stanu demoralizacji, co powinno być uwzględniane w procesach diagnozy i terapii.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania; gromadzenie i/lub zestawianie danych; analiza i interpretacja danych; napisanie artykułu; krytyczne zrecenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: MAB.

Podziękowania

Autorka serdecznie dziękuje Pani mgr Alicji Czerwińskiej i Pani mgr Aleksandrze Fabjanowicz za pomoc w przeprowadzeniu badań.

Piśmiennictwo

- Angelino AF, Treisman GJ: Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer* 2001; 9: 344–349.
- Basińska MA: Funkcjonowanie w chorobie przewlekłej. In: Brudek PJ, Mącik D, Kuncewicz D (eds.): *Psychologia kliniczna w trosce o godność człowieka*. Księga Pamiątkowa dedykowana Profesorowi Stanisławowi Steudenowi w podziękowaniu za całokształt pracy naukowo-dydaktycznej w Instytucie Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2022: 539–554.
- Basińska MA: Syndrom demoralizacji w zmaganiu się z chorobą: rozumienie, kształtowanie się i pomiar. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2021.
- Basińska MA, Szocińska A: Temperament a występowanie syndromów psychosomatycznych wg The Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – DCPR u pacjentów z chorobami kardiologicznymi. *Psychol-Etol-Genet* 2015; 32: 29–46.
- Benton SA: Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej. Wydawnictwo JK – Feeria, Łódź 2015.

- Briggs L, Macleod S: Demoralization or clinical depression? Enhancing understandings of psychological distress in resettled refugees and migrants. *World Cult Psychiatry Res Rev* 2010; 86–98.
- Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath YS et al.: *MMPI®-2*. Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości®-2. Podręcznik stosowania, oceny i interpretacji. Wersja zrewidowana. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
- Caligor E, Clarkin JF: Model osobowości i patologii osobowości oparty na teorii relacji z obiektem. In: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO (eds.): *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości*. Podręcznik kliniczny. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013: 23–60.
- Chang VT, Sorger B, Rosenfeld KE et al.: Pain and palliative medicine. *J Rehabil Res Dev* 2007; 44: 279–294.
- Clarke DM, Kissane DW: Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 733–742.
- Clarke DM, Kissane DW, Trauer T et al.: Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry* 2005; 4: 96–105.
- Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg OF: *The Inventory of Personality Organization*. The Personality Disorder Institute, Cornell University, New York 2001.
- Cockram CA, Doros G, de Figueiredo JM: Subjective incompetence as the clinical hallmark of demoralization in cancer patients without mental disorder. *Prim Psychiatry* 2010; 17: 54–58.
- De Jong CAJ, Kissane DW, Geessink RJ et al.: Demoralization in opioid dependent patients: a comparative study with cancer patients and community subjects. *Open Addict J* 2008; 1: 7–9.
- Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G et al.: Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Measures for use in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1229–1236.
- Fava GA, Freyberger HJ, Bech P et al.: Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995; 63: 1–8.
- de Figueiredo JM: Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 308–311.
- de Figueiredo JM: Distress, demoralization and psychopathology: diagnostic boundaries. *Eur J Psychiatry* 2013; 27: 61–73.
- Frank JD: *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Johns Hopkins University Press, Baltimore 1961.
- Frank JD, Frank JB: *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. 3rd ed., Johns Hopkins University Press, Baltimore, London 1993.
- Frank JD, Frank JB: *Perswazja i uzdrawianie. Analiza porównawcza psychoterapii*. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2005.
- Gabel S: Demoralization: a precursor to physician burnout? *Am Fam Physician* 2012; 86: 861–862.
- Gabel S: Demoralization in health professional practice: development, amelioration, and implications for continuing education. *J Contin Educ Health Prof* 2013; 33: 118–126.
- Graham JR: *MMPI-2. Ocena osobowości i psychopatologii*. Wyd. 5, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2015.
- Grassi L, Pasquini M, Kissane D et al.: Exploring and assessing demoralization in patients with non-psychotic affective disorders. *J Affect Disord* 2020; 274: 568–575.
- Gravetter FJ, Wallnau LB: *Essentials of Statistics for the Behavioral Sciences*. 8th ed., Wadsworth Cengage Learning, Belmont 2014.
- Grzankowska IA, Fabjanowicz A: Organizacja osobowości a elastyczność w radzeniu sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatr Psychol Klin* 2023; 23: 268–279.
- Hocking D, Sundram S: Demoralisation syndrome does not explain the psychological profile of community-based asylum-seekers. *Compr Psychiatry* 2015; 63: 55–64.
- Izdebska A, Pastwa-Wojciechowska B: Organizacja osobowości i jej pomiar – polska adaptacja kwestionariusza IPO Kernberga i współpracowników. *Czas Psychol* 2013; 19: 17–27.
- Jellinek EM: *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse Press, New Haven 1960.
- Kernberg OF: What is personality? *J Pers Disord* 2016; 30: 145–156.
- Kissane DW, Clarke DM, Street AF: Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 2001; 17: 12–21.
- Kissane DW, Wein S, Love A et al.: The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care* 2004; 20: 269–276.
- Klimkiewicz A, Klimkiewicz J, Jakubczyk A et al.: [Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis]. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 265–275.
- Kohn R: Demoralization and the longitudinal course of PTSD following Hurricane Mitch. *Eur J Psychiatry* 2013; 27: 18–26.
- Kohn R, Levav I, Garcia ID et al.: Prevalence, risk factors and aging vulnerability for psychopathology following a natural disaster in a developing country. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 835–841.
- Koranyi S, Hinz A, Hufeld JM et al.: Psychometric evaluation of the German version of the Demoralization Scale-II and the association between demoralization, sociodemographic, disease- and treatment-related factors in patients with cancer. *Front Psychol* 2021; 12: 789793.
- Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF et al.: The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess* 2001; 13: 577–591.
- Liao HY, Chiu CC, Ko YY et al.: Factors associated with demoralisation syndrome in patients before and after cardiac surgery. *J Clin Nurs* 2018; 27: e559–e568.
- Mellibruda J: Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkohol Narkom* 1997; 28: 277–306.
- Offidani E, Del Basso D, Prignago F et al.: Discriminating the presence of psychological distress in patients suffering from psoriasis: an application of the clinimetric approach in dermatology. *Acta Derm Venereol* 2016; 96: 69–73.
- Papakostas GI, Petersen T, Homberger CH et al.: Hopelessness as a predictor of non-response to fluoxetine in major depressive disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19: 5–8.
- Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y et al.: Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 179–184.
- Rickelman BL: Demoralization as a precursor to serious depression. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2002; 8: 9–19.
- Robinson S, Kissane DW, Brooker J et al.: Refinement and revalidation of the demoralization scale: the DS-II – external validity. *Cancer* 2016a; 122: 2260–2267.
- Robinson S, Kissane DW, Brooker J et al.: Refinement and revalidation of the demoralization scale: The DS-II – internal validity. *Cancer* 2016b; 122: 2251–2259.
- Slavney PR: Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 1999; 40: 325–329.
- Tang L, Li Z, Pang Y: The differences and the relationship between demoralization and depression in Chinese cancer patients. *Psychooncology* 2020; 29: 532–538.
- Tossani E, Ricci Garotti MG, Cosci F: The use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in substance use disorder patients. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 195–196.