

## Osobowość w Modelu Wielkiej Piątki a utrzymywanie abstynencji od alkoholu przez rok od rozpoczęcia leczenia

### Personality in the Big Five Model and maintaining abstinence after one year follow-up

Barbara Bętkowska-Korpała

Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii UJ CM  
Kierownik Katedru o Zakładu: prof. dr hab. n. hum. J. K. Gierowski

#### Summary

**Aim.** To compare Five-Factor personality traits in patients maintaining abstinence and relapsed patients (i.e. those who relapsed within a year after treatment), following eight weeks of in-house treatment and three months of out-patient treatment.

**Method.** In longitudinal studies, a sample of 190 patients was analysed (49 females and 141 males; mean age: 43). The patients participated in therapeutic programmes at several addiction treatment centres across Poland. Personality traits were measured using the NEO PI-R inventory proposed by Costa and McCrae (adapted into Polish by Jerzy Siuta) at the initial stage of the treatment. Abstinence was assessed based on the interview.

**Results.** As far as the main traits are concerned, abstinent patients have higher levels of Agreeableness and Conscientiousness than patients who relapsed within a year following the therapy. Moreover, they are characterised by higher levels of constituent traits: Straightforwardness, Ideas and Altruism, as well as higher levels of Order, Self-Discipline and Dutifulness. However, their levels of Hostility are lower compared to patients not maintaining abstinence.

**Conclusions.** After one year follow-up, the group maintaining abstinence is characterised by a higher Agreeableness and Conscientiousness, which is beneficial for cooperation with others as well as undertaking and realising tasks. Moreover, lower constituent values of Neuroticism are linked to higher adaptability and greater therapy participation than in a relapsed group. An early identification of patients bearing traits linked to lower adaptability will decrease the possibility of relapse thanks to making a greater effort at enhancing treatment participation while paying special attention to any co-existing psychopathology.

**Słowa kluczowe:** uzależnienie od alkoholu, leczenie, Model Wielkiej Piątki, abstynencja

**Key words:** alcohol dependence, treatment, Big Five Model, abstinence

Analiza cech osobowości w kategoriach predyktorów utrzymywania abstynencji u pacjentów z zespołem uzależnienia od alkoholu (ZUA) jest zagadnieniem nie tylko badawczym, ale ma również implikacje praktyczne związane z optymalizacją leczenia.

Niewiele badań podejmowało analizę związku osobowości (a nie tylko wybranych predyspozycji osobowościowych) z efektami leczenia. Korzystając ze znanego Psychobiologicznego Modelu Cloningera ustalono, że dla ryzyka nawrotu picia mają znaczenie podwyższone wartości cechy Poszukiwanie stymulacji [1], stanowiące predyktor nawrotu po roku u mężczyzn, oraz obniżone wartości cechy Unikanie szkód, szczególnie w przypadku wczesnego powrotu do picia u kobiet [2].

W ostatnim dziesięcioleciu w badaniach nad rolą osobowości w ZUA dużą popularnością cieszy się Model Wielkiej Piątki (MWP). Wnioski z analiz są coraz bardziej spójne, zarówno w zakresie osobowościowych uwarunkowań nadmiernego picia, jak i rozwoju uzależnienia. MWP uwzględnia pięć czynników: Neurotyczność, Ekstrawertyczność, Otwartość na doświadczenia, Ugodowość i Sumienność<sup>1</sup>. Badania wskazują, że nasilenie picia alkoholu związane jest z niskimi wartościami głównych czynników Sumienność i Ugodowość oraz wysokimi wartościami w czynniku Neurotyczność [3]. Związki między nasileniem picia a cechami osobowości są zależne od specyfiki badanej grupy [4]. Stopień spożywania alkoholu u osób nie leczących się jest silniej związany z mniejszymi wartościami czynnika Sumienność i Neurotyczność niż u osób leczących się. U osób zgłaszających się do leczenia zaobserwowano, że im wyższe wyniki uzyskiwały one w czynnikach Otwartość i Ekstrawertyczność, tym mniejsze ilości alkoholu spożywały. W doniesieniu z badań w polskiej populacji osoby z ZUA, zgłaszające się do leczenia, o konstelacji cech związanych z niskimi wartościami w czynniku Sumienność i wysokimi w czynniku Neurotyczność, charakteryzowały się większym nasileniem objawów uzależnienia, a także młodszym wiekiem, częstszym niepodjęciem pracy zawodowej; częściej też w ich rodzinach występował alkoholizm [5].

W badaniach realizowanych w grupach klinicznych, w których oceniano nie tylko 5 głównych cech osobowości, ale i ich składowe, stwierdzono ciekawe zależności. Podjęto próbę określenia zależności pomiędzy cechami osobowości a problemami spożywania alkoholu, ze szczególnym określeniem różnic między osobami z ZUA pijącymi aktualnie i w przeszłości. W zakresie głównych cech osoby z ZUA mają znacząco niższe wyniki w czynnikach Sumienność i Ugodowość oraz wyższe w czynniku Neurotyczność w porównaniu z osobami, które nigdy nie nadużywały alkoholu. Szczegółowa analiza składowych czynników głównych wskazała, że osoby uzależnione uzyskują niższe wartości dla składowych czynnika Sumienność: S1 – Kompetencje, S3 – Obowiązkowość, S4 – Dążenie do osiągnięć, a także S5 – Samodyscyplina i S6 – Rozwaga. Charakteryzują się również niższymi wartościami w składowych czynnika Ugodowość: U1 – Zaufanie oraz U2 – Prostowność. W zakresie składowych czynnika Neurotyczność obserwowano w grupie z ZUA wyższe wartości w składowych N5 – Impulsywność i N2 – Agresywna wrogość niż u osób nie nadużywających alkoholu. Pomimo braku różnic w zakresie nasilenia czynnika głównego Ekstrawertyczność, analizowana grupa uzyskała niższe wartości w składowych E1 – Serdeczność, E2 – Towarzystwość i w E5 – Poszukiwanie doznań. Z kolei porównanie osób pijących aktualnie z osobami, które piły w przeszłości, wykazało różnicę dotyczącą jedynie

<sup>1</sup> Nazwy czynników i ich składowych będą pisane dużą literą

składowej N5 – Impulsywność. W konkluzji, wyniki te wskazują na specyficzność tych cech, które predysponują do alkoholizmu [6].

W analizach zależności pomiędzy cechami osobowości osób z ZUA a efektami specjalistycznego leczenia ustalono, że pacjenci, którzy mieli nawrót picia, różnili się nasileniem cech osobowości od osób utrzymujących abstynencję, głównie w zakresie czynnika Sumienność [7, 8]. Jednak dodatkowo, pacjenci, którzy w ciągu pół roku od leczenia wrócili do picia alkoholu, uzyskiwali niższe wartości w czynniku Ekstrawertyczność, natomiast osoby, które miały nawrót po roku, charakteryzowały się wyższymi wynikami w czynniku Neurotyczność w porównaniu z abstynentami [8]. Jak wskazują przedstawione powyżej badania, główny czynnik osobowości Sumienność ma istotne znaczenie dla prognozowania leczenia uzależnienia od alkoholu. Warto dodać, że większe nasilenie tego czynnika jest pozytywnie związane z lepszymi wynikami leczenia w ogólnej populacji klinicznej [9, 10].

### **Badania własne**

Główny cel badania dotyczy porównania osobowości osób utrzymujących abstynencję przez rok z osobowością osób, które wróciły do picia w ciągu 2 miesięcy, do roku, po rozpoczęciu leczenia ZUA. Zgodnie z badaniami w grupach klinicznych, polscy pacjenci, którzy utrzymują abstynencję, powinni różnić się od osób, które wróciły do picia już na początku leczenia, w zakresie osobowości, szczególnie czynnika Sumienność [7, 8].

### **Grupa badana**

Analizowano wyniki dotyczące 190 pacjentów z rozpoznaniem ZUA, którzy podjęli leczenie w specjalistycznej placówce i byli ponownie badani po roku od rozpoczęcia leczenia (12–14 miesięcy). Wśród badanych było 49 kobiet i 141 mężczyzn (średnia wieku: 43 lata, od 23 do 70 lat, SD = 10,03). Wszystkie osoby brały udział przynajmniej w 8-tygodniowym programie terapeutycznym oddziału dziennego/stacjonarnego lub uczestniczyły w leczeniu przez co najmniej trzy miesiące w poradni. Pomimo różnic w długości terapii zakres intensywności programu był zbliżony.

### **Metody**

Cechy osobowości badano za pomocą Inwentarza NEO PI-R autorstwa Costy i McCrae, w polskiej adaptacji Siuty [11], którego zapleczem teoretycznym jest MWP wskazujący na pięć czynników osobowości: Neurotyczność (N), Ekstrawertyczność (E), Otwartość (O), Ugodowość (U) i Sumienność (S), a każdy z nich ma 6 składników, które szczegółowo opisują dany czynnik [12]. Test służy do oceny cech normalnej osobowości, jednakże badania wskazują, że nasilenie lub obniżenie ich pewnych wartości może być związane z zaburzeniami zarówno osi I, jak i II opisanej w klasyfikacji DSM-IV [13, 14]. Ponadto warto podkreślić, iż MWP – oraz jego operacjonalizacja związana z testem NEO-PI-R – jest coraz bardziej ceniony, gdyż,

jak wykazano, w większym stopniu i więcej zaburzeń może wyjaśnić niż na przykład Model Psychobiologiczny Cloningera [15].

Kwestionariusz zawiera 240 itemów; badani, na skali od 0 do 4, oceniają prawdziwość zdania w odniesieniu do swojej osoby, zaznaczając odpowiedzi na arkuszu. Oblicza się wynik surowy, a następnie odczytuje wartość stenową odpowiadającą normom uwzględniającym wiek i płeć. Badani uzyskują wyniki w następujących przedziałach stenowych: 1 i 2 – bardzo niskie, 3 i 4 – niskie, 5 i 6 – średnie, 7 i 8 – wysokie, 9 i 10 – bardzo wysokie.

Pozostałe dane, m.in. dotyczące utrzymywania abstynencji lub powrotu do spożywania alkoholu w ciągu ostatniego roku, uzyskiwano z wywiadu. Przyjęto kryterium w postaciach: całkowite utrzymywanie abstynencji alkoholowej vs powrót do spożywania alkoholu, nieutrzymywanie abstynencji, nawet jeśli było to jednorazowe picie. Ograniczeniem jest brak bardziej szczegółowej charakterystyki grupy uznanej za nie utrzymującą abstynencji, jednakże nie ma jednolitej definicji nawrotu [16].

### **Procedura badawcza**

Prezentowane wyniki dotyczą fragmentu projektu<sup>2</sup> o charakterze longitudinalnym. Pacjenci po wstępnej rozmowie byli informowani o prowadzonych badaniach w placówce i zapraszani do udziału w projekcie. Kryteriami włączającymi do badania były: pisemna zgoda na udział w badaniu, diagnoza ZUA według ICD-10 oraz stan zdrowia pozwalający na wypełnienie testów. Oceny cech osobowości dokonano po zakwalifikowaniu pacjentów do programu terapeutycznego (min. 10 dni abstynencji). Arkusz diagnostyczny wypełniali realizujący projekt, a kwestionariusz osobowości – sami badani. Po roku pacjenci ponownie brali udział w badaniach. Osoby, które nie uczestniczyły już w terapii w placówce, były listownie lub telefonicznie zapraszane do ponownego kontaktu w celu badania.

### **Analiza statystyczna**

W analizach przyjęto założenie, że zmiennymi niezależnymi były czynniki osobowościowe, natomiast zmienną grupującą było utrzymywanie abstynencji oceniane po roku. Dla czynników osobowości przedstawiono wyniki zarówno surowe, jak i przeliczone. W interpretacji przyjęto zasadę, że wyniki są zaokrąglane do najbliższej liczby całkowitej, np. 3,86 do 4 lub 7,28 do 7. Jednoczynnikową analizę wpływu wybranych parametrów na efekt leczenia przeprowadzono, porównując wartości czynników osobowościowych i ich składowych w grupie osób, które utrzymywały abstynencję, z wartościami ustalonymi w grupie pacjentów, którzy wrócili do picia alkoholu w ciągu roku po rozpoczęciu leczenia. Z uwagi na normalność rozkładów w grupach zastosowano test parametryczny t-Studenta z  $p < 0,05$ .

---

<sup>2</sup> Projekt pt. „Wzorce funkcjonowania psychospołecznego osób uzależnionych od alkoholu” realizowany jest przez Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medium. Dofinansowała go Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w latach 2009–2011. Projekt uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej UJ nr KBET/112/B/2009.

## Wyniki

Prezentację wyników rozpocznie przedstawienie porównania średnich wartości wyników surowych i przeliczonych (stenowych) oraz odchyłeń standardowych czynników osobowości w grupie 116 osób (61%) utrzymujących abstynencję (ABS) i 74 (39%) osób, które w ostatnim roku nie utrzymały abstynencji (nABS). W opisie koncentrowano się na dwóch obszarach analizy: różnicach istotnych statystycznie pomiędzy grupami ABS i nABS oraz na tych cechach, których nasilenie odbiega od normy populacyjnej. Różnica w częstości utrzymywania abstynencji lub powrotu do picia pomiędzy kobietami a mężczyznami w obu grupach jest nieistotna statystycznie.

Tabela 1 i rysunek 1 prezentują różnice w wartościach stenowych dla czynników osobowości pomiędzy grupą ABS a grupą nABS.

Tabela 1. Różnice w wartościach dla czynników osobowości pomiędzy grupami ABS i nABS

Czynniki główne	Abstynencja od roku	Średnia ( $\pm$ SD)	Me	Min. – maks.	p
N – Neurotyczność	ABS	6,53 (2,15)	6,5	1–10	NS
	nABS	<b>6,86</b> (1,79)	7,0	2–10	
E – Ekstrawertyczność	ABS	5,33 (2,07)	6,0	1–10	NS
	nABS	5,32 (1,97)	5,0	1–10	
O – Otwartość	ABS	6,24 (2,10)	6,0	1–10	NS
	nABS	6,07 (2,03)	6,0	1–10	
U – Ugodowość	ABS	5,85 (2,08)	6,0	1–10	<b>0,008</b>
	nABS	5,01 (2,11)	5,0	1–10	
S – Sumienność	ABS	5,00 (2,36)	4,5	1–10	<b>0,015</b>
	nABS	<b>4,19</b> (1,98)	4,0	1–10	

Rys. 1 – na następnej stronie przedstawia graficzne profile czynników osobowości dla grup ABS i nABS

Grupy istotnie różnią się między sobą nasileniem czynników U i S. Większość wyników stenowych czynników głównych dla obu grup mieści się w granicach normy populacyjnej, z wyjątkiem niskiego poziomu czynnika S i wysokiego wyniku w czynniku N, choć brak istotnych różnic między wyłonionymi grupami.

Poniżej znajduje się szczegółowa analiza składowych głównych czynników dla grup ABS i nABS. Tabela 2 przedstawia wyniki dla składników czynnika N. Pomimo że w zakresie składowej Agresywna wrogość wyniki są typowe dla populacji, to obserwuje się istotną różnicę między grupami, wskazującą na wyższy poziom tej składowej u pacjentów z grupy nABS. Ponadto w obu grupach obserwuje się wysokie wyniki w zakresie składowych: Impulsywność, Depresyjność oraz wysokie wartości w składowych: Nadmierny samokrytycyzm dla grupy ABS i Nadwrażliwość dla grupy nABS.

Rys. 1. Profile grup ABS i nABS w zakresie głównych czynników

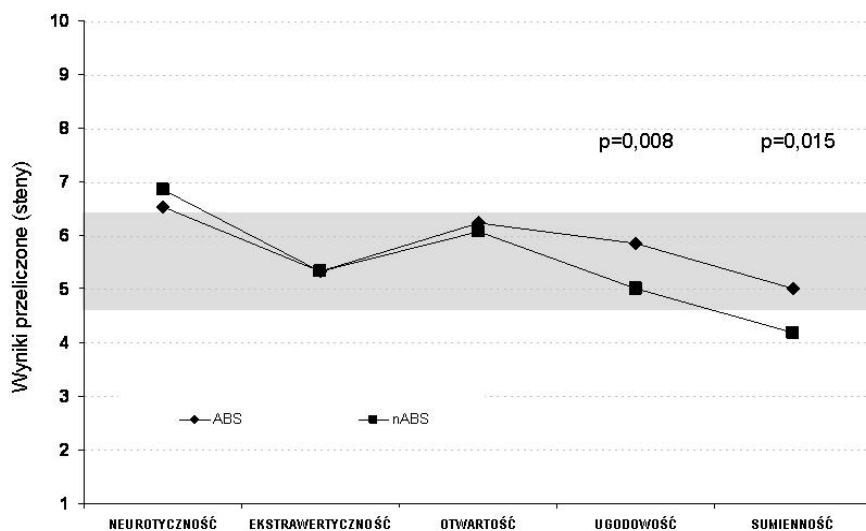


Tabela 2. Różnice w składowych czynnika Neurotyczność pomiędzy grupami ABS i nABS

Składowe	Abstynencja od roku	Średnia ( $\pm$ SD)	Me	Min. – Maks.	p
N1 – Lęk	ABS	6,03 (2,21)	6,0	0–10	NS
	nABS	6,43 (1,85)	6,0	1–10	
N2 – Agresywna wrogość	ABS	5,71 (2,12)	6,0	1–10	<b>0,013</b>
	nABS	6,49 (2,06)	6,0	2–10	
N3 – Depresyjność	ABS	<b>6,82</b> (2,18)	7,0	1–10	NS
	nABS	<b>6,88</b> (2,12)	7,0	1–10	
N4 – Nadmierny samokrytycyzm	ABS	6,66 (2,21)	7,0	1–10	NS
	nABS	6,20 (1,92)	7,0	2–10	
N5 – Impulsywność	ABS	<b>7,13</b> (1,92)	7,0	3–10	NS
	nABS	<b>7,12</b> (1,94)	7,0	3–10	
N6 – Nadwrażliwość	ABS	6,33 (2,03)	7,0	1–10	NS
	nABS	<b>6,81</b> (1,92)	7,0	2–10	

Nie odnotowano istotnych różnic między grupami w składowych czynnika E, a wszystkie średnie wartości stenowe są w normie populacyjnej (tab. 3 – na następnej stronie).

Grupy niewiele różnią się między sobą w zakresie składowych czynnika O. Jedynie w składniku Idee jest różnica istotna statystycznie wskazująca na wyższy poziom tej cechy w grupie ABS. W tej grupie także zaznaczają się podwyższone wyniki stenowe w porównaniu z normą populacyjną dla składowej Wartości.

Tabela 3. Różnice w składowych czynnika Ekstrawertyczność pomiędzy grupami ABS i nABS

Składowe	Abstynencja od roku	Średnia ( $\pm$ SD)	Me	Min. – maks.	p
E1 – Serdeczność	ABS	5,67 (2,30)	5,0	1–10	NS
	nABS	5,43 (2,31)	5,0	1–10	
E2 – Towarzystwo	ABS	5,09 (2,24)	5,0	1–10	NS
	nABS	5,14 (2,12)	5,0	1–10	
E3 – Asertywność	ABS	5,22 (2,19)	5,0	1–10	NS
	nABS	5,59 (2,03)	5,5	1–10	
E4 – Aktywność	ABS	5,79 (1,99)	6,0	1–10	NS
	nABS	5,65 (2,12)	6,0	1–10	
E5 – Poszukiwanie doznań	ABS	5,81 (2,20)	6,0	1–10	NS
	nABS	5,92 (1,95)	6,0	3–10	
E6 – Emocje pozytywne	ABS	5,84 (2,02)	6,0	1–10	NS
	nABS	5,58 (2,29)	5,5	1–10	

Tabela 4. Różnice w składowych czynnika Otwartość pomiędzy grupami ABS i nABS

Składowe	Abstynencja od roku	Średnia ( $\pm$ SD)	Me	Min. – maks.	p
O1 – Wyobraźnia	ABS	5,87 (2,31)	6,0	1–10	NS
	nABS	6,38 (2,14)	7,0	1–10	
O2 – Estetyka	ABS	5,80 (1,88)	6,0	1–10	NS
	nABS	5,85 (2,07)	6,0	1–10	
O3 – Uczucia	ABS	6,47 (2,10)	7,0	1–10	NS
	nABS	6,08 (1,96)	6,0	2–10	
O4 – Działania	ABS	5,80 (2,05)	6,0	1–10	NS
	nABS	6,12 (1,87)	6,0	1–10	
<b>O5 – Idee</b>	ABS	6,41 (1,97)	6,0	2–10	<b>0,033</b>
	nABS	5,77 (2,08)	6,0	1–10	
O6 – Wartości	ABS	<b>6,66</b> (2,12)	7,0	2–10	NS
	nABS	6,30 (2,07)	6,0	2–10	

Wszystkie składowe dla czynnika U, dla obu grup, mieszczą się w normie populacyjnej. Jednak osoby z grupy ABS mają istotnie statystycznie wyższy poziom cechy Prosocialności i Altruizmu niż osoby z grupy nABS (tab. 5 – na następnej stronie).

Ostatni czynnik S znacząco różnicuje obie grupy, szczególnie w zakresie czterech składowych (tab. 6). Osoby z grupy ABS charakteryzują się większymi wartościami w składowych: Skłonność do porządku, Samodyscyplina, Obowiązkowość, a także

w składowej Dążenie do osiągnięć niż osoby z grupy nABS. Składowe Obowiązkowość i Rozwaga nie różniły się istotnie, ale w odniesieniu do normy populacyjnej grupa nABS uzyskiwała niskie wartości stenowe.

Tabela 5. Różnice w składowych czynnika Ugodowość pomiędzy grupami ABS i nABS

Składowe	Abstynencja od roku	Średnia ( $\pm$ SD)	Mediana	Min. – maks.	p
U1 – Zaufanie	ABS	5,55 (2,47)	6,0	1–10	NS
	nABS	5,16 (2,09)	5,0	1–10	
U2 – Prostolinijność	ABS	5,69 (2,30)	6,0	1–10	0,005
	nABS	4,72 (2,27)	5,0	1–10	
U3 – Altruizm	ABS	6,16 (2,35)	6,0	1–10	0,051
	nABS	5,46 (2,41)	6,0	1–10	
U4 – Ustępliwość	ABS	5,59 (2,10)	6,0	1–10	NS
	nABS	5,19 (2,17)	5,0	1–10	
U5 – Skromność	ABS	6,31 (2,13)	6,5	1–10	NS
	nABS	6,09 (2,05)	6,0	1–10	
U6 – Skłonność do rozczulania się	ABS	6,06 (2,01)	6,0	2–10	NS
	nABS	5,91 (2,08)	6,0	1–10	

Tabela 6. Różnice w składowych czynnika Sumienność pomiędzy grupami ABS i nABS

Składowe	Abstynencja od pierwszego badania	Średnia ( $\pm$ SD)	Me	Min. – maks.	p
S1 – Kompetencja	ABS	5,09 (2,31)	5,0	1–10	NS
	nABS	5,00 (1,92)	5,0	1–10	
S2 – Skłonność do porządku	ABS	6,13 (2,36)	6,0	1–10	0,014
	nABS	5,27 (2,25)	5,0	1–10	
S3 – Obowiązkowość	ABS	4,65 (2,22)	4,0	1–10	0,042
	nABS	4,01 (1,83)	4,0	1–8	
S4 – Dążenie do osiągnięć	ABS	5,91 (2,03)	6,0	1–10	0,071
	nABS	5,35 (2,08)	5,0	1–10	
S5 – Samodyscyplina	ABS	5,26 (2,18)	5,0	1–10	0,038
	nABS	4,61 (1,95)	4,0	1–10	
S6 – Rozwaga	ABS	4,78 (2,01)	5,0	1–9	NS
	nABS	4,43 (1,70)	4,0	1–10	

Podsumowując, wyniki wskazują na istotne statystycznie różnice w zakresie głównych czynników osobowościowych i ich składowych pomiędzy osobami, które



po podstawowym okresie terapii utrzymywały przez rok abstynencję, i tymi, które powróciły do picia w tym czasie.

### Omówienie wyników

W przeprowadzonych badaniach ustalono, że osobowość ma znaczenie w utrzymaniu abstynencji w ciągu roku po rozpoczęciu leczenia. Osoby utrzymujące abstynencję różnią się, w zakresie zarówno głównych czynników osobowości, jak i ich składowych, od osób, które wróciły do picia. Największa różnica pomiędzy grupami dotyczy wartości czynnika Ugodowość. Wartości stenowe w obu grupach (dotyczy to także składowych) nie różnią się od normy populacyjnej, czyli w obu grupach znajdują się osoby, które mają potencjalne możliwości budowania relacji interpersonalnych. Jednak osoby utrzymujące abstynencję mają lepsze nastawienie do innych osób, łatwiej nawiązują i podtrzymują relacje, charakteryzują się większą otwartością, życzliwością i szczerością, są bardziej skłonne do współpracy, a nawet do zachowań konformistycznych, oraz w większym stopniu potrafią powstrzymać się od ujawniania złości i odraczać swoje korzyści na rzecz pomocy innym niż osoby, które w ciągu roku wróciły do picia. Znaczenie czynnika Ugodowość w doświadczaniu problemów związanych z nadużywaniem alkoholu jest niejasne. Badania w grupie osób młodych wskazują na małe wartości tego czynnika jako predyktora sięgania po alkohol, ale nie w związku z diagnozą problemów wynikających ze spożywania alkoholu [3]. Z kolei inne badania wskazują na obecność małych wartości Ugodowości u osób z ZUA [6]. Niski poziom Ugodowości charakteryzuje osoby z problemami alkoholowymi, u których zdiagnozowano współwystępowalność zaburzeń osobowości o charakterze antysocjalnym [17].

W badaniach nie przedstawiano wpływu czynnika Ugodowość na efekt terapii. W niniejszym badaniu jego wartości mieściły się w normie, jednak zaobserwowano, że osoby, które utrzymywały abstynencję, charakteryzowały się znacząco większymi wartościami, także w zakresie składowych: Prostolinijność i Altruizm. Czynniki Ugodowość ma znaczenie w procesach zachodzących w interpersonalnych relacjach. Osoby z wyższym poziomem Ugodowości w zetknięciu z nieprzyjemnymi bodźcami bardziej starają się regulować negatywne stany emocjonalne oraz pobudzają się do działań raczej o charakterze prospołecznym niż agresywnym [18]. Początek utrzymywania abstynencji obfituje w tego rodzaju przeżycia, począwszy od dyskomfortu psychofizycznego związanego z objawami abstynencyjnymi, aż po analizowanie problemów życiowych wynikających z uzależnienia i ich rozwiązywanie. Małe wartości czynnika Ugodowość uzyskują osoby charakteryzujące się nieprzystosowanymi zachowaniami, pojawia się bowiem u nich trudność w odraczaniu szybkich nagród i nieangażowanie się w działania przynoszące odległe nagrody, które mogą być ważniejsze dla dobrego przystosowania [19], a to wydaje się kluczowe dla przebiegu leczenia ZUA oraz odległych jego efektów.

Drugi główny czynnik istotnie różnicujący grupy to Sumienność, która odnosi się do przestrzegania norm społecznych, planowania, inicjowania i realizowania celów oraz kontroli impulsów. W zakresie tego czynnika wyniki badań jego zależności od

ZUA są spójne. Małe wartości czynnika Sumienność mają istotne znaczenie zarówno w powstawaniu problemów alkoholowych, jak i leczeniu [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Jednocześnie stanowi on predyktor osiągnięć w różnych innych obszarach życia [20]. W badanej próbie klinicznej osoby z grupy nABS w porównaniu z grupą ABS są gorzej zorganizowane, w mniejszym stopniu przestrzegają wymagań i zobowiązań, mają słabszą zdolność motywowania się do zadań, zarówno ich rozpoczynania, jak i kontynuowania. Mogą także podejmować nieodpowiedzialne działania, nie zważając na konsekwencje. Ponadto obserwuje się u nich niższy poziom Rozwagi, co jest spójne z wysokim poziomem Impulsywności, która jest składnikiem czynnika Neurotyczność. Składowa Rozwaga dotyczy bardziej niezwracania uwagi na konsekwencje działań, a składowa Impulsywność rozumiana jest jako trudność w kontrolowaniu potrzeb i impulsów. W przypadku leczenia uzależnienia i zmian w zakresie sposobu funkcjonowania te dwie cechy znacznie utrudniają uczenie się nowych zachowań, bardziej przystosowawczych ze względu na skłonności do nieprzemyślanych, ryzykownych zachowań, i stwarzają problem z odraczaniem gratyfikacji.

Wbrew oczekiwaniom, na podstawie wyników innych badań, nie stwierdzono różnicy w zakresie czynnika Neurotyczność. Bottlender i Soyka [8] wskazują na znaczenie tego czynnika w powrocie do picia po roku od leczenia. Być może brak wyraźnej różnicy w tym czynniku w badanej grupie jest związany z tym, że analiza powrotu do picia jest prowadzona dokładnie w rok po zgłoszeniu się na terapię, a kontakt z pacjentami w dłuższym okresie, powyżej roku, być może ujawniłby wpływ tego czynnika. Porównanie wartości składowych wskazało, że osoby z grupy nABS charakteryzują się, oprócz wyższego poziomu składnika Impulsywność, większymi wartościami w składnikach Depresyjność, Nadwrażliwość oraz Nadmierny samokrytycyzm niż z grupy ABS. Oznacza to, że osoby, które nie utrzymały rocznej abstynencji, są gorzej przystosowane, mają depresyjne usposobienie, częściej przeżywają przygnębienie, smutek, bezradność, są bardziej przewrażliwione na swoim punkcie i bardziej obawiają się odrzucenia. Te składowe czynnika Neurotyczność są szeroko opisywane w odniesieniu do zaburzeń psychopatologicznych, zarówno osi I jak i II w klasyfikacji DSM-IV [13, 14, 21]. Ze względu na ryzyko współwystępowania zaburzeń psychopatologicznych osi I i II oraz ZUA [22] ważna jest precyzyjna diagnoza kliniczna i ewentualne rozważenie wsparcia farmakologicznego.

### Wnioski

1. Porównanie grup osób pod względem utrzymywania abstynencji w ciągu roku od rozpoczęcia leczenia wskazuje na rolę dwóch głównych czynników: Ugodowość i Sumienność.
2. Małe wartości czynników Ugodowość i Sumienność mogą utrudniać uzyskiwanie pomocy i współpracę z innymi. Taka konfiguracja, przy wyższych wartościach w składnikach czynnika Neurotyczność, w badanej grupie, która wróciła do picia, wiąże się ze słabszymi możliwościami przystosowawczymi i korzystania z terapii.
3. Celem optymalizacji programu psychoterapii, ważne jest, aby zidentyfikować już na początku terapii osoby z predyspozycjami osobowościowymi sprzyjającymi

powrotowi do picia, a ze względu na ryzyko współwystępowania zaburzeń psychopatologicznych istotne jest rozważenie wsparcia farmakologicznego.

### **Личность в Модели большой пятерки и поддержание абстиненции в течение года с начала лечения**

#### **Содержание**

**Задание.** Сравнение черт личности в Модели большой пятерки между пациентами, поддерживающими абстиненцию и лицами, которые возвратились к алкоголю в течение года после 8 недель лечения в отделении и 3 месяцев в Диспансере со времени начала лечения от алкогольной зависимости.

**Метод.** В продолжительных исследованиях проанализированы результаты для группы 190 человек (женщин 49 и мужчин 41 лет – средний возраст 43 года). Исследованные принимали участие в терапевтических программах в нескольких центрах лечения зависимостей. В начале лечения черты личности определялись Инвентарем личности НЕО ПИ-Р Кости и Мак Крае в польской адаптации Сюиты, а оценки абстиненции проводили после года на основании опроса.

**Результаты.** В радиусе главных факторов лица, поддерживающие абстиненцию характеризовались большими показателями Согласности и ответственности, чем лица, которые в течение года снова начали применять алкоголь. Кроме того, абстиненты обладали большими результатами в составляющих: простотой, идеями, альтруизмом. У этих обследованных можно было отметить также черты склонности к порядку, самодисциплины и обязательности, но меньшие показатели в составляющих: агрессивное поведение, нежели у лиц, не поддерживающих абстиненцию.

**Выводы.** В группе лиц, зависимых от алкоголя, которая поддерживает абстиненцию в течение года появляются более высокие показатели в факторах согласности и сознательности, что является положительным фактором для совместной работы с иными людьми, а также предпринятия и реализации жизненных заданий.

Дополнительно более низкие показатели составляющих фактора невротичности, связываются с лучшими возможностями приспособления и использования в терапии, нежели в группе, которая после первого периода лечения возвращалась к употреблению алкоголя. Раннее идентифицирование лиц с таким утяжелением черт, которые не способствуют хорошему приспособлению создает шансы на ограничение риска рецидива путем помощи в участии терапевтических занятий с обращением внимания на правдоподобность появления психопатологических нарушений.

### **La personnalité dans les Big Five et le maintien de l'abstinence durant une année après le traitement**

#### **Résumé**

**Objectif.** Comparer les traits de la personnalité de Big Five des patients maintenant l'abstinence durant une année après le traitement et des personnes qui ont recommencé à boire (après 8 semaines du traitement hospitalisé et après 3 mois du traitement ambulatoire).

**Méthode.** On analyse les résultats des études longitudinales du groupe de 190 patients (49 femmes, 141 hommes, moyenne de l'âge – 43). Ces patients examinés ont suivi leurs programmes thérapeutiques dans les plusieurs centres en Pologne. Au début de la thérapie on mesure les traits de la personnalité avec l'inventaire NEO PI-R de Costa et de McCrae (version polonaise de Siuta). L'abstinence est évaluée avec un interview une année après la thérapie.

**Résultats.** Les patients maintenant l'abstinence ont les scores plus élevés dans les traits : Agréabilité et Conscience que les patients revenant à boire. De plus ils ont les scores plus élevés aussi dans les traits suivants : Honnêteté, Idées et Altruisme, Ordre, Autodiscipline et Sentiment du devoir, pourtant ils ont les valeurs moins élevées de l'Hostilité que les personnes revenant à boire.

**Conclusions.** Dans le groupe qui maintient l'abstinence durant une année on note les résultats plus grands des traits tels que : Agréabilité et Conscience et cela favorise la coopération avec les autres et le fonctionnement – réalisation des tâches; de plus ; les valeurs moins élevées du trait « Névrotisme » se lient avec la plus grande adaptabilité et la participation meilleure à la thérapie. L'identification précoce des patients avec les traits qui ne favorisent la meilleure adaptabilité donne la chance à diminuer le risque de revenir à boire et à aider ces patients à participer au traitement en tenant en considération la possibilité de coexistence d'autres troubles psychopathologiques.

### Piśmiennictwo

1. Kravitz HM, Fawcett J, McGuire M, Kravitz GS, Whitney M. *Treatment attrition among alcohol-dependent men: is related to novelty seeking personality traits?* J. Clin. Psychopharmacol. 1999; 19: 51–56.
2. Meszaros K, Lenzinger E, Hornik K, Fureder T, Willinger U, Fischer G, Schonbeck G, Aschauer HN. *The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. The European Fluvoxamine in Alcoholism Study Group.* Alcohol. Clin. Exp. Res. 1999; 23: 483–486.
3. Ruiz MA, Pincus AL, Dickinson KA. *NEO PI-R Predictors of alcohol use and alcohol-related problems.* J. Person. Assessm. 2003; 3: 226–236.
4. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, Schutte NS. *Alcohol involvement and the Five-Factor Model of Personality: A meta-analysis.* J. Drug Educ. 2007; 3: 277–294.
5. Bętkowska-Korpała B. *Profil osobowości według koncepcji Wielkiej Piątki u osób rozpoczynających leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu a inne wskaźniki efektywności terapii.* Narkom. Alkohol. 2010; 3: 288–289.
6. Hopwood ChJ, Morey LC, Skodol A, Stout RL, Yen S, Ansell EB, Grilo CM, McGlashan TH. *Five-Factor Model Personality Traits Associated with alcohol-related diagnoses in a clinical sample.* J. Study Alcohol Drugs 2007; 68: 455–460.
7. Muller SE, Weijers HG, Boning J, Wiesbeck GA. *Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients.* Neuropsychobiol. 2008; 57: 159–164.
8. Bottlender M, Soyka M. *Impact of different personality dimensions (NEO Five-Factor Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 month after treatment.* Psychol. Res. 2005; 136: 61–67.
9. Costa PT Jr, McCrae RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEOPI-R) and NEO Five-Factors Inventory (NEO-FFI) Professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
10. Costa PT Jr, McCrae RR. *Four ways five factors are basic.* Person. Individ. Differenc. 1992; 13: 653–665.
11. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Costy PT Jr i McCrae RR. Adaptacja polska.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2006.
12. Costa PT Jr, McCrae RR. *Osobowość człowieka dorosłego. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej.* Kraków: Wydawnictwo WAM; 2005.
13. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. *The relationship between the Five-Factor Model of Personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis.* J. Psychopathol. Behav. Assessm. 2005; 2: 101–114.
14. Saulsman LM, Page AC. *The Five-Factors Model and personality disorder empirical literature: a meta-analytic review.* Clin. Psychol. Rev. 2004; 23: 1055–1085.
15. De Fruyt F, de Clercq BJ, van de Wiele L, Van Heeringen K. *The validity of Cloninger's Psychobiological Model versus Five-Factors Model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: domain facet and residualized facet descriptions.* J. Person. 2006; 2: 479–510.

16. Wojnar M, Anna Ślusarska A, Jakubczyk A. *Nawroty w uzależnieniu od alkoholu*. Część 1: *Definicje i modele*. Alkohol. Narkom. 2006; 4: 379–394.
17. Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller K. *The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables*. J. Abnorm. Psychol. 1997; 106: 74–84.
18. Ziółkowska AM. *Czynnik Ugodowość w Pięcioczynnikowej Teorii Osobowości*. W: Siuta J, red. *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009, s. 71–92.
19. Miller JD, Lynam DR, Jones S. *Externalizing behavior through the lens of the five-factors model: A focus on agreeableness and conscientiousness*. J. Person. Assessm. 2008; 90: 158–164.
20. Hołda M. *Czynnik Sumienność w Pięcioczynnikowej Teorii Osobowości*. W: Siuta J, red. *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009, s. 93–109.
21. Zawadzki B. *Pięcioczynnikowa Teoria Osobowości a zaburzenia psychiczne*. W: Siuta J, red. *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009, s. 207–225.
22. Preuss UW, Johann M, Fehr C, Koller G, Wodarz N, Hesselbrock V, Wong MW, Soyka M. *Personality disorders in alcohol-dependent individuals: Relationship with alcohol dependence severity*. M. Eur. Addict. Res. 2009; 15: 188–195.

Adres: Katedra Psychiatrii UJ CM  
Zakład Psychologii Lekarskiej  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 b

Otrzymano: 22.06.2011  
Zrecenzowano: 28.02.2012  
Otrzymano po poprawie: 15.04.2012  
Przyjęto do druku: 20.04.2012  
Adiustacja: L. Sz.