Social and psychological functioning of opiate dependent patients in methadone maintenance treatment – longitudinal research report

Magdalena Nalaskowska*, Lidia Cierpiałkowska

University of Adam Mickiewicz, Department of Health Psychology and Clinical Psychology, Poznań, Poland

ABSTRACT

Introduction. Substitution treatment is recommended by the WHO as an effective form of curbing and abstaining from opiate use and improvement of psychosocial functioning of drug addicted persons. It was positively demonstrated that this treatment leads to abstinence from illegal drugs and reduction of harm of use. However, despite the long-term application of this form of treatment, and despite various studies on changes occurring under its influence, still little is known about what changes occur in patients participating in substitution treatment. For this reason, the aim of the present research analysis was to determine what changes appeared in cognitive emotion regulation strategies, sense of coherence, intensity of psychopathological symptoms and level of developmental task completion in the patient group.

Method. The longitudinal study procedure was applied. Opiate addicts were studied twice – first when on starting therapy and second after six months of participation. The research was conducted at five substitution treatment centres in Poland. The first research stage included 37 subjects addicted to opiates, and the second 22 persons after 6 months of substitution treatment.

Results. After six months of methadone treatment, patients displayed a statistically significant change in sense of coherence. The respondents believed life to be more understandable, predictable and meaningful. A significant increase in the realisation of all developmental tasks was also observed, but not of specific tasks. There were no significant changes in cognitive emotional regulation strategies and intensity of psychopathological symptoms.

© 2014, Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw. Production and hosting by Elsevier Urban&Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

ARTICLE INFO

Article history / Historia artykułu:
Submitted / Otrzymano: 24.03.2014
Accepted / Przyjęto do druku: 14.08.2014

Keywords:
Effectiveness of substitution treatment
Methadone maintenance treatment
Cognitive emotional regulation strategies
Sense of coherence
Symptoms of mental disorders
Realisation of developmental tasks

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Leczenie substytucyjne zalecane jest przez WHO jako skuteczna forma zaprzestania i ograniczenia używania opiatów oraz poprawienia funkcjonowania psychosocialnego osób uzależnionych. Bezpośrednio stwierdzono, że leczenie to prowadzi do abstynencji i ograniczenia szkód spowodowanych użyciem. Jednak pomimo wieloletniego stosowania tej formy leczenia, prowadzenia różnych badań nad zmianami występującymi pod jego wpływem wciąż niewiele wiemy o zmianach zachodzących u pacjentów. Dlatego celem badań było stwierdzenie, jakie zmiany w strategiach regulacji...
emotions, in the pursuit of coherence, enlivenment of psychopathological and cognitive realisation of tasks and experiences, exhibiting psychopathological and cognitive changes. The least studied aspect, as it would seem, is the matter of the process of change. Further research is needed to establish the impact of change on the occurrence of change in the intensity of various mental disorder symptoms (the psychological perspective) or instances of happiness with life and well-being (the positive psychology perspective). After all, this is a patient group characterised by a very wide range of different mental disorders, especially of the personality, that greatly alter the effects of treatment [16–18]. We have conflicting research results as far as changes in the profile of pathological personality features and behaviour patterns in the course of treatment are concerned. Research on patients of 6 methadone treatment programmes have undergone more long-term rather than just temporary pro-health changes. The least studied aspect, as it would seem, is the matter of the effect of substitution treatment on the occurrence of change in the intensity of various mental disorder symptoms (the psychological perspective) or instances of happiness with life and well-being (the positive psychology perspective). After all, this is a patient group characterised by a very wide range of different mental disorders, especially of the personality, that greatly alter the effects of treatment [16–18]. We have conflicting research results as far as changes in the profile of pathological personality features and behaviour patterns in the course of treatment are concerned. Research on patients of 6 methadone treatment programmes have undergone more long-term rather than just temporary pro-health changes.
the first to show changes in the quality of life of methadone pa-
tients on the basis of clinical interviews. Habrat et al [13] con-
ducted longitudinal studies covering quality of life before tre-
atment, after 6 months and a year of programme participation.
The patients noticed an improvement in the quality of various
aspects of their lives after 6 months of participation in substi-
tution therapy. What is more, after a year of therapy, patients’
quality of life was still better than at the time of starting, though
it had fallen from the level of half a year before. However, higher
ratings of aspects of life like physical condition, social func-
tioning, limitation of functioning caused by somatic state, mental
health and energy and vitality had all been maintained.

The results of these clinical observations and studies on the
Polish population of participants in methadone therapy beca-
me the basis for questions about other changes of a psycho-so-
cial nature than those presented above. It was decided that stu-
dy of changes both at the psychopathological level and that of
changes in terms of indicators of mental health was important.
This is why, apart from negative indicators of mental health
in the form of intensification of various symptoms of mental
disorders, positive indicators were also studied, such as sense
of coherence, capacity to regulate emotions and level of deve-
lopped task realisation in the course of adulthood. It was
assumed that a six-month period of abstinence from opioids
and changes in everyday lifestyle that become ever more pre-
dictable and in accordance with social norms, promotes a sense
of internal coherence and better coping with experienced emo-
tions. Activity directed to improvement of social life associated
with the achievement of greater psychological stability ought
to favour the achievement of the developmental challenges of
adulthood.

**Methods and materials**

**Research procedure**

The study was longitudinal in character, with the first stage
taking place during one month after the start of methadone tre-
atment and the second six months later. It was conducted in five
centres carrying out substitution therapy in 2011 and was com-
pleted in 2012. The centres were NZOZ Poradnia Uzależnień dla
Dorosłych Stowarzyszenia „Eleuteria” in Warsaw, SPZOZ Poradnia
Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych in Zgorzelec,
SPZOZ Szpital Psychiatryczny im. Babińskiego in Łódź, Wojewódz-
ki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr. Józefa Bedna-
rza in Świecie and NZOZ Dom Sue Ryder in Bydgoszcz.

Between June and October 2011, all patients at the above cen-
tres starting substitution treatment who had agreed to participa-
te in the research project were studied. They were informed that
the study would be carried out twice. On consenting to partici-
 cate, each patient was informed of the secrecy of data they would
provide and signed a declaration of participation in the study. In
the first stage, of the 41 invited to participate, 37 accepted and 4
did not. After 6 months, the same group took part in the second
stage of study. Apart from the questionnaire, participants were
studied using the same instruments as the extent of change in
terms of the selected variables had been estimated. After half a
year, 15 subjects dropped out of the second stage, of which 4 as a
result of refusal to continue, 8 due to relapse to drug use and non-
completion of programme, one patient who was incarcerated, one
death and one that could not participate for organisational rea-
sons (in total 41%). Therefore 22 patients took part in the second
stage or 59% of the first-stage group.
### Table II
Characteristics of participants

| Variables                      | Study group N=37 | Study group N=22 |
|--------------------------------|------------------|------------------|
| **Education**                  |                  |                  |
| Elementary                     | 13               | 6                |
| Vocational                     | 6                | 4                |
| Secondary                      | 15               | 10               |
| Post-secondary                 | 1                | 1                |
| Tertiary                       | 2                | 1                |
| **Number of children**         |                  |                  |
| 0                              | 22               | 11               |
| 1                              | 7                | 6                |
| 2                              | 7                | 4                |
| 3                              | 1                | 1                |
| **Length of dependence (years)** |                  |                  |
| <5                             | 5                | 3                |
| 5–10                           | 18               | 8                |
| 10–15                          | 10               | 7                |
| 15–20                          | 1                | 1                |
| >20                            | 4                | 3                |
| **Abused opiates**             |                  |                  |
| Intravenously                  | 25               | 15               |
| Heroin                         | 37               | 22               |
| Polish heroin „kompot“         | 10               | 9                |
| Morphine                       | 6                | 3                |
| Tramal                         | 5                | 3                |
| Fentanyl                       | 2                | 2                |
| Methadone                      | 8                | 4                |
| Codeine                        | 3                | 2                |
| **Treatment experience**       |                  |                  |
| Stationary                     | 30               | 20               |
| Outpatient                     | 17               | 10               |
| **Substitution treatment experience** |          |                  |
| First admission                | 26               | 17               |
| Second admission               | 6                | 3                |
| Third admission                | 3                | 2                |
| Fourth admission               | 2                | 0                |

### Table III
Change in socio-demographic characteristics of participants

| Variables                      | First measurement (start of treatment) (N=22) | Second measurement (after 6 months of treatment) (N=22) |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| **Employment status**          |                                              |                                                       |
| Employed                       | 8                                             | 10                                                    |
| Unemployed                     | 12                                            | 10                                                    |
| Other                          | 2                                             | 2                                                     |
| **Marital status**             |                                              |                                                       |
| Married                        | 6                                             | 6                                                     |
| Partnership                    | 7                                             | 9                                                     |
| Single                         | 7                                             | 6                                                     |
| Other                          | 2                                             | 1                                                     |

Due to the research aims and the selected intra-psychological variables deemed to be likely to change over a 6-month period of methadone treatment, we used a Developmental Task Realisation Questionnaire [22], Antonovsky’s Orientation to Life Questionnaire [23], Symptom Checklist SCL-90 by Derogatis, Lipman & Covi [24, 25] and Garnevska’s & Kraaij The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [26] (Table I).

The project was accepted by the Bioethics Commission at the Medical University of Poznań prior to the research being conducted.

Research methods

In order to study the "sense of coherence" variable, we used Antonovsky’s The Sense of Coherence Questionnaire, SOC 29 [23]. This is made up of 29 elements making up three subscales relating to three elements of the sense of coherence: 1) comprehensibility – defines the sense that events are understandable and predictable for the individual; 2) manageability – defines the sense that the individual has the means to face challenges and difficulties; 3)
meaningfulness – defines the sense that the overcoming of challenges is worth the effort and commitment (Tab. I). With the aid of this questionnaire, it is possible to estimate the general sense of coherence as well as its particular dimensions. The Cronbach alpha indicators of internal consistency gained in 26 studies varied from 0.82 to 0.92 [23].

The Sense of Coherence Questionnaire, SOC 29 was adapted by the Department of Clinical Psychology at the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw, the Department of Psychoprophilactics at the Adam Mickiewicz University in Poznań and the Department of Work Psychology at the Institute of Work Medicine in Łódź (1993). The Polish version instrument also demonstrated a high level of reliability. Indicators of internal consistency, calculated with the split-half method with Spearman-Brown correction gave a sense of coherence of 0.92, a sense of comprehensibility of 0.78, a sense of manageability of 0.72 and a sense of meaningfulness of 0.68, with a Cronbach’s alpha of 0.78 [23]. In our own studies, Cronbach’s alpha for the whole scale was 0.85, and for each particular scale was 0.83, 0.75 and 0.74 respectively.

Measurement of the “strategy of cognitive emotional regulation” we used the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) by Garnefska & Kraaij [26], which serves to identify cognitive strategies of emotion regulation employed in the experience of unpleasant, negative events. The questionnaire is made up of 36 items forming 9 subscales relevant to the following cognitive strategies: 1) acceptance – coming to terms with a negative event; 2) refocus on planning – the planning of concrete steps to cope with the event; 3) positive reappraisal – giving the event a positive meaning; 4) putting into perspective – reducing the negative meaning of the event; 5) self-blame – blaming oneself for what has happened; 6) other-blame – blaming others for what has happened; 7) rumination – constant thinking over of scales: somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism (Table I). The reliability of SCL-90 is high and the internal Cronbach’s alpha consistency for the subscales was from 0.77 to 0.90 [27]. In the available literature on the subject, we found no studies on the validity and reliability of the Polish version of questionnaire SCL-90 [28]. In our own research, reliability measured in terms of Cronbach’s alpha internal consistency was 0.80 on the paranoid ideation scale and 0.90 for that measuring depression.

To measure the “strategy of cognitive emotional regulation” we used the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) by Garnefska & Kraaij [26], which serves to identify cognitive strategies of emotion regulation employed in the experience of unpleasant, negative events. The questionnaire is made up of 36 items forming 9 subscales relevant to the following cognitive strategies: 1) acceptance – coming to terms with a negative event; 2) refocus on planning – the planning of concrete steps to cope with the event; 3) positive reappraisal – giving the event a positive meaning; 4) putting into perspective – reducing the negative meaning of the event; 5) self-blame – blaming oneself for what has happened; 6) other-blame – blaming others for what has happened; 7) rumination – constant thinking over of
the unhappy event and the feelings it created; 9) catastrophizing – exaggerating the negative aspects of the event. According to the authors of the Polish adaptation of that questionnaire, Marszał-Wisniewska and Fajkowska, this version has similar psychometric parameters to the original [26]. Cronbach's alfa reliability coefficients for each of the subscales varied from 0.52 to 0.87, while for adaptive and non-adaptive scales taken together 0.85 and 0.82 respectively. Our own studies show Cronbach's alfa coefficients at 0.62 (acceptance subscale) to 0.88 (positive refocusing subscale).

The variable “level of developmental task realisation” was measured with the aid of Ziarko’s Developmental Task Realisation Questionnaire [22]. This serves to give a reading of the punctuality of developmental task realisation common for early adulthood such as choice of spouse, learning to share one's life with a partner, starting a family, bringing up children, running a home, starting one's professional life, taking on civic responsibility and finding a place in their own social group. The questionnaire sub-scale relating to the eight developmental tasks outlined by Havighurst was broadened by the author to include one more area of young adult activity – activity aimed at protecting one’s health (Tab. I). Above all, the questionnaire allows the subject to indicate which areas of activity are most important. The Cronbach alfa reliability indicator for the whole scale was 0.89, while each particular scale scored from 0.50 to 0.91 [24]. Our own studies show a Cronbach’s alfa coefficient for the whole scale of 0.61, while for the remaining subscales the scores were: starting family duties – 0.48; commitment to choice of partner – 0.59; learning to live with a partner – 0.91; childcare – 0.93; taking on citizen’s duties – 0.27; belonging to a social group – 0.65; professional work – 0.69; household management – 0.55 and activity to protect one’s own health – 0.61.

**Subject characteristics**

The research subjects were patients who had started substitution treatment. Twenty two subjects participated in both study...
stages, of who 2/3 (68.2%) were male, varying in age from 22 to 50 (average 31). Most had middle education – 45.5%, while the second largest group had basic education at 27.3% (Table II).

The largest subject group was made up of patients using opiates for 5–10 years (36.4%), the second for 10–15 years (31.8%) while the smallest was that of users for 15-20 years (4.5%) (see Table II). Around 70% were intravenous users, with the main declared opioid used being heroin. The second was a home-made preparation known as “kompot” at 41% of users followed by methadone, morphine and tramadol. Three quarters (77%) had taken part in substitution treatment for the first time, 14% for the second and 9% the third time.

Results

All analysis was conducted with the aid of the statistics package SPSS Statistics 17.0 pl. For the calculation of differences between the 1st and 2nd study stage, the t-Student test was employed for dependent samples in the case of variables with normal distribution of results. Only in the case of developmental task realisation estimates was Wilcoxon’s non-parametric test applied, as the distribution of the obtained results was not normal.

Socio-demographic changes

The largest proportion in the 1st study stage was made up of the unemployed at 54.5% of the study group with 36.4% being working people. This changed 6 months later when the proportion between those in employment and those not was equal at 45.5%. Please see Table III for the breakdown of the subjects’ professional status.

In the 1st study stage, 31.8% of subjects were single and 27.3% were married. Generally 59.1% of this group were in either formal or informal partnerships. After 6 months, the proportion of single persons fell to 27.3% with 68.2% having a partner (Table III).

Analysis of these changes was conducted with the aid of the McNemar–Bowker’s test. As it turned out, changes in terms of patients’ professional status ($\chi^2 = 0.695; p>0.05$), and partnership relations ($\chi^2 = 0.513; p>0.05$) were statistically insignificant.

Intra-psychological changes

Changes in sense of coherence

The first research question concerned any differences between patient groups commencing methadone treatment and after 6 months of therapy in terms of general sense of coherence as well as its three elements: meaningfulness, manageability and comprehensibility. In order to answer the basic questions, we compared results gained from the Orientation to Life Questionnaire SOC 29 at the 1st and 2nd study stage using the t-Student test for dependent samples (Table IV). In terms of meaningfulness, a higher average was noted in the second study stage (after 6 months of substitution treatment) ($M = 39.18; SD = 7.29$) compared to the first stage (at start of therapy) ($M = 35.09; SD = 6.55$) – statistically significant difference ($t = -2.08; p < 0.05$; standard effect $d = 0.59$). Also significant was the difference between the groups in terms of comprehensibility ($t = -2.10; p < 0.05$; standard effect $d = 0.46$); higher results were also noted for the second study stage ($M = 40.96; SD = 10.70$) than for the first ($M = 36.50; SD = 8.43$). In terms of sense of manageability, no significant difference was detected between the first reading and the second after 6 months ($t = -1.34; p > 0.05$). However, a statistically significant difference was noted between the two readings for the results of the general sense of coherence ($t = -2.18; p = 0.04$, standard effect $d = 0.49$), a higher average was noted for studied patients in the second reading ($M = 123.95; SD = 25.90$) than in the first ($M = 112.73; SD = 19.16$).

Changes in the intensity of psychopathological symptoms

We applied the Symptom Checklist SCL-90 to ascertain any differences in terms of intensity of psychopathological symptoms in a variety of aspects of the lives of methadone treatment patients. An analysis of the results gained from the 1st and 2nd study stages using Student’s t test revealed that the compared groups did not differ to a statistically significant extent either in general intensity of psychopathological symptoms or in that of their particular symptoms (Table V).

| Developmental Tasks Scale | Measurement | M     | SD    | t     | p       | Cohen’s d |
|--------------------------|-------------|-------|-------|-------|---------|-----------|
| Social group             | 1st measurement | 12.36 | 3.14  | -1.14 | 0.27    |           |
|                          | 2nd measurement | 13.14 | 3.30  |       |         |           |
| Learning to live with a partner | 1st measurement | 15.05 | 3.68  | 0.53  | 0.60    |           |
|                          | 2nd measurement | 14.59 | 3.47  |       |         |           |
| Civic responsibility     | 1st measurement | 9.91  | 2.94  | 0.63  | 0.54    |           |
|                          | 2nd measurement | 9.50  | 2.81  |       |         |           |
| Childcare                | 1st measurement | 15.14 | 4.60  | -0.24 | 0.81    |           |
|                          | 2nd measurement | 15.32 | 2.55  |       |         |           |
| Professional work        | 1st measurement | 13.95 | 4.12  |       |         |           |
|                          | 2nd measurement | 11.77 | 4.50  | 2.60* | 0.02    | 0.24      |
| Taking action to protect health | 1st measurement | 14.14 | 3.11  |       |         |           |
|                          | 2nd measurement | 13.68 | 3.24  | 0.46  | 0.65    |           |
| Learning of home management | 1st measurement | 14.55 | 3.56  |       |         |           |
|                          | 2nd measurement | 14.45 | 2.99  | 0.11  | 0.91    |           |
| Commitment to the search of a partner | 1st measurement | 15.23 | 2.60  |       |         |           |
|                          | 2nd measurement | 15.05 | 3.29  | 0.26  | 0.80    |           |
| Starting in family roles | 1st measurement | 15.09 | 2.41  |       |         |           |
|                          | 2nd measurement | 14.77 | 2.45  | 0.50  | 0.63    |           |
| Importance of developmental tasks – general | 1st measurement | 125.40 | 21.04 |       |         |           |
|                          | 2nd measurement | 122.27 | 19.85 | 0.61  | 0.55    |           |
Changes in cognitive regulation of emotions

We assumed that in the course of methadone treatment changes take place in the way patients cope with various life situations faced by dependent persons who are starting a new style of life. We compared the results of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire gained in the 1st and 2nd study rounds in terms of strategies like: acceptance, refocus on planning, positive refocusing, positive reappraisal, putting into perspective, self-blame, other-blame, rumination and catastrophizing. The only statistically significant difference was detected in the intensity of "other-blame" (t = 2.07; p < 0.05; standard effect d = 0.64). Higher results were noted at stage 1 among patients commencing methadone therapy (M = 9.27; SD = 3.45) than at stage 2 (M = 7.46; SD = 2.04). After 6 months of methadone therapy, patients more frequently perceive the causes of their various misfortunes in themselves than in their social circle. As far as the other strategies of cognitive regulation of emotions (acceptance, refocus on planning, positive refocusing, positive reappraisal, putting into perspective, self-blame, rumination and catastrophizing) no significant differences were noted between the 1st and 2nd readings (Table VI).

Changes in the realisation and importance of developmental tasks

The final research question concerned any changes taking place in patients in terms of developmental task realisation appropriate for adulthood, and the importance of these tasks relative to the subjects own various life goals. To answer this question we applied the Ziarko Developmental Task Realisation Questionnaire [22], and Wilcoxon’s nonparametric test to compare the results gained at the 1st and 2nd study stage (Table VII). A statistically significant difference between the compared groups was observed in realisation of one developmental task that is finding one’s own social group (Z = -2.40; p < 0.05), with higher results noted in the second reading six months into the substitution treatment. Differences at the level of the remaining developmental tasks in other aspects of life turned out to be statistically insignificant. However, the difference between the 1st and 2nd study stage in terms of general level of all developmental task realisation was significant (Z = -4.11; p < 0.01), which ought to be considered to be result of the cumulated effect of small changes taking place in various aspects of the patients’ lives. The general direction of these developmental changes would seem to be positive in the light of these results.

The t-Student test was used to analyse the importance of subjects’ developmental tasks. As Table VIII shows, analysis of results also revealed one significant difference (t = 2.60; p < 0.05; standard effect d = 0.24) between the group of patients commencing treatment and the group still in substitution therapy six months later. This difference concerned professional work as a developmental task, which interestingly enough was less important for the subjects after 6 months of treatment (Table VIII).

Comparison of subject groups remaining in therapy with those who dropped out of treatment

We decided to compare the subject group who remained in therapy for 6 months with those who dropped out of treatment early. Due to the small number in the second group (6 persons), we used permutation tests in our analysis [29]. We conducted 10,000 permutations. However, the results did not show any statistically significant differences between the compared groups in terms of sense of coherence, intensity of psychopathological symptoms, cognitive emotional regulation strategies and realisation of developmental task at the time of commencing substitution therapy. No differences were noted between the groups in terms of sociodemographic variables.

Conclusions and discussion

One of the aims of substitution treatment is the opiate-use harm reduction as well as pro-health changes that include not only an improvement in the somatic state of health but also psychological and social functioning [30, 31]. There has not been much research in Poland on the changes occurring in functioning of substitution treatment patients. So we have concentrated our research on measuring not only their social functioning in realisation developmental tasks, but also we have attempted to ascertain whether cognitive emotional regulation strategies, intensity of psychopathological symptoms and sense of coherence, treated here as indicators of mental health, underwent any change. In order to identify the extent of change in psychosocial functioning of drug users in therapy, we have applied longitudinal testing, conducting two readings of the indicated variables at the start of treatment and 6 months later.

Research results indicate that patients taking advantage of substitution treatment for a period of six months are characterised by a higher level of sense of coherence than at the outset of treatment. The changes were observed both in terms of general sense of coherence, as in two of its components – meaningfulness and comprehensibility. This means that six months after starting therapy, patients saw life as more understandable, predictable and ordered. Moreover, the sense that life has a meaning had grown in them, as has the understanding that overcoming difficulties is worth the effort and commitment. In the case of dependent persons, this is a very important change, because it is linked to a rise in motivation to act, and also to receive treatment. The strengthening of the sense of coherence is likely to be taking place as a result of these changes in the patients’ lives as they cease to use illegal narcotics. It is true that the sense of coherence is a relatively permanent feature, however such important life changes like maintaining the abstinence of a dependent person may have a considerable influence on this feeling [32]. There were no changes on sense of manageability, which is an important aspect of the sense of coherence. This means that after 6 months of methadone treatment, patients have the same conviction on their possessed resources thanks to which they could actively deal with situations arising as at the beginning of therapy. Due to the considerable deficit in competences in coping with various situations arising from dependency, patients after 6 months of treatment and sobriety felt similar as they did at the start of therapy – uncertain and lost. Limited competences result in mishaps or avoidance of activities that require concrete skills. In the case of the research subjects, it can be assumed that the sense of uncertainty and self-withdrawal do not concern interpersonal relations as, after 6 months of treatment, they underlined the change in the realisation of the developmental task – the discovery of one’s identity group. However, uncertainty and a sense of being lost occur in other areas of activity that ought to be identified in further study.

In terms of the intensity of psychopathological symptoms (somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism), no differences were observed in patients either at the start or after 6 months of treatment. This is worrying, considering that in a number of opiate dependent persons, other mental disorders co-occurred with opiate use [16–18]. However, the results gained are in accordance with Corty’s research [19], who also noted that substitution treatment has no influence on patients’ psychiatric state, and at most increases their control over the ailments they experience.

As far as cognitive emotional regulation strategies are concerned, we observed one difference in the smaller intensity of strategy involving the blaming of others. Quite likely, patients under the
in terms of sense of coherence were for them developmentally
the perspective of health psychology, the changes in the subjects
took advantage of psychotherapy and had the opportunity to take
that the changes would be greater if patients received more com-
so small as to be insignificant statistically. It ought to be suspected
the positive changes taking place over half a year of treatment are
terms of many indicators of psychological and social functioning,
ths and those who had given up on treatment earlier in terms
rences between the subjects who had been in therapy for 6 mon-
formulation of conclusions on the effect of methadone therapy on
limited to gender, though it ought to be suspec-
ted that this would have differentiated the results, as would have
many other factors. What is more, the research was conducted on
a heterogeneous group in terms of age, history of substance use
and treatment. However, these relations, which in such a small
study group turned out to be significant, without doubt gain in
importance. A certain limitation is also the lack of a control group,
though the procedure of longitudinal study allows for the careful
formulation of conclusions on the effect of methadone therapy on
the observed changes in the study subjects.

The time period of this longitudinal study was only 6 months
and not very long, especially in the context of the many years of
psychoactive substance use and the resulting changes in psycho-
social functioning taking place in the subjects. The gained rese-
arch results however show what changes in social and psycholo-
gical functioning are revealed over this time of treatment though
they do not shed light on the permanence or further dynamics of
these changes. It ought to be remembered that, as proven by some
studies, after 6 months of substitution treatment certain changes
are observable that however after a short space of time are redu-
ced or disappear entirely [13, 15].

Knowledge on the subject of substitution patient functioning
is still fragmentary, which is why we believe there is a need for
further and deeper research that would take into consideration
the indicated reservations. Other factors worth considering are
also the psychotherapeutic effects. Despite the limitations, the
conducted observations seem to be important and should find
their reflection in substitution treatment being carried out.

Limitations of research

The presented research was not free from limitations, and the
gained results ought to be treated with a degree of caution. Howe-
ver, due to their innovative nature one can hope that they will be
an inspiration to further empirical work. The first limitation was
the small research sample, which is a result of the low availability
of substitution treatment in Poland. Due to its small size, we did
not make a distinction by gender, though it ought to be suspec-
ted that this would have differentiated the results, as would have

The study results indicate that there were certain changes in this
area, as borne out by the higher result of the general realisation of
developmental tasks in the 2nd study stage, caused by the cumu-
lated influence of minor changes taking place in all the particular
developmental tasks. However, these changes are not considera-
able, as only in terms of developmental task realisation associated
with social group was there a statistically significant difference
observed. Meanwhile, differences of this kind were not observed
in the remaining developmental tasks (starting in family roles,
search for a partner, learning to live with a partner, childcare, civic
responsibility, professional work, learning of home management,
taking action to protect one’s health). Such a low level of change
is understandable as dependent patients find it challenging to re-
turn to society. After years of social exclusion, it is no small task to
fulfil social roles and develop social competences either destroyed
by years of dependency or never even developed in the first place.
This is congruent with the lack of change detected in the study
group’s socioeconomic variables, like professional situation and
partnership relations. Interestingly enough, in other studies up to
now, changes were detected in substitution treatment patients’
socioeconomic status [6, 10, 12, 13], which was proof of changes
in those groups in the field of social functioning.

No changes were observed in terms of the importance of deve-
mental tasks for the subjects. They were as important for the
patients when they started their therapy as they were 6 months
into it. The only statistically significant change was observed in
terms of developmental tasks associated with professional work.
Interestingly, after 6 months of methadone therapy, tasks associa-
ted with professional work were less important for patients than
when they started the treatment. In the other areas, no changes in
the structure of the developmental task values were noted. The-
se results can be related to that the value structure is relatively
permanent, and the 6-month period is likely to be too short for
changes of this kind to take place. It is also worth remembering
that there is often a dissonance between declarative and realised
values in dependent persons. The same developmental tasks that
were important when they were taking drugs can now still be im-
portant to them. Rather, changes ought to be occurring in the re-
alisation of developmental tasks, which has in fact been observed
to a small degree in the research.

Furthermore, in the discussed research we did not detect diffe-
ences between the subjects who had been in therapy for 6 mon-
ths and those who had given up on treatment earlier in terms
of sense of coherence, intensity of psychopathological symptoms,
cognitive emotional regulation strategies and the realisation of
developmental tasks.

Summarising the research results, we have ascertained that
in terms of many indicators of psychological and social functioning,
the positive changes taking place over half a year of treatment are
so small as to be insignificant statistically. It ought to be suspected
that the changes would be greater if patients received more com-
prehensive care during substitution treatment, to a greater degree
took advantage of psychotherapy and had the opportunity to take
part in trainings to gain a variety of competences [33, 34]. From
the perspective of health psychology, the changes in the subjects
in terms of sense of coherence were for them developmentally
important. The sense of coherence is often interpreted as the “key
to health”, and is also an important variable in the acquisition,
protection and, especially important in this case, the re-acquisi-
tion of mental health [32]. What is more, the sense of coherence
influences the development of resources and mechanisms for cop-
ing with stress, as a result of which we can hope that over a lon-
ger period of time it would act positively also on other properties
of psychological functioning.
Wprowadzenie

Nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych powoduje wiele szkód zarówno zdrowotnych, psychicznych, społecznych, jak i ekonomicznych. W zależności od przyjętych kryteriów skuteczności leczenia nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych, odmienne definiuje się uzyskane pod jego wpływem efekty. Z perspektywy psychopałtologicznej określa się je bardziej w kategoriach braku objawów zaburzenia, natomiast salutogenicznej – w kategoriach uzyskanych w wyniku leczenia zasobów wewnętrznych i zewnętrznych. W obu podejściach można na mierzyć skuteczność w bardziej obiektywny lub subiektywny sposób. W pierwszym przypadku sprawdza się konkretne zmiany w funkcjonowaniu i zachowaniu psychospołecznym osoby, w drugim – najczęściej mierzy dobrostan, poczucie jakości życia albo szczęścia [1, 2]. W obliczu niesfaktyfikowującej skuteczności programów leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych ukierunkowanych na utrzymanie całkowitej abstynencji, powstały strategie leczenia nastawione na zmniejszenie szkód (harm reduction), które w przypadku używania opiatów zajmują szczególne miejsce. Gdy tradycyjnie programy leczenia zawodzą, Światowa Organizacja Zdrowia [3, 4] i niektóre kraje Unii Europejskiej [5], nade wszystko zaś Międzynarodowe Stowarzyszenie Redukcji Szkód (HRHA), rekomendują strategię redukcji szkód także pod postacią leczenia substytucyjnego. Podstawowym założeniem tego programu leczenia jest idea, zgodnie z którą redukcja szkód spowodowana używaniem opiatów jest wystarczającym uzasadnieniem dla poprzedzenia substytucyjnego leczenia, choć w kontekście ochrony zdrowia można by również przyjąć, że istnieje w miarę sięgająca (ale obowiązująca) odpowiedzialność, której praca nad zmniejszeniem szkód należy być podlega, choćby na informację o podkładach zakażenia HIV/AIDS w grupie osób używających opioiidy [3].

W obszarze funkcjonowania społecznego bardziej koncentrowano się na zachodzących pod wpływem leczenia zmianach w statystyce społecznej oraz negatywnych konsekwencjach substytucyjnego leczenia w grupie osób używających opioiidy [3]. W podstawowym założeniu - zmniejszenie szkód jednostkowych także pod postacią leczenia substytucyjnego, podstawowa strategia redukcji szkód, jest metody substytucyjnego leczenia substytucyjnego, natomiast obniżają kompetencje społeczne w sytuacjach wymagających asertywności. To jest przeciwnie grupa pacjentów, która charakteryzuje się bardzo różnymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza zaburzeniami osobowości, w znaczącym stopniu modyfikującymi efekty leczenia [22–14]. Najmniej zbadanym zagadnieniem, jak się wydaje, jest kwestia wpływu leczenia substytucyjnego na wystąpienie zmian w nasileniu objawów różnych zaburzeń psychicznych (perspektywa psychopatologiczna) lub przejawów zadowolenia z życia i dobrostanu (perspektywa psychologii pozytywnej). Jest to przecież grupa pacjentów, która charakteryzuje się bardzo różnymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza zaburzeniami osobowości, w znaczącym stopniu modyfikującymi efekty leczenia [16–18]. Jeśli idzie o zmiany w profilu patologicznych cech osobowości i wzorców zachowań pod wpływem leczenia, to dysponujemy sprzecznymi wynikami badań. Badania nad pacjentami 6 programów leczenia substytucyjnego podjęte przez Corteżego [33] i wsp. [19] wykazały, że uczestnictwo w nich nie wpłynęło na zmniejszenie objawów psychicznych. Powszechnie tvsigma w swoich badaniach [17] stwierdziła poprawę objawową zależną od czasu leczenia substytucyjnego.

Dość szeroko prowadzone były badania nad jakością życia pacjentów leczonych metodą substytucyjną. Jednym z pierwszych badaczy, który na podstawie wyników klinicznych stwierdził zmiany jakości życia u pacjentów metadonowych, był Kubus [21]. Badania podłużne obejmujące sprawdzenie jakości życia przed rozpoczęciem leczenia, po 6 miesiącach oraz po roku, przyczyniły się do postawienia pytania o inne zmiany w statystyce społecznej. Co więcej, po roku leczenia jakości życia pacjentów nadal była lepsza niż w chwili rozpoczęcia leczenia, chociaż zmniejszyła się w porównaniu z jakością życia przed pół roku. Utrzymywała się wyższa ocena takich aspektów życia jako: kondycja fizyczna, funkcjonowanie społeczne, ograniczenie funkcjonowania spowodowane stanem somatycznym, zdrowie psychiczne oraz energia i witalność.

Wyniki tych obserwacji klinicznych i badań na polskiej populacji osób uczestniczących w terapii substytucyjnej, stały się podstawą do postawienia pytania o inne zmiany w statystyce społecznej oraz w funkcjonowaniu pacjentów w zakresie relacji między substancjami psychoaktywnymi, jak i przeobrażeniach w zakresie wskaźników zdrowia psychicznego. Dlatego obok negatywnych wskaźników zdrowia psychicznego – w postaci nasilenia objawów zaburzeń psychicznych – zbadano także pozytywne wskaźniki, takie jak: poczucie koherence, zdolność do regulacji emocji oraz poziom

ka zakażenia HIV/AIDS między grupą osób, która uczestniczyła, a nieuczestniczącą w leczeniu substytucyjnym [9–11]. Habrat i wsp. [9] powołują się na badania, które pokazują, że w wyniku leczenia substytucyjnego umieralność zmniejsza się ok. 3–4-krotnie, osiągając poziom zbliżony do populacji ogólnej. Co więcej, uczestnicy tegoż programu wykazują także lepszy ogół w czerwieni oraz kondycji fizycznej. Leczenie substytucyjne zostało uznane przez WHO za jeden z ważnych programów zapobiegających zakażeniu HIV/AIDS w grupie osób używających opioiidy [3].

Obecnie w Polsce nie ustali poszukiwania nowych koncepcji i rozwiązań organizacyjnych i systemowych leczenia opartego na podstawie zmniejszenia szkód (harm reduction), które w przypadku używania opiatów zajmują szczególne miejsce. Gdy tradycyjnie programy leczenia zawodzą, Światowa Organizacja Zdrowia [3, 4] i niektóre kraje Unii Europejskiej [5], nade wszystko zaś Międzynarodowe Stowarzyszenie Redukcji Szkód (HRHA), rekomendują strategię redukcji szkód także pod postacią leczenia substytucyjnego. Podstawowym założeniem tego programu leczenia jest idea, zgodnie z którą redukcja szkód spowodowana używaniem opiatów jest wystarczającym uzasadnieniem dla poprzedzenia substytucyjnego leczenia, choć w kontekście ochrony zdrowia można by również przyjąć, że istnieje w miarę sięgająca (ale obowiązująca) odpowiedzialność, której praca nad zmniejszeniem szkód należy być podlega, choćby na informację o podkładach zakażenia HIV/AIDS w grupie osób używających opioiidy [3].
Materiał i metoda

Procedura prowadzenia badań

Badania miały charakter podłużny, pierwszy etap badań odbył się w ciągu 1 miesiąca od rozpoczęcia leczenia metadonem, drugi po 6 miesiącach. Rozpoczęto je w pięciu placówkach prowadzących terapeutycznych samotnych w 2011 roku, a zakończono w 2012. Placówki te to: NZOZ Poradnia Uzależnień dla Dorosłych Stowarzyszenia “Eleuteria” w Warszawie, SPZOZ Poradnia Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych w Zgorzelcu, SPZOZ Szpital Psychiatryczny im. Babińskiego w Łodzi, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr. Józefa Bednarza w Świeciu oraz NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy.

Od czerwca do października 2011 roku zbadano wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie substytucyjne w wyżej wymienionych placówkach, którzy wyraziли zgodę na udział w projekcie badawczym. Osoby były informowane, że badania będą przeprowadzane dwukrotnie. Po wyrażeniu zgody na badanie każdy pacjent był informowany o poufności danych oraz podpisywał deklarację udziału w badaniu. W I etapie spośród 41 osób zapytanych o zgodę na badanie swój udział potwierdziło 37 osób, odmówiły 4 osoby. Po upływie 6 miesięcy przystąpiono do II etapu badań z tą samą grupą. Poza anekietą, osoby na obu etapach były badane tym samymi narzędziami, ponieważ szacowano wielkość zmiany w zakresie wybranych zmiennych. Po upływie pół roku z powtórnego badania wypadło 15 osób, w tym z powodu odmowy – 4 pacjentów, na skutek przerwania abstynencji i nieukończenia programu – 8 osób, 1 pacjent trafił do zakładu karnego, 1 zmarł, a 1 osoby nie udało się przebadać ze względów organizacyjnych (razem 41%). W drugim etapie badania uczestniczyło zatem 22 pacjentów, co stanowi 59% grupy biorącej udział w pierwszym etapie badania.

W związku z celem badań i wyodrębnionymi zmiennymi intrapsychicznymi, które uznano za możliwe do zmiany pod wpływem 6-miesięcznego leczenia metadonem, użyto Kwestionariusza Realizacji Zadań Rozwojowych oraz Zdrowie w Strukturze Wartości [22], Kwestionariusza Orientacji Zyciowej SO 29 [23], Symptom Checklist (SCL-90) [24, 25] oraz Kwestionariusza Poznawczej Regulacji Emocji Garnevskiej i Kraaij [26] (Tab. I).

Przed rozpoczęciem realizacji badań projekt został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną działającą przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

Narzędzia badawcze

W celu zbadania zmiennej „poczucie koherencji” użyto Kwestionariusza Orientacji Zyciowej (The Sense of Coherence Questionnaire, SOC-29) [23]. Składa się on z 29 pozycji, które wchodzą w skład trzech podskali, odpowiadających trzem składnikom poczucia koherencji: 1) zrozumiałość – określa poczucie, że wydarzenia są dla jednostki zrozumiałe i przewidywalne; 2) zaradność – określa poczucie, że jednostka posiada wystarczające zasoby, aby sprostać wymogom i trudnościom; 3) sensowność
### Tabela II
Charakterystyka osób badanych

| Zmienna                  | Badana grupa N=37 | Badana grupa N=22 |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| **Wykształcenie**        |                   |                   |
| Podstawowe              | 13                | 6                 |
| Zawodowe                | 6                 | 4                 |
| Średnie                 | 15                | 10                |
| Policealne              | 1                 | 1                 |
| Wyższe                  | 2                 | 1                 |
| **Liczba dzieci**        |                   |                   |
| 0                       | 22                | 11                |
| 1                       | 7                 | 6                 |
| 2                       | 7                 | 4                 |
| 3                       | 1                 | 1                 |
| **Czas trwania uzależnienia (lata)** |       |                   |
| <5                      | 5                 | 3                 |
| 5–10                    | 18                | 8                 |
| 10–15                   | 10                | 7                 |
| 15–20                   | 1                 | 1                 |
| >20                     | 4                 | 3                 |
| **Nadużywane opiaty**    |                   |                   |
| Dożylnie                | 25                | 15                |
| Heroïna                 | 37                | 33                |
| „Kompot“                | 10                | 9                 |
| Morfina                 | 6                 | 3                 |
| Tramal                  | 5                 | 3                 |
| Fentanyl                | 2                 | 2                 |
| Metadon                 | 8                 | 4                 |
| Kodeina                 | 3                 | 2                 |
| **Dotychczasowe leczenie** |                   |                   |
| Stacjonarne             | 20                | 10                |
| Ambulatoryne            | 10                | 5                 |
| **Leczenie substytucyjne** |                   |                   |
| Pierwsze                | 26                | 17                |
| Drugie                  | 6                 | 3                 |
| Trzecie                 | 3                 | 2                 |
| Czwarte                 | 2                 | 1                 |

### Tabela III
Zmiany w zmieniach socjodemograficznych badanych

| Zmienna                  | I pomiar (początek leczenia) (N=22) | II pomiar (po 6 miesiącach leczenia) (N=22) |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------|
| **Sytuacja zawodowa**    | N % N %                              | N % N %                                      |
| Praca                    | 8 36,4 10 45,5                       |                                             |
| Bezrobocie              | 12 54,5 10 45,5                      |                                             |
| Inne                     | 2 9,1 2 9,1                          |                                             |
| **Stan cywilny**         | N % N %                              | N % N %                                      |
| Małżeństwo               | 6 27,3 6 27,3                        |                                             |
| Związek partnerski      | 7 31,8 9 40,9                        |                                             |
| Wolny                    | 7 31,8 6 27,3                        |                                             |
| Inne                     | 2 9,1 1 4,5                          |                                             |

- określa poczucie, że pokonywanie wymagań jest warte wysiłku i zaangażowania (Tab. I). Za pomocą kwestionariusza można oszacować ogólne poczucie koherencji lub poszczególne jego wymiary. Ważni, wewnętrznej zgodności alfa Cronbacha, które uzyska- no w 26 badaniach wahały się od 0,82 do 0,95 [23]. Kwestionariusz Orientacji Žyciowej SOC-29 został zaadaptowany przez Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu UAM w Poznaniu i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi (1993). Narzędzie w wersji polskiej również wykazuje wysoką rzetelność. Wskaźniki wewnętrznej zgodności, obliczono
- metodą połówkową z poprawką Spearman-Browna wyniosły dla poczucia koherencji – 0,92, poczucia zrozumiałości – 0,78, poczucia zaradności – 0,72 i poczucia sensowności – 0,68, natomiast alfa Cronbacha – 0,78 [23]. W badaniach własnych alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,85, dla poszczególnych podskali odpowiednio – 0,83, 0,75 i 0,74.

Do pomiaru zmiennej „nasilenie objawów psychopatologicznych” wykorzystano kwestionariusz SCL-90 (Symptom Checklist, SCL-90) autorstwa Derogatisa, Lipmana i Coviego [24], w polskiej adaptacji Jankowskiego [25]. Kwestionariusz składa się z 90 pozycji, które zostały pogrupowane w zespoły objawów i tworzą 9 następujących skal: somatyzację, natrętka, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranojalne...
i psychotyczność (Tab. I). Rzetelność SCL-90 jest wysoka, zgodność wewnętrzna alfa Cronbacha dla podskal wynosi od 0,77 do 0,90 [27]. W dostępnej literaturze przedmiotu nie znaleziono badań nad trafnością i rzetelnością polskiej wersji kwestionariusza SCL-90 [28]. W badaniach własnych rzetelność mierzona zgodnością wewnętrzna alfa Cronbacha wynosiła od 0,80 dla skali mierzącej myślenie paranoidalne do 0,90 dla skali mierzącej depresję.

Do pomiaru zmiennej „strategia poznawcza regulacji emocji” wykorzystano kwestionariusz Poznawczej Regulacji Emocji (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ) autorstwa Garnefskiej i Kraaij [26]. Służy on do identyfikacji poznawczych strategii regulacji emocji, które są stosowane podczas doświadczania przykrych, negatywnych zdarzeń przez ludzi. Kwestionariusz składa się z 36 pozycji, które tworzą 9 podskal, odpowiadających strategiom poznawczym: 1) akceptacja – akceptacja negatywnego zdarzenia, pogodzenie się z nim; 2) koncentracja na planowaniu – planowanie konkretnych kroków, jakie należy podjąć, aby poradzić sobie ze zdarzeniem; 3) przeniesienie uwagi na coś pozytywnego – skupienie myślenia na czymś przyjemnym zamiast na negatywnym wydarzeniu; 4) pozytywne przewartościwanie – nadanie zdarzeniu pozytywnego znaczenia; 5) stwarzanie perspektywy – pomniejszanie negatywnego znaczenia zdarzenia; 6) obwinianie siebie – przypisywanie winy za to, co się stało sobie; 7) obwinianie innych – przypisywanie winy za to, co się stało innym osobom; 8) ruminacja – nieustające myślenie o przykrym wydarzeniu i uczuciach, które zostały przez nie wywołane; 9) katastrofizowanie – wyolbrzymianie negatywnych aspektów zdarzenia. Autorki polskiej adaptacji tego kwestionariusza, Marszala-Wiśniewska i Fajkowska twierdzą, że charakteryzuje się on podobnymi do wersji oryginalnej parametrami psychometrycznymi [26]. Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal wahają się od 0,52 do 0,87, natomiast łącznie dla skal adaptacyjnych i nieadaptacyjnych – odpowiednio 0,85 i 0,82. W badaniach własnych współczynniki alfa Cronbacha kształtują się od 0,62 (podskala akceptacja) do 0,88 (podskala przenoszenie uwagi na coś pozytywnego).

Zmianę „stopień realizacji zadań rozwojowych” zmierzone za pomocą Kwestionariusza Realizacji Zadań Rozwojowych Ziarko [22]. Służy on do pomiaru punktualności realizacji zadań rozwojowych charakterystycznych dla wczesnej dorosłości, takich jak: wybór małżonka; uczenie się współpracy z małżonkiem; założenie rodziny; wychowywanie dzieci; prowadzenie domu; rozpoczęcie pracy zawodowej; przyjmowanie odpowiedzialności obywatelskiej; znalezienie pokrewnej grupy społecznej;
Tabela VI
Strategie poznawczej regulacji emocji u badanych na początku leczenia (I pomiar) i po 6 miesiącach (II pomiar)

| Kwestionariusz Poznawczej Regulacji Emocji | Pomiar | M     | SD | t  | p  | d  Cohena |
|--------------------------------------------|--------|-------|----|----|----|-----------|
| Akceptacja                                 | I pomiar | 12,68 | 3,24 | 0,32 | 0,75 |
|                                            | II pomiar | 12,45 | 3,17 | 0,26 | 0,80 |
| Katastrofizowanie                          | I pomiar | 10,14 | 3,48 | 0,26 | 0,75 |
|                                            | II pomiar | 9,95  | 3,32 | 0,26 | 0,80 |
| Obwinianie innych                          | I pomiar | 9,23  | 3,37 | 2,98* | 0,04 | 0,64 |
|                                            | II pomiar | 7,68  | 2,03 | 0,71 | 0,48 |
| Koncentracja na planowaniu                 | I pomiar | 12,86 | 2,88 | -0,22 | 0,83 |
|                                            | II pomiar | 13,05 | 3,42 | -0,61 | 0,55 |
| Pozytywne przewartościowanie                | I pomiar | 13,36 | 3,61 | -0,61 | 0,55 |
|                                            | II pomiar | 13,86 | 3,77 | 0,71 | 0,48 |
| Ruminacja                                  | I pomiar | 11,64 | 3,99 | -0,25 | 0,81 |
|                                            | II pomiar | 11,09 | 3,48 | -1,38 | 0,18 |
| Samoobwinianie                             | I pomiar | 11,73 | 3,47 | -1,38 | 0,18 |
|                                            | II pomiar | 11,18 | 3,57 | 0,56 | 0,58 |
| Stwarzań perspektywy                       | I pomiar | 13,64 | 3,44 | -0,61 | 0,55 |
|                                            | II pomiar | 13,27 | 3,18 | 0,56 | 0,58 |
| Przeniesienie uwagi na coś pozytywnego     | I pomiar | 10,32 | 4,08 | -1,38 | 0,18 |
|                                            | II pomiar | 10,59 | 4,62 | 0,56 | 0,58 |
| Strategie adaptacyjne – ogólnie           | I pomiar | 62,86 | 13,14 | -1,13 | 0,26 |
|                                            | II pomiar | 63,23 | 14,60 | 0,56 | 0,58 |
| Strategie nieadaptacyjne – ogólnie        | I pomiar | 42,77 | 10,03 | 1,46 | 0,16 |
|                                            | II pomiar | 39,68 | 10,12 | 1,46 | 0,16 |

Test t Studenta
* p <0,05

Tabela VII
Poziom realizacji zadań rozwojowych u badanych na początku (I pomiar) i po 6 miesiącach leczenia (II pomiar)

| Poziom realizacji zadania rozwojowego | I pomiar | M     | SD | II pomiar | M     | SD | Z   | p   |
|---------------------------------------|---------|-------|----|----------|-------|----|-----|-----|
| Grupa społeczna                       |         | 1,86  | 1,08 |          | 2,50  | 0,86 | -2,40* | 0,02 |
| Uczenie się życia z partnerem         |         | 1,9   | 1,38 |          | 2,41  | 1,10 | -1,74 | 0,08 |
| Odpowiedzialność obywatelska          |         | 1,32  | 0,72 |          | 1,14  | 0,77 | -1,26 | 0,21 |
| Opieka nad dzieckiem                  |         | 1,09  | 1,41 |          | 1,41  | 1,33 | -1,38 | 0,17 |
| Praca zawodowa                        |         | 1,14  | 1,28 |          | 1,14  | 1,17 | -0,12 | 0,91 |
| Podejmowanie działań w celu ochrony zdrowia |   | 2,32  | 0,95 |          | 2,09  | 1,06 | -0,79 | 0,43 |
| Uczenie się zarządzania domem         |         | 2,32  | 0,89 |          | 2,45  | 0,91 | -0,69 | 0,49 |
| Zaangażowanie w poszukiwaniu partnera |         | 2,23  | 0,81 |          | 2,45  | 0,91 | -1,89 | 0,06 |
| Start w rolach rodzinnych             |         | 2,00  | 0,93 |          | 2,36  | 0,85 | -1,89 | 0,06 |
| Realizacja zadań rozwojowych – suma   |         | 16,18 | 4,69 |          | 17,95 | 3,70 | -4,11* | 0,00 |

Test Wilksona
* p <0,05

nej. Podskale w kwestionariuszu odpowiadają ośmiu zadaniom rozwojowym wyróżnionym przez Havighursta, dodatkowo zostały one rozszerzone przez autora kwestionariusza o dziewięciu obszarach eksteryjnych – podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia (Tab. I). Ponadto kwestionariusz umożliwia ocenienie, które z obszarów aktywności są dla jednostki najważniejsze. Wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,89, natomiast dla poszczególnych skal od 0,50 do 0,91 [24]. W badaniach własnych współczynnik alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,61, dla pozostałych podskal: start w rolach rodzinnych – 0,48; zaangażowanie w poszukiwaniu partnera – 0,59; uczenie się życia z partnerem – 0,91; opieka nad dzieckiem – 0,93; odpowiedzialność obywatelska – 0,27; grupa społeczna – 0,65; praca zawodowa – 0,69; uczenie się zarządzania domem – 0,55 oraz podejmowanie działań na rzecz ochrony zdrowia – 0,61.

Charakterystyka osób badanych

Osoby badane stanowili pacjentki rozpoczynające leczenie substytucyjne. W obu etapach badania uczestniczyły 22 osoby, z czego ponad 2/3 (68,2%) to mężczyźni. Wiek badanych mieścił się w przedziale 22–50 lat (średnia 31 lat). Najwięcej osób – 45,5% – miało wykształcenie średnie, drugą co do wielkości grupę stanowili pacjenci z wykształceniem podstawowym – 27,3% (Tab. III). Największą grupę wśród badanych stanowiły osoby zażywające opiaty przez okres 5–10 lat (36,4%), drugą grupę – osoby zależne od opiatów 10–15 lat (31,8%). Około 70% badanych używano narkotyki dożylnie. Wśród głównie zażywających opiaty wszyscy zgłaszali heroinę. Drugim, zaraz po heroinie, najczęściej zgłaszany narkotykiem był „kompot”, zażywający go stanowili 41%, kolejnym – metadon, a następnie morfina i tramadol. Trzy czwarte, 77%, wszystkich pacjentów stanowili ci, którzy podejmowali leczenie substytucyjne po raz pierwszy, 14%
Tabela VIII
Istotność zadań rozwojowych u badanych na początku (I pomiar) i po 6 miesiącach leczenia (II pomiar)

| Istotność zadań rozwojowych | Pomiar       | M    | SD   | t     | p     | d Coehena |
|-----------------------------|--------------|------|------|-------|-------|----------|
| Grupa społeczna             | I pomiar     | 12,36| 3,14 |       |       |          |
|                            | II pomiar    | 13,14| 3,30 |       |       |          |
| Uczenie się życia z partnerem | I pomiar     | 15,05| 3,68 | -1,14 | 0,27  |          |
|                            | II pomiar    | 14,59| 3,47 |       |       |          |
| Odpowiedzialność obywatelska | I pomiar     | 9,91 | 2,94 |       |       |          |
|                            | II pomiar    | 9,50 | 2,81 |       |       |          |
| Opieka nad dzieckiem        | I pomiar     | 15,14| 4,60 |       |       |          |
|                            | II pomiar    | 15,32| 2,55 |       |       |          |
| Praca zawodowa              | I pomiar     | 13,95| 4,12 |       |       |          |
|                            | II pomiar    | 11,77| 4,50 | 2,60* | 0,02  | 0,24     |
| Podejmowanie działań w celu ochrony zdrowia | I pomiar | 14,14| 3,11 |       | 0,46  | 0,65     |
|                            | II pomiar    | 13,68| 3,24 |       |       |          |
| Uczenie się zarządzania domem | I pomiar     | 14,55| 3,56 |       |       |          |
|                            | II pomiar    | 14,45| 2,99 |       |       |          |
| Zaangażowanie w poszukiwanie partnera | I pomiar | 15,23| 2,60 |       |       |          |
|                            | II pomiar    | 15,05| 3,29 |       |       |          |
| Start w rolach rodzinnych   | I pomiar     | 14,77| 2,46 |       |       |          |
|                            | II pomiar    | 14,77| 2,45 |       |       |          |
| Istotność zadań rozwojowych – suma | I pomiar | 125,40| 21,04|       |       |          |
|                            | II pomiar    | 122,27| 19,85|       |       |          |

Test t Studenta
*p < 0,05

– po raz drugi, natomiast 9% grupy podejmowało trzecią próbę leczenia.

Wyniki

Wszystkie analizy przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego SPSS Statistics 17.0 pl. Do obliczenia różnic między I i II etapem badania zastosowano w wypadku zmiennych o normalnym rozkładzie wyników test t-Studenta dla prób zależnych. Tylko w przypadku szacowania realizacji zadań rozwojowych zastosowano test nieparametryczny Wilcooxona, ponieważ rozkład uzyskanych wyników nie miał charakteru rozkładu normalnego.

Zmiany socjodemograficzne

W pierwszym etapie badania największy był odsetek osób bezrobotnych, bo stanowiły one 54,5% badanej grupy, osoby pracujące natomiast – 36,4%. Proporcje te zmieniły się po 6 miesiącach terapii, odsetek osób pracujących i bezrobotnych był równy – po 45,5%. Sytuacja zawodowa osób badanych została przedstawiona w tabeli III.

W pierwszym etapie badań osoby samotne, bez partnera stanowiły 31,8%, a odsetek osób w związkach małżeńskich wynosił 27,3% wszystkich badanych. Ogólnie, w związkach partnerskich (formalnych i nieformalnych) pozostawało 59,1% tej grupy. Po 6 miesiącach terapii odsetek osób stanie wolnego zmniejszył się i wynosił 27,3%, osoby mające partnera stanowiły natomiast 68,2% badanych (Tab. III).

Zmiany intrapsychiczne

Zmiany w poczuciu koherencji

Pierwsze pytanie badawcze dotyczyło ewentualnych różnic między grupą pacjentów rozpoczynających leczenie metadonem i po 6 miesiącach terapii w zakresie ogólnego poczucia koherencji oraz jego trzech składowych: sensowności, zaradności i zrozumiałości. W celu odpowiedzenia na tak postawione pytanie, porównano uzyskane przez badanych wyniki z Kwestionariuszem Orientacji Życiowej SOC-29 na I i II etapie badań, stosując test t-Studenta dla prób zależnych (Tab. IV). W zakresie składowej poczucia koherencji, jaką jest sensowność, wyższą średnią stwierdzono na II etapie badań (po 6 miesiącach leczenia substytucyjnego) (M = 39,18; SD = 7,29) w porównaniu z I etapem (na początku terapii) (M = 35,09; SD = 6,55) – różnica istotna statystycznie (t = -2,08; p < 0,05; efekt standardowy d = 0,59). Istotna okazała się także różnica między badanymi grupami pod względem zrozumiałości (t = -2,10; p < 0,05; efekt standardowy d = 0,46); wyższe wyniki odnotowano również podczas pomiaru II (M = 40,96; SD = 10,70) niż w przypadku pomiaru I (M = 36,50; SD = 8,43). W obrębie składowej: poczucie zaradności nie stwierdzono istotnej różnicy pomiędzy pomiarem na początku terapii oraz po upływie 6 miesięcy (t = -1,34; p > 0,05). Zauważono istotną różnicę między pomiarami dla ogólnego wyniku poczucia koherencji (t = -2,18; p = 0,04, efekt standardowy d = 0,49), wyższą średnią stwierdzono u badanych pacjentów w drugim pomiarze (M = 123,95; SD = 25,90) niż w pierwszym (M = 112,73; SD = 19,16).

Zmiany w poznawczej regulacji emocji

Zmiany w nasileniu objawów psychopatologicznych

W celu odpowiedzi na pytanie o ewentualne różnice w zakresie nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów leczonych metadonem zastosowano Symptom Checklist (SCL-90). Analiza uzyskanych wyników na I i II etapie badań testem t Studenta wykazała, że porównywane grupy nie różnią się w sposób istotny statystycznie ani ogólnym nasileniem objawów psychopatologicznych, ani nasileniem poszczególnych objawów (Tab. V).
uzyskane przez badanych na I i II etapie badań w zakresie takich strategii, jak: akceptacja, koncentracja na planowaniu, przeniesienie uwagi na coś pozytywnego, pozytywne przewartościowanie, stwarzanie perspektywy, obwinianie siebie, obwinianie innych, ruminacja, katastrofizowanie. Jedną istotną statystycznie różnicę stwierdzono w nasileniu stosowania strategii „obwinianie innych” (t = 2,07; p < 0,05; efekt standardowy d = 0,64). Wyższe wyniki za-notowano w pomiarze I, a więc u pacjentów rozpoczynających terapię metadonową (M = 9,27; SD = 3,45) niż w pomiarze II (M = 7,46; SD = 2,04). Po 6 miesiącach leczeni metadonem pacjenccy częściej stosowali strategię „obwinianie innych” (p = 0,001), planowaniu, przeniesienie uwagi na coś pozytywnego, pozytywne przewartościowanie, stwarzanie perspektywy, obwinianie siebie, ruminacja, katastrofizowanie) nie stwierdzono istotnych różnic między I a II pomiarem (Tab. VI).

Zmiany w realizacji i istotności zadań rozwojowych

Ostatnie pytanie badawcze dotyczyło ewentualnych zmian, jakie zaszyły u pacjentów pod względem realizacji zadań rozwojowych przypadających na okres dorosłości, jak i wagi tych zadań w życiu pacjentów pod względem realizacji zadań rozwojowych, ale także próbowało stwierdzić, czy uległy zmianie – traktowane tu jako wskaźniki zdrowia psychicznego – strategie poznawczej regulacji emocji, nasilenie objawów psychopatologicznych i poczucie koherencji. W celu stwierdzenia wielkości zmian w funkcjonowaniu psychospołecznym leczących się narkomanów, zastosowano procedurę badań podłużnych, przeprowadzając dwukrotnie pomiar wskazanych zmienności – na początku leczenia i po upływie 6 miesięcy.

Wyniki badań wskazują, że pacjenci korzystający z leczenia substytucyjnego przez okres 6 miesięcy charakteryzują się wyższym poziomem poczucia koherencji niż w chwili jego rozpoczęcia. Zmiany te obserwowano zarówno w ogólnym wymiarze poczucia koherencji, jak i dwóch jego komponentach: sensowności i zrozumiałości. Oznacza to, że po 6 miesiącach terapii pacjenci uważa-li życie za bardziej zrozumiałe, prawdziwie i uporządkowane. Ponadto wzrosło u nich przekonanie, że życie ma sens, a pokonywanie trudności jest warte wysiłku i zaangażowania. W przypadku pacjentów, u których nie zaszyły w zakresie poczucia zarządzalności, ważnego aspektu poczucia koherencji. Oznacza to, że po 6 miesiącach terapii metadonowej pacjenci mieli takie same, jak na początku leczenia, przekonanie na temat posiadanych przez siebie zasobów, dzięki którym mogą aktywnie radzić sobie z zaistniałymi sytuacjami. Ze względu na to, że nadal pozostają one zdecydowanie związane z poziomem poczucia koherencji, co najwyżej na zwiększenie kontroli nad doświadczanymi dolegliwościami.

Porównanie badanych grup pozostających w terapii i przerywających leczenie

Analizy znaczenia zadań rozwojowych dla badanych dokona-no za pomocą testu t Studenta. Jak widać w tabeli VIII, analiza wyników ukazała się również jednolitą różnicę (t = 2,60; p < 0,05; efekt standardowy d = 0,24) między grupą pacjentów rozpoczynających leczenie a grupą korzystającą z leczenia substytucyjnego przez 6 miesięcy. Różnica ta dotyczyła znaczenia, jakie dla badanych miało zadanie rozwojowe – praca zawodowa, co wprawdzie po 6 miesiącach leczenia było ono już za mało ważne dla badanych (Tab. VIII).

Wnioski i omówienie

Jednym z celów leczenia substytucyjnego jest zmniejszenie szkód wynikających z używania opiatów oraz zmiany prozdrowotne, które obejmują nie tylko poprawę stanu somatycznego, lecz także w funkcjonowaniu psychicznym oraz społecznym [30, 31]. W Polsce nie przeprowadzono zbyt wielu badań nad zmianami zachodzącymi w funkcjonowaniu pacjentów leczonych substytucyjnie. W badaniach własnych skoncentrowano się zatem na pomiarze nie tylko ich funkcjonowania społecznego w formie realizacji zadań rozwojowych, ale także próbowało stwierdzić, czy wzmocniły – traktowane tu jako wskaźniki zdrowia psychicznego – strategie poznawczej regulacji emocji, nasilenie objawów psychopatologicznych i poczucie koherencji. W celu stwierdzenia wielkości zmian w funkcjonowaniu psychospołecznym leczących się narkomanów, zastosowano procedurę badań podłużnych, przeprowadzając dwukrotnie pomiar wskazanych zmienności – na początku leczenia i po upływie 6 miesięcy.

Wnioski i omówienie

Jednym z celów leczenia substytucyjnego jest zmniejszenie szkód wynikających z używania opiatów oraz zmiany prozdrowotne, które obejmują nie tylko poprawę stanu somatycznego, lecz także w funkcjonowaniu psychicznym oraz społecznym [30, 31]. W Polsce nie przeprowadzono zbyt wielu badań nad zmianami zachodzącymi w funkcjonowaniu pacjentów leczonych substytucyjnie. W badaniach własnych skoncentrowano się zatem na pomiarze nie tylko ich funkcjonowania społecznego w formie realizacji zadań rozwojowych, ale także próbowało stwierdzić, czy wzmocniły – traktowane tu jako wskaźniki zdrowia psychicznego – strategie poznawczej regulacji emocji, nasilenie objawów psychopatologicznych i poczucie koherencji. W celu stwierdzenia wielkości zmian w funkcjonowaniu psychospołecznym leczących się narkomanów, zastosowano procedurę badań podłużnych, przeprowadzając dwukrotnie pomiar wskazanych zmienności – na początku leczenia i po upływie 6 miesięcy. Wyniki badań wskazują, że pacjenci korzystający z leczenia substytucyjnego przez okres 6 miesięcy charakteryzują się wyższym poziomem poczucia koherencji niż w chwili jego rozpoczęcia. Zmiany te obserwowano zarówno w ogólnym wymiarze poczucia koherencji, jak i dwóch jego komponentach: sensowności i zrozumiałości. Oznacza to, że po 6 miesiącach terapii pacjenci uważali życie za bardziej zrozumiałe, prawdziwie i uporządkowane. Ponadto wzrosło u nich przekonanie, że życie ma sens, a pokonywanie trudności jest warte wysiłku i zaangażowania. W przypadku pacjentów, u których nie zaszyły w zakresie poczucia zarządzalności, ważnego aspektu poczucia koherencji. Oznacza to, że po 6 miesiącach terapii metadonowej pacjenci mieli takie same, jak na początku leczenia, przekonanie na temat posiadanych przez siebie zasobów, dzięki którym mogą aktywnie radzić sobie z zaistniałymi sytuacjami. Ze względu na to, że nadal pozostają one zdecydowanie związane z poziomem poczucia koherencji, co najwyżej na zwiększenie kontroli nad doświadczanymi dolegliwościami.

Jeśli chodzi o strategie poznawczej regulacji emocji, obserwowano jedną różnicę, która dotyczyła mniejszego nasilenia strategii polegającej na obwinięciu innych. Prawdopodobnie, pa-
Zmiany w obszarze funkcjonowania społecznego badano dzięki szacowaniu stopnia realizacji zadań rozwijowych przez badanych. Wyniki badań wskazują, że zachodzą pewne zmiany w tym zakresie. Świadczy o tym wyższy wynik ogólnego stopnia realizacji zadań rozwijowych w II etapie badania, który jest wywołany skumulowanym wpływem drobnych zmian zachodzących we wszystkich obszarach zadań rozwijowych. Zmiany te jednak nie są znaczące, ponieważ tylko w zakresie realizacji zadania rozwijowego związanego z poszukiwaniem grupy towarzyskiej zaobserwowano różnicę istotną statystycznie. Natomiast w realizacji pozostałych zadań rozwijowych (start w roli rodzinnego, poszukiwanie partnera, uczenie się życia z partnerem, opieka nad dzieckiem, odpowiedzialność obywatelska, praca zawodowa, uczenie się zarządzania domem, podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia) tych różnic nie zaobserwowano.

Tak niewielkie zmiany wydają się być zrozumiałe, ponieważ podsumowując się podsumowanie wartości zadań rozwojowych, które są ważne teraz, mogłyby dla nich być ważne tak samo wraz z ukojeniem się zjawiska substancji psychoaktywnych i zmian, które wystąpiły pod ich wpływem, w funkcjonowaniu psychospołecznym badanych. Z perspektywy psychologii zdrowia zmiany, które zachodzą w obszarze funkcjonowania psychicznego, nie są jedynie statystycznie istotne, ale także znaczące dla zdrowia pacjentów leczonych substytucyjnie [6, 10, 12, 13], co też było jednoznacznie potwierdzano zmiany w statusie socjoekonomiczny pacjentów leczonych substytucyjnie w badanej grupie, takich jak sytuacja zawodowa i rola społeczna 

Zmiany w obszarze funkcjonowania społecznego badano dzięki szacowaniu stopnia realizacji zadań rozwijowych przez badanych. Wyniki badań wskazują, że zachodzą pewne zmiany w tym zakresie. Świadczy o tym wyższy wynik ogólnego stopnia realizacji zadań rozwijowych w II etapie badania, który jest wywołany skumulowanym wpływem drobnych zmian zachodzących we wszystkich obszarach zadań rozwijowych. Zmiany te jednak nie są znaczące, ponieważ tylko w zakresie realizacji zadania rozwijowego związanego z poszukiwaniem grupy towarzyskiej zaobserwowano różnicę istotną statystycznie. Natomiast w realizacji pozostałych zadań rozwijowych (start w roli rodzinnego, poszukiwanie partnera, uczenie się życia z partnerem, opieka nad dzieckiem, odpowiedzialność obywatelska, praca zawodowa, uczenie się zarządzania domem, podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia) tych różnic nie zaobserwowano.

Tak niewielkie zmiany wydają się być zrozumiałe, ponieważ podsumowując się podsumowanie wartości zadań rozwojowych, które są ważne teraz, mogłyby dla nich być ważne tak samo wraz z ukojeniem się zjawiska substancji psychoaktywnych i zmian, które wystąpiły pod ich wpływem, w funkcjonowaniu psychospołecznym badanych. Z perspektywy psychologii zdrowia zmiany, które zachodzą w obszarze funkcjonowania psychicznego, nie są jedynie statystycznie istotne, ale także znaczące dla zdrowia pacjentów leczonych substytucyjnie [6, 10, 12, 13], co też było jednoznacznie potwierdzano zmiany w statusie socjoekonomiczny pacjentów leczonych substytucyjnie w badanej grupie, takich jak sytuacja zawodowa i rola społeczna.
The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects; EU Directive (210/63/EU) on protection of animals used of scientific purposes; Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

References / Piśmiennictwo

[1] Cierpiałkowska L, Czabała C (2005) Psychoterapia indywidualna i grupowa. In: Sęk H (ed.) Psychologia kliniczna i u. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 269-298.
[2] Cierpiałkowska L, Ziarko M (2010) Psychologia uzależnień: alkoholizm, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, 289-350.
[3] Habrat B (2009) Miejscowe leczenie substytucyjne w Polsce, 4-6.
[4] Rogowska-Szadkowska D, Wodowski G (2007) Krótki historia medycyny. In: Curtis M (ed.) Zespół ośrodkowy skromnym przyjaznym karnety: umiejętności płynące z badań i praktyki. Open Society Institute, 217-227.
[5] International Harm Reduction Association. www.ihra.net. (11.01.2004)
[6] Sierosławski J (2008) Niewykorzystana szansa. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, 289-350.
[7] Ziarko M (2004) Zachowanie zdrowotne młodych dorosłych – psychologiczne uwarunkowania. Poznań: non-published doctor’s dissertation.
[8] Koniażek J, Dudek B, Makszewska Z (1993) Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky`ego. Poznań: Wydawnictwo Psychologiczne, 36, 4, 491-502.
[9] Derogatis LK, Lipman RS, Covi L (1973) An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. Psychopharmacology Bulletin, 9, 13, 28.
[10] Jankowski K – SCL-90 Derogatis, Lipman, Covi. http://www.psychologia.net.pl
[11] Marszal-Wisniewska M, Fajkowska M (2010) Właściwości psychometryczne Kwestionariusza Psychologicznego. Studia Psychologiczne, 49, 1, 19-39.
[12] Derogatis LK, Rickels K, Roth AF (1975) The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. British Journal of Psychiatry, 128, 280-289.
[13] Włodawiec B (2007) Zastosowanie kwestionariusza SCL-90 w badaniach nad efektywnością psychoterapii. Warszawa 2007. http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=298
[14] NIH (1995) What effect can methadone maintenance treatment have on the use of alcohol and other drugs? Methadone Maintenance Treatment: Translating research into policy. National Institute on Drug Abuse.
[15] NIH (1995) Does methadone maintenance treatment reduce HIV risk behaviors and the incidence of HIV infection among opioid-dependent injection drug users? Methadone Maintenance Treatment: Translating research into policy. National Institute on Drug Abuse.
[16] Chrostek Maj J, Heszen I, Sęk H (2007) Kwestionariusz Psychologiczny. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
[17] Heszen I, Sęk H (eds) Psychologia uzależnień: alkoholizm i narkomania. Kraków: Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń, 113-123.
[18] Zaremba M (2008) Model kwestionariuszPsychologiczny. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
[19] Sierosławski J (2008) Niewykorzystana szansa. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, 289-350.
[20] Ziarko M (2004) Zachowanie zdrowotne młodych dorosłych – psychologiczne uwarunkowania. Poznań: non-published doctor’s dissertation.
[21] Sierosławski J (2008) Niewykorzystana szansa. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, 289-350.
[22] Ziarko M (2004) Zachowanie zdrowotne młodych dorosłych – psychologiczne uwarunkowania. Poznań: non-published doctor’s dissertation.
[23] Koniażek J, Dudek B, Makszewska Z (1993) Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky`ego. Poznań: Wydawnictwo Psychologiczne, 36, 4, 491-502.
[24] Derogatis LK, Lipman RS, Covi L (1973) An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. Psychopharmacology Bulletin, 9, 13, 28.
[25] Jankowski K – SCL-90 Derogatis, Lipman, Covi. http://www.psychologia.net.pl
[26] Marszal-Wisniewska M, Fajkowska M (2010) Właściwości psychometryczne Kwestionariusza Psychologicznego. Studia Psychologiczne, 49, 1, 19-39.
[27] Derogatis LK, Rickels K, Roth AF (1975) The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. British Journal of Psychiatry, 128, 280-289.
[28] Włodawiec B (2007) Zastosowanie kwestionariusza SCL-90 w badaniach nad efektywnością psychoterapii. Warszawa 2007. http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=298
[29] brain.fuw.edu.pl/STAT: Testy permutationy 4 listopada 2011.
[30] Roe G (2005) Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. Clinical Public Health, 15, 243-250.
[31] Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne. Dz U 2007, nr 205, poz. 1493.
[32] Heszen I, Sęk H (eds) Psychologia Zdrowia. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
[33] Bukowska B (2009) Model kwestionariuszPsychologiczny. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.