

Nawroty w uzależnieniu od alkoholu Część 3: Społeczno-demograficzne i psychologiczne czynniki ryzyka

Relapse in alcohol dependence

Part 3: Socio-demographic and psychological risk factors

Marcin Wojnar, Anna Ślufarska, Anna Klimkiewicz

Katedra i Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie

Abstract – Among factors related to patient relapse, social and demographic variables such as gender, age, marital status, employment, social support resources as well as psychological and biological characteristics were reported. Psychological predictors include negative mood states, craving, self-efficacy, limited skills to cope with high-risk events, neurocognitive abnormalities, impulsiveness and other personality traits. Comorbid psychopathology has also received much attention as a significant predictor of poor treatment outcomes in alcoholic patients. Among psychiatric disorders – affective, anxiety, personality disorders such as borderline and antisocial personality are particularly associated with a high risk of relapse to heavy drinking. Comorbid depression has been considered as probably the strongest risk factor for failure in maintaining abstinence. In addition to psychiatric diagnosis, severity of psychopathology also has been found to be more pronounced among patients who relapsed, compared to abstainers. Several studies reported relationships between anxiety and alcoholism. Anxiety promotes drinking (self-medication), substance misuse and can lead to relapse. Among personality disorders, borderline, avoidant and antisocial personality disorders are the most strongly associated with the risk for relapse in alcohol dependence.

Key words: alcohol dependence, relapse, personality, depressive disorders, anxiety disorders

Streszczenie – Wśród społeczno-demograficznych czynników ryzyka nawrotu należy podkreślić rolę wieku, płci, stanu cywilnego, zatrudnienia, statusu społeczno-ekonomicznego, a także oparcia społecznego. Predyktory psychologiczne obejmują negatywne stany emocjonalne, głód alkoholowy, poczucie własnej skuteczności, schematy poznawcze, deficyty funkcji poznawczych (neuropsychologiczne), impulsywność oraz inne cechy osobowości. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych uważane jest również za znaczący czynnik ryzyka niepowodzenia terapii i złamania abstynencji u pacjentów z problemem alkoholowym. Wykazano, że nie tylko występowanie objawów psychopatologicznych, ale także ich ogólne nasilenie, ma istotne znaczenie rokownicze. Ciężki przebieg zaburzeń psychicznych koreluje ze skłonnością do łamania abstynencji. Z wysokim ryzykiem nawrotu picia w największym stopniu są związane współwystępujące objawy depresyjne. Depresja

Praca powstała w ramach środków uzyskanych z Fogarty International Center/NIDA International Substance Abuse Research Program, grant D43-TW05818 oraz grantu KBN nr 2P05D 004 29.

towarzysząca uzależnieniu od alkoholu i stwierdzana na początku terapii jest uznawana przez licznych badaczy za najsilniejszy predyktor niepowodzenia terapii. Wiele badań potwierdziło związki między lękiem a uzależnieniem od alkoholu. Lęk wyraźnie przyczynia się do spożywania większych ilości alkoholu, rozwoju uzależnienia i wystąpienia nawrotu picia. Ponadto wykazano, że zaburzenia osobowości typu „borderline” (chwiejnej emocjonalnie), lękowej i antyspołecznej pozostają w silnym związku z wysokim ryzykiem nawrotu picia u osób uzależnionych od alkoholu.

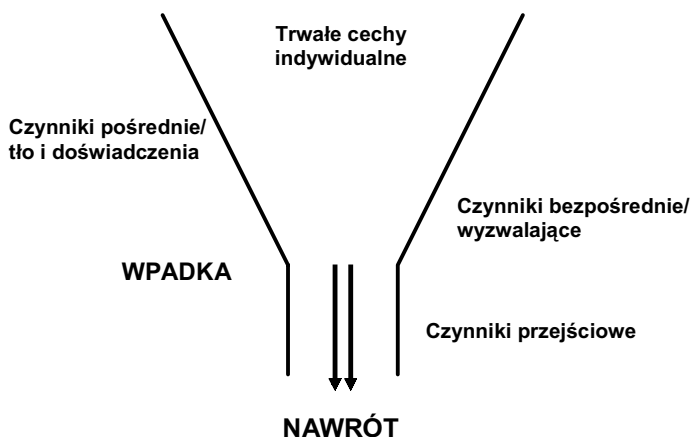
Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, nawrót, osobowość, zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe

WSTĘP

Badania prowadzone od wczesnych lat 70. dwudziestego wieku wykazały, że 35% pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu nie jest w stanie utrzymać abstynencji w okresie pierwszych 2 tygodni po ukończeniu terapii, 58% zaś doświadcza nawrotu w ciągu 3 miesięcy (1). Obszerna praca przeglądowa – obejmująca 265 badań, które oceniały wyniki psychologicznie zorientowanej terapii uzależnienia od alkoholu – wykazała, że tylko jedna trzecia badanych pacjentów utrzymuje abstynencję przez okres od 6 do 12 miesięcy po zakończeniu terapii (2, 3). Jeśli nawrót określimy jako wypicie jednego drinka po zakończeniu terapii, wskaźniki nawrotu osiągają nawet 90% (4). Blisko 90% pacjentów przerywa abstynencję w ciągu 4 lat od ukończenia terapii (5), a 50–80% osób powraca do picia już w czasie pierwszych trzech miesięcy (6). W nowszych badaniach jedynie 19% pacjentów leczonych ambulatoryjnie i 35% osób w oddziałach całodobowych utrzymuje całkowitą abstynencję w ciągu 1 roku od zakończenia leczenia (7). Wskaźnik nawrotu picia u „długotrwałych abstynentów”, to znaczy osób z co najmniej 18-miesięczną abstynencją na początku badania, jest nieznacznie niższy i wynosi 31% w okresie 11 lat obserwacji (8). Z badań prowadzonych na populacji pacjentów uzależnionych od alkoholu leczonych w polskich ośrodkach terapii uzależnień wynika, iż jedynie 4–5% pacjentów utrzymuje 2–3-letnią abstynencję. Innymi słowy, około 95% pacjentów biorących udział w rodzimych programach terapii uzależnień, prędzej czy później, powraca do picia alkoholu (9).

Badanie czynników zwiększających ryzyko nawrotu picia u osób uzależnionych od alkoholu wydaje się być niezwykle istotne dla zrozumienia złożonej patogenezы choroby i poprawy jej rokowania. Do dnia dzisiejszego opisano wiele czynników związanych z nawrotem picia. W licznych badaniach oceniano ich znaczenie predykcyjne (10–12). Trzeba pamiętać, że znaczenie poszczególnych predyktorów może różnić się w istotny sposób, w zależności od przyjmowanej definicji nawrotu (13).

Pod koniec lat 80. dwudziestego wieku Shiffman (14, 15) przedstawił heurystyczny model wieloczynnikowego, wielopoziomowego podejścia do oceny potencjalnych predyktorów nawrotu picia u osób uzależnionych od alkoholu. W swoim modelu (rys. 1) uwzględnił 3 poziomy ewaluacji, które muszą być brane pod uwagę w celu rzetelnego opisu i oceny ryzyka nawrotu.



Rys. 1.

Czynniki związane z nawrotem w uzależnieniu od alkoholu (wg Schifmana) (15, 16)

Factors associated with relapse in alcohol dependence (according to Schifman) (15, 16)

Podstawowe kategorie zmiennych obejmują, po pierwsze, indywidualne cechy osobowe, które są względnie trwałe, stabilne i niezmiennie. Cechy indywidualne determinują stałe ryzyko wystąpienia nawrotu i jest tylko kwestią czasu, kiedy u danej osoby nastąpi. Z tego poziomu wywodzi się model niezmiennej podatności na nawrót. Druga kategoria uwzględnia pośrednie czynniki występujące w tle, związane z sytuacją danej osoby i jej doświadczeniami w okresie utrzymywania abstynencji. Czynniki tła podlegają stopniowym zmianom w czasie i mogą modyfikować prawdopodobieństwo nawrotu. Model dynamiki nawrotu, uwzględniający dominujące znaczenie zmiennych tła, ma charakter kumulatywny i zakłada, że podatność na nawrót wzrasta wraz z sumowaniem się czynników ryzyka, np. stresu. Do ostatniej kategorii należą czynniki wyzwalające nawrót, które pojawiają się bezpośrednio przed lub w trakcie „wpadki”, są przemijające i występują w kontekście sytuacji wysokiego ryzyka.

Uwzględniając opisane trzy poziomy można przedstawić patogenezę nawrotu w uzależnieniach jako model „predyspozycja–czynniki wyzwalające”, analogicznie do współczesnych modeli patogenezy zaburzeń psychicznych, które powszechnie przyjmują paradygmat „predyspozycja–stres” w rozwoju choroby. Czynniki predysponujące (cechy indywidualne i zmienne tła) przyczyniają się do wykształcenia się podatności na nawrót, pewnego potencjału opisującego ryzyko. Czynniki wyzwalające powodują ujawnienie się tego ryzyka – „zrealizowanie predyspozycji” przez przekształcenie ukrytego potencjału w konkretne wydarzenie nawrotu.

Warto jeszcze podkreślić rolę czynników przejściowych, które przyczyniają się do przejścia epizodu „wpadki” w długotrwały nawrót picia (17, 18, 19). W modelu Marlatta, należą do nich przede wszystkim negatywne emocje i osobiste atrybucje, które towarzyszą sytuacji „wpadki”. Poszczególne czynniki ryzyka nawrotu w obrębie zasadniczych domen zmiennych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1.

Kategorie zmiennych w ocenie nawrotu: 4 klasy czynników ryzyka nawrotu (16)

Categories of variables in assessment of relapse: 4 domains of risk factors (16)

Cechy indywidualne	Czynniki wyzwalające
Uzależnienie od alkoholu w rodzinie Typ uzależnienia Rodzaj i nasilenie współistniejących zaburzeń psychicznych i innych uzależnień Upośledzenie funkcji poznawczych Ograniczona zdolność radzenia sobie Nasilenie uzależnienia od alkoholu Uwarunkowana reaktywność na bodźce związane z alkoholem	Sytuacje wysokiego ryzyka Nadmierna czujność poznawcza Silne stany emocjonalne Mechanizmy radzenia sobie z pokusami Sytuacyjna skuteczność reakcji Warunkowana reaktywność na bodźce Podatność na oczekiwane działanie alkoholu Głód (<i>craving</i>) Postanowienie o abstynencji
Czynniki występujące w tle	Czynniki przejściowe
Duże wydarzenia życiowe Długotrwałe stresy życiowe, obciążenia Problemy życia codziennego Oparcie społeczne i środowiskowe Mechanizmy radzenia sobie ze stresem Ogólne poczucie własnej skuteczności Ogólne oczekiwania wobec działania alkoholu Motywacja do zmiany	Efekt pogwałcenia abstynencji – stany emocjonalne – skłonności atrybucyjne Wzmacniające „ratunkowe” mechanizmy radzenia sobie Reakcja systemu oparcia Postanowienie o powrocie do abstynencji

CZYNNIKI RYZYKA NAWROTU PICIA

We współczesnych badaniach czynniki predykcyjne nawrotu picia alkoholu dzieli się na 3 główne kategorie: **związane z pacjentem, związane z leczeniem oraz środowiskowe.**

Czynniki związane z osobą pacjenta można dalej podzielić na **społeczno-demograficzne, psychologiczne** oraz **czynniki biologiczne**, które m.in. obejmują wrodzoną predyspozycję genetyczną warunkującą skłonność do nawrotów. Wśród **czynników społeczno-demograficznych** należy podkreślić rolę wieku, płci, stanu cywilnego, zatrudnienia, statusu społeczno-ekonomicznego, oparcia społecznego. **Czynniki psychologiczne** obejmują negatywne stany emocjonalne, głód alkoholowy, poczucie własnej skuteczności, schematy poznawcze, deficyty funkcji poznawczych (neuropsychologiczne), impulsywność oraz inne cechy osobowości, a także zaburzenia snu i zaburzenia psychopatologiczne (w szczególności zaburzenia afektywne, lękowe i osobowości). Opisane granice podziału są dość płynne, gdyż tak dynamiczny i złożony proces, jakim jest nawrót w uzależnieniu od alkoholu, wydaje się być efektem współdziałania różnych rodzajów czynników i nie należy jednoznacznie oddzielać jednych od drugich. Nawrót jest procesem ściśle związanym zarówno z rodzajem substancji psychoaktywnej, osobniczymi cechami uzależnionego, jak i z czynnikami środowiskowymi.

Jak wspomniano na wstępie, nawrót picia alkoholu jest częstym zjawiskiem w ciągu roku od ukończenia terapii uzależnienia i dlatego uważa się, że osoby uzależnione od alkoholu, trwające w abstynencji nieprzerwanie przez kilka lat, mają większe szanse dalszego jej utrzymania. Można więc stwierdzić, że długi okres abstynencji jest korzystnym czynnikiem rokowniczym dla utrzymania remisji (8, 20).

Jin i wsp. (8) w 1998 roku opublikowali wyniki 11-letniej obserwacji mężczyzn uzależnionych od alkoholu znajdujących się w stadium remisji uzależnienia. Celem badania było określenie ryzyka późnego nawrotu u tych pacjentów. Wykazano, że u 31% osób, które w momencie przystąpienia do badania miały za sobą minimum 18-miesięczny okres abstynencji, wystąpił nawrót picia w czasie 11-letniej obserwacji. Średnie roczne ryzyko nawrotu wyniosło 3,8% w ciągu pierwszych 5 lat i 2,6% w ciągu kolejnych 6 lat. Osoby, które zostały zakwalifikowane do badania utrzymywały abstynencję od 1,5 roku do 7 lat. Wykazano, że nawet po 5 latach abstynencji istnieje 3-procentowe roczne ryzyko nawrotu u osób uzależnionych, które osiągnęły długoterminową abstynencję.

Z powyższych faktów wynika, że im dłużej osoba uzależniona jest w stanie uniknąć nawrotu, tym większe jest prawdopodobieństwo osiągnięcia przez nią trwałej abstynencji. Jednakże w badaniu Jin i wsp. (8) 15% osób zachowujących całkowitą abstynencję nawet po 5 latach doświadczyło nawrotu picia. W badaniu próbowano odpowiedzieć także na pytanie, czy predyktory długoterminowej abstynencji różnią się od tych, które są związane z abstynencją krótkotrwałą. Badacze wykazali m.in., że zaburzenia nastroju (np. stany depresyjne) mają większe, niż inne czynniki, negatywne znaczenie dla utrzymania krótkotrwałej abstynencji (są czynnikiem rokowniczo niekorzystnym). Utrzymanie abstynencji w krótkim czasie (6 miesięcy do 1 roku) związane jest raczej z czynnikami o charakterze biologicznym, takimi jak dodatni wywiad rodzinny w kierunku uzależnienia od alkoholu, zaburzenia uwagi czy upośledzenie funkcji intelektualnych. Warto przy tym zaznaczyć, że długość okresu intensywnego picia i jego nasilenie nie determinują prawdopodobieństwa nawrotu u długoterminowych abstynentów (8).

1. Czynniki społeczno-demograficzne

Większość wymienionych czynników należy do zjawisk o dużej dynamice i zmienności; próbowano zatem przewidywać i oceniać ryzyko nawrotu na podstawie wyjściowych cech indywidualnych, które są względnie trwałe, jak: płeć, wiek, rasa, pochodzenie oraz problemy związane z piciem i uzależnienie od alkoholu w rodzinie (5, 21–24).

W wielu badaniach nie stwierdza się różnic pod względem **płci pacjentów** (25–28). Inne obserwacje wykazały nieznacznie korzystniejsze wyniki terapii uzależnienia od alkoholu u kobiet (7, 29–33), nieliczne zaś wskazują na większe ryzyko nawrotu w grupie kobiet (34, 35) niż mężczyzn: 73% wobec 46% (36, 37). Jarvis (38) w metaanalizie oceny znaczenia płci dla wyników terapii uzależnienia podkreśla, że kobiety cechuje lepsze rokowanie niż mężczyźni co do utrzymania

abstynencji w okresie do 12 miesięcy od zakończenia leczenia; w dłużej trwających obserwacjach mężczyźni osiągają mniejsze odsetki nawrotów niż kobiety. W jednym z najnowszych badań płęć żeńska okazała się – po uwzględnieniu innych istotnych zmiennych – najsilniejszym predyktorem nawrotu picia w okresie 36-miesięcznej obserwacji (OR = 2,49) (36).

Znaczenie **wieku pacjentów** dla przebiegu i efektów terapii uzależnienia od alkoholu podkreślano od dawna, jednoznaczne relacje z ryzykiem nawrotu picia stwierdzili dopiero Polich i wsp. (5, 39, 40). W badanej przez nich populacji osoby powyżej 40 roku życia cechowały się większym odsetkiem nawrotów w chwili przyjęcia na terapię niż osoby młodsze. Na ryzyko nawrotu wpływa również stan **cywilny**: osoby żyjące w małżeństwie miały korzystniejsze rokowanie co do utrzymania abstynencji w okresie 4-letniej obserwacji niż osoby samotne. Również w badaniach Yatesa i wsp. (41) starszy wiek ma znaczenie prognostyczne w przewidywaniu wczesnych nawrotów. W większości innych badań nad nawrotami picia u osób uzależnionych od alkoholu nie stwierdzano różnic pod względem wieku pacjentów uzależnionych (36, 37, 42) lub wcześniejsze nawroty obserwowano u młodszych pacjentów (43).

Niejednoznaczne wyniki przyniosły również prace uwzględniające znaczenie **rasy** pacjentów leczonych odwykowo w utrzymaniu abstynencji po terapii. Część badań potwierdziła gorsze rokowanie w przypadku pacjentów rasy czarnej (44–48), inne zaś wykazały korzystniejsze wyniki terapii w przypadku rasy czarnej w porównaniu z białą (49–51). W badaniu Browera i Carey (52) nie wykryto żadnych różnic między rasami pod względem częstości i ilości spożywanego alkoholu w okresie 6-miesięcznej obserwacji.

Wśród innych czynników wspomagających utrzymanie abstynencji przez osoby uzależnione od alkoholu po zakończeniu terapii, należy podkreślić znaczenie systemu oparcia społecznego (6, 53), udziału i zaangażowania w grupach samopomocowych, np. Anonimowych Alkoholików (54–61) oraz stabilnej sytuacji zawodowej i ekonomicznej (62–66). Wykazano, że szybkemu nawrotowi picia sprzyjają takie czynniki jak: niepewność co do zatrudnienia czy utrata pracy, trudności mieszkaniowe, słaby system oparcia społecznego lub wycofanie się z relacji z otoczeniem społecznym (9, 10, 41, 59, 67–71).

2. Czynniki psychologiczne

Badania ukierunkowane na weryfikowanie roli czynników psychologicznych w zwiększaniu ryzyka nawrotu u osób uzależnionych od alkoholu (22, 24, 72, 73) podkreślają istotne znaczenie:

1. negatywnych stanów emocjonalnych,
2. oczekiwań względem alkoholu,
3. poczucia własnej skuteczności,
4. motywacji i otwartości na zmiany,
5. umiejętności radzenia sobie,

6. doświadczania „głodu” alkoholu, uwzględnianego w wielu modelach nawrotu, który związany jest z chęcią złagodzenia nie tylko fizjologicznych, ale i psychologicznych objawów zespołu abstynencyjnego (73).

Wśród wymienionych predyktorów największe znaczenie ma deficyt umiejętności radzenia sobie. Wyniki badań Millera i wsp. (24) oraz Hall i wsp. (72) sugerują, że występowanie negatywnych zdarzeń i stresujących sytuacji życiowych nie jest bezpośrednio związane z większym prawdopodobieństwem nawrotu picia. Istotne znaczenie dla wystąpienia nawrotu ma nie tyle częstość czy rodzaj sytuacji stresujących, ale raczej indywidualne umiejętności radzenia sobie z tymi sytuacjami. W tym kontekście należałoby położyć większy nacisk na trening umiejętności radzenia sobie jako jedno z bardziej efektywnych oddziaływań w procesie terapii uzależnienia (73). Nieliczne badania prospektywne podważają rolę sytuacji wysokiego ryzyka, głodu czy ekspozycji na kontakt z alkoholem w zwiększaniu prawdopodobieństwa nawrotu picia (35, 74, 75).

Wśród czynników natury poznawczej – które wyjściowo towarzyszą pacjentom podejmującym terapię uzależnienia od alkoholu – przekonania, atrybucje i dysfunkcjonalne schematy poznawcze mogą stanowić niezależne predyktory nawrotu picia po zakończeniu leczenia. Znaczenie czynników poznawczych w patogenezie nawrotu omawiano w pracy przy opisie modelu nawrotu Marlatta (13); pracę z zasobami poznawczymi osób pijących alkohol, które mogą odgrywać rolę w wyzwalaniu nawrotów (np. poczucie własnej skuteczności) wykorzystuje się w procesie terapii uzależnienia (22, 42, 76–81). W badaniach Millera i wsp. (24) oraz Kulki i wsp. (9) silna wiara w medyczny model uzależnienia jako przewlekłej i nieuleczalnej choroby okazała się, obok braku umiejętności radzenia sobie, jednym z najsilniejszych czynników intrapersonalnych sprzyjających nawrotowi. Turkcapar i wsp. (42) wykazali, że do istotnych predyktorów nawrotu u osób uzależnionych należą osobiste przekonania o głodzie alkoholowym oraz o sposobach radzenia sobie z jego objawami.

Cechy osobowości

Jedynie nieliczne badania podejmowały kwestię roli osobowości, jej wymiarów i cech w nawrocie picia u osób uzależnionych od alkoholu (88, 58, 82). Tarnai i Young (83) obserwowali, iż wymiar introwersji, mierzonej przy użyciu Inwentarza Stronga–Campbella, wiązał się znacząco z ryzykiem złamania abstynencji. W kilku pracach brano pod uwagę pięcioczynnikowy model osobowości definiujący 5 domen, które reprezentują obszerną taksonomię osobowości: neurotycyzm, ekstrawersję, otwartość, sumiennosc oraz ugodowość (84–86). Badania udowodniły, że konflikty interpersonalne są ważną determinantą ryzyka nawrotu u osób uzależnionych (18). Im niższy stopień **ugodowości** (tzn. większa skłonność do konfliktów międzyludzkich), tym wyższe ryzyko nawrotu. Fisher i wsp. (86) wykazali, że spośród wymienionych 5 domen, neurotycyzm i sumiennosc (na które składają się m.in. motywacja, organizacja, wytrwałość) mają znaczący wpływ na prawdopodobieństwo nawrotu. Maksymalne ryzyko jego wystąpienia dotyczy

pacjentów, których cechuje niska **sumienność** (*conscientiousness*) i wysoki poziom **neurotycyzmu** (*neuroticism*) w inwentarzu NEO-PI-R (86, 87). Mniejsza sumienność wiąże się z brakiem zdolności organizacyjnych i motywacji niezbędnej do planowania zachowań w sytuacjach ryzykownych. Sellman i wsp. (88), Cannon i wsp. (89) oraz Janovsky i wsp. (58) wiązali podwyższone ryzyko wczesnego nawrotu picia z niskim poziomem wytrwałości (ang. *persistence*) – jednego z wymiarów Trójwymiarowego Kwestionariusza Osobowości (TPQ).

W ostatnich latach największe znaczenie w predyspozycji do podwyższonego ryzyka nawrotu picia przypisuje się innej charakterystyce osobowości – wyeksponowanemu **poszukiwaniu stymulacji** (*novelty seeking*) (90–92) i ograniczonemu **unikaniu szkód** (*harm avoidance*), które obejmują nadmierną pobudliwość, potrzebę poszukiwania nowych bodźców, impulsywność, ekstrawagancję, bałaganiarstwo, niepohamowany optymizm, czyli cechy, które sprzyjają piciu alkoholu i nawrotowi picia po okresie uzyskanej abstynencji (90). Jin i wsp. (8) uważają, że dla podtrzymania długotrwałej remisji w uzależnieniu od alkoholu najbardziej istotne są określone cechy osobowości i styl radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Dłużej trwają w abstynencji te osoby, które nie mają „buntowniczych”, impulsywnych i prowadzących do alienacji społecznej cech osobowości, nie wchodzą w konflikty z prawem (jazda samochodem pod wpływem alkoholu, aresztowanie za zakłócanie porządku publicznego w stanie nietrzeźwym). Skłonność do nawrotów w badanej przez autorów grupie wykazywali pacjenci ze znacząco podwyższoną skalą psychopatii w teście MMPI (8).

Wielu innych badaczy podkreśla rolę **impulsywności**, która jest konstruktem wielowymiarowym, określającym „predyspozycję do szybkich, niezaplanowanych reakcji w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne bez zwracania uwagi na potencjalne negatywne konsekwencje tych zachowań” (93). Definicja impulsywności pokrywa się z co najmniej dwoma objawami uzależnienia od alkoholu wg kryteriów DSM-IV: „wypijanie większych ilości alkoholu niż zaplanowano” oraz „kontynuowanie używania alkoholu, pomimo wiedzy o jego szkodliwych następstwach” (94). Impulsywność stanowi istotny aspekt osobowości i w świetle aktualnej wiedzy posiada dość konkretnie sprecyzowane podłoże biologiczne, wiążące się bezpośrednio z zaburzeniami funkcji ośrodkowego układu nerwowego – w szczególności płata czołowego mózgu i/lub lewej półkuli mózgu (95, 96) oraz z obniżoną funkcją ośrodkowego układu serotoninowego (97, 98). Impulsywność jest związana z określonymi zaburzeniami psychicznymi (93), m.in. z zespołem nadpobudliwości ruchowej ADHD (99), zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (100) i zaburzeniami osobowości (antyspołecznymi i typu „borderline”) (101, 102).

Warto zauważyć, że wymienione wyżej zaburzenia psychiczne z wysokim poziomem zachowań impulsywnych wiążą się również z częstymi problemami z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym z picciem alkoholu oraz niekorzystnymi wynikami terapii uzależnienia i szybkimi nawrotami (11, 96, 103–105). Impulsywność wiąże się ściśle z poszukiwaniem stymulacji, które stanowi ważny predyktor nawrotu picia (91). Impulsywność towarzyszy również alkoholikom Typu II wg

Cloningera (106) i Typu B wg Babora (107), którzy mają jakby „wpisane” w swoją naturę niekorzystne rokowanie i skłonność do nawrotów picia (103, 108).

Badania neuropsychologiczne osób uzależnionych od alkoholu wykazały, że pacjenci, którzy skutecznie poradzi sobie z nałogiem nie ujawniali deficytów pod względem większości funkcji, a pacjenci, którzy powracali do picia osiągnęli słabe wyniki w testach językowych, myślenia abstrakcyjnego, planowania i elastyczności poznawczej. Profile osobowości osób utrzymujących abstynencję cechuje ukierunkowanie na realizację przyszłych celów, wysoki poziom tolerancji na frustrację i poczucie własnej skuteczności. Osoby podatne na nawroty picia charakteryzują się impulsywnością, cechami antyspołecznymi i zaburzeniami afektu. Zdaniem Miller (11) powyższe właściwości, charakteryzujące abstynentów, opisują autonomię ego, neuropsychodynamiczną zmienną osobowości, która odnosi się do refleksyjnego, nie-impulsywnego, nakierowanego na cel stylu poznawczego osób uzależnionych od alkoholu (11).

Rolę innych czynników neuropsychologicznych w osiąganiu słabszych wyników terapii uzależnienia i większej skłonności do nawrotów podkreślają kolejne badania. Wśród wymienianych czynników wykazano znaczenie nadmiernego zawężenia procesów uwagi (109) oraz istotnych deficytów różnych funkcji poznawczych (110, 111), które mogą niekiedy w znacznym stopniu ograniczać możliwości korzystania z programu terapeutycznego, modyfikować uruchamianie mechanizmów radzenia sobie oraz utrzymywanie abstynencji. Wykazano również znaczenie poziomu intelektualnego w przewidywaniu ryzyka nawrotu. Pacjenci, u których wystąpił nawrót charakteryzowali się mniejszą wartością ilorazu inteligencji oraz obniżoną wartością skali słownej testu *Shipley Institute of Living Scale* (112).

Współwystępujące zaburzenia psychiczne

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych uważane jest za znaczący czynnik ryzyka niepowodzenia terapii i nawrotu picia u pacjentów z problemem alkoholowym (41, 113–121). Wykazano, że poza samym występowaniem, istotne znaczenie rokownicze ma także ogólne nasilenie objawów psychopatologicznych. Ciężki przebieg zaburzeń psychicznych i wysokie wskaźniki nasilenia objawów psychopatologicznych korelują dodatnio ze skłonnością do nawrotu picia, a ujemnie – z długością okresu abstynencji po leczeniu (54, 114, 121, 122). W badaniach przeprowadzonych na pacjentach uzależnionych jednocześnie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wykazano, że wskaźniki częstości nawrotów są wyższe niż u pacjentów uzależnionych wyłącznie od alkoholu (3, 114, 123).

Warto w tym miejscu wspomnieć, iż większość badań oceniających czynniki predykcyjne nawrotu picia wskazuje jednoznacznie na istotne znaczenie dotychczasowego przebiegu uzależnienia od alkoholu: pacjenci z ciężkim przebiegiem uzależnienia, powikłaniami oraz częstymi pobytami w szpitalu z powodu konsekwencji picia alkoholu są obciążeni dużo wyższym ryzykiem szybkiego nawrotu, niż pacjenci z łagodnymi postaciami uzależnienia (6, 9, 24, 39–42, 57, 67, 124–126). Ciężki przebieg uzależnienia wiąże się zazwyczaj z wielokrotnymi epizodami

picia, odstawiania alkoholu i pobytami w szpitalu na detoksykacji. W badaniach Malcolma i wsp. (127) wielokrotne powtarzające się epizody zespołu abstynencyjnego u pacjentów uzależnionych od alkoholu wiązały się przypuszczalnie, zgodnie z mechanizmem „rozniecania” (kindlingu), z narastającymi wskaźnikami intensywności głodu alkoholowego i ryzyka nawrotu picia. Podobnie w pracy Pelca i wsp. (62) – liczba uprzednich detoksykacji korelowała znacząco z liczbą dni picia alkoholu w okresie 24 tygodni obserwacji. Badania te sugerują, że wielokrotne epizody alkoholowego zespołu abstynencyjnego mogą, w myśl teorii kindlingu, zwiększać ryzyko nawrotu u osób uzależnionych, lecz jedynie pośrednio: skłonność do nawrotów jest związana z nasilaniem się ciężkości objawów zespołu abstynencyjnego i narastaniem głodu alkoholu (128).

Zaburzenia depresyjne

Wśród współwystępujących zaburzeń psychicznych zaburzenia depresyjne w największym stopniu są związane z wysokim ryzykiem nawrotu picia (86, 90, 98, 103, 114, 117, 129–132). Depresja towarzysząca uzależnieniu od alkoholu i stwierdzana na początku leczenia jest uznawana przez licznych badaczy za najsilniejszy predyktor niepowodzenia terapii i złamania abstynencji (121, 124, 125, 133, 134). Wiele badań wskazuje ponadto na duże znaczenie nasilenia objawów depresji utrzymującej się po zakończeniu leczenia w przewidywaniu nawrotu picia (24, 133, 135–139).

Używanie substancji psychoaktywnych i zaburzenia depresyjne współwystępują dość powszechnie. Badania epidemiologiczne prowadzone w USA wykazały, że 13,4% osób uzależnionych od alkoholu i 26,4% uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych potwierdza wystąpienie zaburzeń afektywnych w przeszłości. Poza tym, u około jednej czwartej mężczyzn i połowy kobiet uzależnionych od alkoholu potwierdzono równoczesne objawy dużej depresji (140, 141).

Wiele badań oceniających skuteczność terapii uzależnień koncentrowało się w zasadniczej mierze na związkach między współwystępowaniem zaburzeń depresyjnych a wynikami leczenia. Wyniki opublikowanych doniesień nie są jednak do końca zgodne. Występowanie zaburzeń psychicznych, np. depresyjnych, czy też duże nasilenie ich objawów nie musi jednoznacznie wiązać się z niepowodzeniem terapii u pacjentów uzależnionych od alkoholu (42, 54, 56, 117, 139, 140, 142, 143). W niektórych badaniach pacjenci ze współistniejącą dużą depresją osiągnęli nawet dłuższe okresy abstynencji i mieli niższe ryzyko nawrotu picia niż pacjenci bez depresji. Zależność ta występowała przede wszystkim u kobiet (114, 144). Do możliwych przyczyn rozbieżności uzyskiwanych wyników badań należą: różny rozkład płci w badanych grupach pacjentów, inne niezgodności dotyczące charakterystyki grup, modyfikacje leczenia, różnice w definiowaniu i ocenie nasilenia objawów psychopatologicznych oraz różne sposoby interpretacji wyników leczenia. Wydaje się także prawdopodobne, że objawy psychopatologiczne mogą być związane z innym czynnikiem prognostycznym, którego wartość predykcyjna jest silniejsza, niż wartość rozpoznania zaburzeń psychicznych czy nasilenia objawów psychopatologicznych.

Brak jednoznaczności w wynikach badań nad związkami między depresją i uzależnieniami może wynikać także z trudności diagnostycznych w ocenie depresji w okresie wczesnej abstynencji. Według DSM-IV (94) duża depresja może być „pierwotna” w stosunku do wystąpienia uzależnienia lub „wtórna”. *Depresja pierwotna* nie ma związku ze zmianami fizjologicznymi spowodowanymi przez używaną substancję i jest rozpoznawana, gdy jej objawy wyprzedzają powstanie uzależnienia lub gdy pojawiają się w okresie abstynencji. Liczne badania zwracają uwagę na fakt, że zaburzenia depresyjne mogą być również następstwem intoksykacji i/lub objawem zespołu abstynencyjnego jako psychologiczne konsekwencje nadużywania substancji psychoaktywnych (116, 145–149). Zaburzenia depresyjne indukowane nadużywaniem substancji psychoaktywnych (*depresje wtórne* w stosunku do uzależnienia) według DSM-IV rozpoznajemy, gdy nasilone objawy kliniczne współtowarzyszą nadużywaniu danej substancji albo wydłużają spodziewane następstwa intoksykacji lub zespołu abstynencyjnego. Stąd jakiegokolwiek objawy depresyjne relacjonowane we wczesnym okresie abstynencyjnym lub zgłaszane podczas aktywnego picia nie mogą być łatwo zróżnicowane jako „pierwotne” czy „indukowane”. Ta sytuacja stwarza wiele trudności zarówno w diagnostyce depresji podczas leczenia uzależnień, jak i w ocenie powiązania tych objawów z wynikami leczenia.

W odpowiedzi na te niejasności diagnostyczne, większość autorów prac dotyczących terapii rekomenduje ocenę i ewentualne leczenie depresji dopiero po upływie 3–4 tygodni od początku abstynencji (116, 150, 151). Badania pokazują, że właśnie ten okres jest wystarczający do ustąpienia objawów depresyjnych indukowanych działaniem substancji psychoaktywnej. Przyjmuje się, iż dłużej występujące objawy depresyjne świadczą o niezależnym zaburzeniu afektywnym, które podnosi ryzyko nawrotu, szczególnie, gdy nie wprowadzi się leczenia przeciwdepresyjnego.

Jak już wspomniano, objawy depresyjne po zakończeniu terapii, czyli we wczesnym okresie abstynencyjnym są silnym predyktorem nawrotu. Natomiast objawy depresyjne w trakcie aktywnego leczenia uzależnienia nie mają wpływu na wyniki terapii i nawrót picia (130, 137). Czy zatem rozpoznanie depresji przed powstaniem uzależnienia ma związek z późniejszym utrzymaniem abstynencji? Zdania są podzielone, jedni badacze deklarują, że wcześniejsze rozpoznanie depresji nie ma związku z nawrotem picia (148), natomiast inne badania wykazały, że objawy dużej depresji przed terapią mogą być wręcz czynnikiem protekcyjnym, wspomagającym późniejsze utrzymanie abstynencji (137, 152). Ten paradoks można rozumieć poprzez silniejszą motywację do pozostania w trzeźwości u osób, które wyjściowo cierpią z powodu depresji, zwłaszcza że czasami rozpoczynają terapię z powodu przykrych konsekwencji emocjonalnych spowodowanych nadużywaniem alkoholu. W takim przypadku istotne znaczenie ma wprowadzenie równoczesnego leczenia objawów depresji, które może poprawić wyniki terapii uzależnienia i zwiększyć prawdopodobieństwo pozostania w stanie abstynencji. Korzystne znaczenie rokownicze depresji dotyczy w większym stopniu kobiet, u których współwystępowanie depresji jest związane z lepszymi wynikami terapii odwykowej (114). Natomiast u mężczyzn objawy dużej depresji w wywiadzie (bez względu na

kryterium czasu ich wystąpienia) są znaczącym czynnikiem ryzyka nawrotu picia (114) i zdecydowanie pogarszają rokowanie pod względem możliwości uzyskania remisji uzależnienia. W nielicznych doniesieniach stwierdzano, że obecność jakiegokolwiek rodzaju depresji nie wpływa na wyniki terapii i remisję objawów uzależnienia (140, 143).

Wyniki niektórych badań sugerują natomiast, że depresja może być głównym czynnikiem wywołującym nawrót u kobiet uzależnionych jednocześnie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (138). Dla utrzymania sukcesu terapii jest więc ważne nie tylko rozpoznanie i leczenie depresji, lecz również monitorowanie zmian nastroju osób uzależnionych w okresie abstynencji. Istotne jest, aby nauczyć pacjentów, jakie sytuacje zwiększają prawdopodobieństwo nawrotu i w jakich sytuacjach należy zwrócić się o pomoc. W innych badaniach 5-letnia obserwacja wykazała, że zmniejszenie objawów depresji koreluje z mniejszym ryzykiem nawrotu, bez względu na płeć czy rozróżnienie depresji pierwotnej od indukowanej (117). Pacjenci z rozpoznaniem dwubiegunowych zaburzeń afektywnych, w przeciwieństwie do pacjentów z chorobą jednobiegunową, lepiej funkcjonują po zakończeniu terapii – pozostają dłużej w kontakcie z grupą AA i lekarzem rodzinnym; szczególnie dotyczy to osób starszych, z dłuższymi okresami abstynencji w wywiadzie (54).

Zaburzenia lękowe

Zaburzenia lękowe bywają szczególnie często stwierdzane wśród osób zgłaszających się do leczenia z powodu uzależnienia od alkoholu. W populacji osób uzależnionych od alkoholu wskaźniki częstości występowania zaburzeń lękowych są względnie wysokie: dla różnych postaci fobii wynoszą 6–33%, dla zaburzeń lękowych uogólnionych – 3–52%, dla napadów paniki – 2–21% (129, 153–155). Objawy lęku, niezależnie od objawów depresji, zachowań antyspołecznych, skłonności do przemocy, czynów kryminalnych lub zaburzeń osobowości, są często powiązane z uzależnieniem od alkoholu i stanowią istotny czynnik podtrzymujący picie (90). Zaburzenia lękowe i nadużywanie alkoholu mogą się wzajemnie indukować, a lęk wyraźnie przyczynia się do spożywania większych ilości alkoholu, do powstania uzależnienia i wystąpienia nawrotu picia (129), co nie zostało jednak potwierdzone we wszystkich badaniach (144, 156).

Objawy lęku najczęściej ustępują po przeminięciu objawów zespołu abstynencyjnego, dlatego też leczenie przeciwlękowe może nie być konieczne w okresie późniejszym (157). Potwierdzono, że dłużej utrzymujące się zaburzenia lękowe o dużym nasileniu objawów mogą jednak prowadzić do wzrostu ryzyka nawrotu picia (129). Wiele badań potwierdziło związki między lękiem a uzależnieniem od alkoholu, ale przyczyny tej zależności pozostają wciąż nie do końca jasne i jednoznaczne (158). Wysłunęto trzy hipotetyczne wytłumaczenia:

1. Lęk może prowadzić do picia alkoholu, ponieważ etanol zmniejsza poziom napięcia (hipoteza „samoleczenia”).
2. Picie alkoholu może powodować wzrost niepokoju i lęku.

3. Oba typy zaburzeń mogą być indukowane przez wspólny czynnik (biologiczny lub środowiskowy, np. destrukcyjna rodzina, przemoc w rodzinie).

Hipoteza „samoleczenia” (159) sugeruje, że farmakologiczne i fizjologiczne działanie alkoholu etylowego redukuje przykre objawy lęku, co prowadzi następnie do wzmocnienia pozytywnego, które nasila dalsze picie (160). Taki mechanizm indukcji i wzmocnienia picia alkoholu może generować nawrót u osób zachowujących abstynencję, które doświadczają objawów lęku. Pacjenci uzależnieni, którym towarzyszą zaburzenia lękowe zdają się być szczególnie uwrażliwieni na rozwój nasilonych objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego (158), co może następnie wzmocniać zjawisko „rozniecania” (kindlingu), postulowane jako jeden z mechanizmów patogenetycznych zarówno alkoholowych zespołów abstynencyjnych (128, 161–165), jak i zaburzeń lękowych (166, 167).

Zaburzenia osobowości

Występowanie zaburzeń osobowości typu „borderline” (chwiejnej emocjonalnie), lękowych i antyspołecznych pozostaje w silnym związku z wysokim ryzykiem nawrotu picia (42, 90, 86, 103, 114, 117, 121, 131, 132, 168, 169). Osobowość antyspołeczna (*Antisocial Personality Disorder*, ASPD) może być predyktorem gorszych wyników terapii uzależnienia od alkoholu (103, 113, 114), aczkolwiek nie wszystkie badania potwierdzają tę hipotezę (153). Zaburzenia zachowania stwierdzone w latach młodzieńczych przyczyniają się do narastania objawów uzależnienia i podwyższonego ryzyka nawrotów (115).

W populacji ogólnej osobowość antyspołeczna jest rozpoznawana znamienne częściej u mężczyzn niż u kobiet (5,8% wobec 1,2%) (141). Ponadto ASPD występuje istotnie częściej u osób nadużywających i uzależnionych od alkoholu niż w populacji ogólnej. Jednocześnie kobiety, u których występują cechy ASPD wykazują bardziej nasilone zaburzenia związane z używaniem alkoholu (170, 171). U kobiet wykazano również silniejsze powiązanie między ASPD i rozwojem uzależnienia od alkoholu niż u mężczyzn (172). Sugeruje się, że skoro ASPD i uzależnienie od alkoholu występują rzadziej u kobiet niż u mężczyzn, to u tych kobiet, które prezentują oba typy zaburzeń jednocześnie, zaburzenia te mogą być bardziej nasilone niż u mężczyzn (170, 171). Hesselbrock (131) wykazał, że ASPD, depresja i współwystępowanie obu tych zaburzeń z uzależnieniem od alkoholu jest związane z nawrotem picia u mężczyzn, podczas gdy u kobiet częstość nawrotu ma związek jedynie z ASPD. Jak już wcześniej wspomniano, „czysta” depresja zdaje się natomiast sprzyjać dłuższej abstynencji u kobiet.

PODSUMOWANIE

Nawrót w uzależnieniu od alkoholu jest wynikiem długotrwałego procesu, na który często składają się różne elementy – predyspozycja biologiczna (genetyczna, fizjologiczna), uwarunkowania psychopatologiczne (np. podwójna diagnoza) oraz

czynniki środowiskowe, decydujące o poziomie stresu psychospołecznego, które mogą stanowić czynnik spustowy, bezpośrednio wyzwalający nawrót. Badanie wzajemnych zależności między zmiennymi, które mogą pozwolić na przewidywanie nawrotu picia alkoholu jest jednak zadaniem bardzo złożonym. Wyniki opublikowanych dotychczas licznych badań są niespójne. Wiele różnic między badaniami może być wytłumaczonych przez odmienności w metodologii, różnice w charakterystyce badanych populacji, zmienne warunki i rodzaje terapii, a także przez zasadnicze różnice w metodach definiowania i pomiaru objawów zaburzeń psychicznych oraz wyników leczenia, w szczególności nawrotu. Precyzyjne określenie odległych czynników predykcyjnych i bezpośrednich czynników wyzwalających nawrót ma fundamentalne znaczenie dla poprawy rokowania w przebiegu uzależnienia od alkoholu.

Z punktu widzenia terapeuty najważniejsze jest wyodrębnienie na początku terapii grupy pacjentów o podwyższonym ryzyku, wczesne rozpoznanie sytuacji zagrożenia nawrotem i w miarę możliwości szybka interwencja. Prowadzenie regularnej obserwacji ambulatoryjnej po ukończeniu terapii uzależnienia pozwoli odpowiednio wcześniej zidentyfikować sytuacje bezpośrednio prowadzące do złamania abstynencji i dostosowywać terapię do indywidualnych potrzeb pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG (1971) Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455–456.
2. Emrick CD (1975) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88–108.
3. Emrick CD (1974) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523–549.
4. Orford J, Edwards G (1977) *Alcoholism: A Comparison of Treatment and Advice, with a Study of Influence of Marriage*. New York: Oxford University Press.
5. Polich JM, Armor DJ, Braiker HB (1980) Patterns of alcoholism over four years. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 397–416.
6. McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS, Grissom GR, Woody GE, Luborsky L, O'Brien CP (1994) Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1141–1158.
7. Project M (1997) Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
8. Jin H, Rourke SB, Patterson TL, Taylor MJ, Grant I (1998) Predictors of relapse in long-term abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 640–646.
9. Kulka Z, Świątkiewicz G, Zieliński A (1998) Interpersonalne i intrapersonalne predyktory nawrotów picia alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 2 (31) 229–242.
10. Billings AG, Moos RH (1983) Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8, 205–218.
11. Miller L (1991) Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 277–291.

12. McKay JR (1999) Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: a critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 566–576.
13. Wojnar M, Ślufarska A, Jakubczyk A (2006) Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 1: Definicje i modele. *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 4, 379–394.
14. Shiffman S (1987) Maintenance and relapse: coping with temptation. W: Nirenberg TD, Maisto SA (red.) *Developments in the Assessment and Treatment of Addictive Behaviors*. Norwood, NJ: Ablex, 353–385.
15. Shiffman S (1989) Conceptual issues in the study of relapse. W: Gossop M (red.) *Relapse and Addictive Behaviour*. London: Routledge, 149–179.
16. Donovan DM (1996) Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 91 Supplement, S29–36.
17. Marlatt GA, Gordon JR (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
18. Saunders B, Allsop S (1987) Relapse: a psychological perspective. *British Journal of Addiction*, 82, 417–429.
19. Saunders B, Allsop S (1989) Relapse: a critique. W: Gossop M (red.) *Relapse and Addictive Behaviour*. London: Routledge, 249–277.
20. Vaillant GE (1996) A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 53, 243–249.
21. Connors GJ, Maisto SA, Donovan DM (1996) Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 Supplement, S5–13.
22. Connors GJ, Maisto SA, Zywiak WH (1996) Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91 Supplement, S173–189.
23. Miller WR, Leckman AL, Delaney HD, Tinkcom M (1992) Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249–261.
24. Miller WR, Westerberg VS, Harris RJ, Tonigan JS (1996) What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91 Supplement, S155–172.
25. Schneider KM, Kviz FJ, Isola ML, Filstead WJ (1995) Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 20, 1–21.
26. Timko C, Moos RH, Finney JW, Connell EG (2002) Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction*, 97, 877–889.
27. Ballesteros J, Gonzalez-Pinto A, Querejeta I, Arino J (2004) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 103–108.
28. Moos RH, Moos BS (2003) Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction*, 98, 325–337.
29. Alford GS (1980) Alcoholics Anonymous: an empirical outcome study. *Addictive Behaviors*, 5, 359–370.
30. Sanchez-Craig M, Spivak K, Davila R (1991) Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: replication and report of therapist effects. *British Journal of Addiction*, 86, 867–876.
31. Ojehagen A, Berglund M, Moberg AL (1994) A 6-year follow-up of alcoholics after long-term outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 720–725.
32. Project M (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.
33. McKay JR, Lynch KG, Pettinati HM, Shepard DS (2003) An examination of potential sex and race effects in a study of continuing care for alcohol- and cocaine-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1321–1323.
34. Rubin A, Stout RL, Longabaugh R (1996) Gender differences in relapse situations. *Addiction*, 91 Supplement, S111–120.
35. Walton MA, Blow FC, Bingham CR, Chermack ST (2003) Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 627–642.

36. Bottlender M, Soyka M (2005) Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 83–89.
37. Bottlender M, Soyka M (2005) Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research*, 11, 132–137.
38. Jarvis TJ (1992) Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction*, 87, 1249–1261.
39. Polich JM, Armore DJ, Braiker HB (1981) Stability and change in drinking patterns. W: *The course of alcoholism: Four years after treatment*. New York: John Wiley & Sons, 159–200.
40. Polich JM, Armor DJ, Braiker HB (1981) *The Course of Alcoholism: Four Years after Treatment*. New York: Wiley & Sons.
41. Yates WR, Booth BM, Reed DA, Brown K, Masterson BJ (1993) Descriptive and predictive validity of a high-risk alcoholism relapse model. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 645–651.
42. Turkcapar H, Kose S, Ince A, Myrick H (2005) Beliefs as a predictor of relapse in alcohol-dependent Turkish men. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 848–851.
43. Junghanns K, Backhaus J, Tietz U, Lange W, Rink L, Wetterling T, Driessen M (2005) The consumption of cigarettes, coffee and sweets in detoxified alcoholics and its association with relapse and a family history of alcoholism. *European Psychiatry*, 20, 451–455.
44. Booth BM, Blow FC, Cook CA, Bunn JY, Fortney JC (1992) Age and ethnicity among hospitalized alcoholics: a nationwide study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 1029–1034.
45. Cohen M, Woerner M (1976) Variables related to length of stay in day programs for drug abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 3, 303–313.
46. Dale RT, Dale FR (1973) The use of methadone in a representative group of heroin addicts. *International Journal of the Addictions*, 8, 293–308.
47. Gorsuch RL, Butler MC (1976) Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin*, 83, 120–137.
48. McCaul ME, Svikis DS, Moore RD (2001) Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 9–17.
49. Rosenheck R, Seibyl CL (1998) Participation and outcome in a residential treatment and work therapy program for addictive disorders: the effects of race. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1029–1034.
50. Sansone J (1980) Retention patterns in a therapeutic community for the treatment of drug abuse. *International Journal of the Addictions*, 15, 711–736.
51. Stack K, Cortina J, Samples C, Zapata M, Arcand LF (2000) Race, age, and back pain as factors in completion of residential substance abuse treatment by veterans. *Psychiatric Services*, 51, 1157–1161.
52. Brower KJ, Carey TL (2003) Racially related health disparities and alcoholism treatment outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1365–1367.
53. Havassy BE, Hall SM, Wasserman DA (1991) Social support and relapse: commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235–246.
54. O’Sullivan K, Rynne C, Miller J, O’Sullivan S, Fitzpatrick V, Hux M, Cooney J, Clare A (1988) A follow-up study on alcoholics with and without co-existing affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 152, 813–819.
55. Humphreys K, Moos RH, Cohen C (1997) Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 231–238.
56. Miller NS, Ninonuevo F, Hoffmann NG, Astrachan BM (1999) Prediction of treatment outcomes: lifetime depression versus the continuum of care. *American Journal on Addictions*, 8, 243–253.
57. Staines G, Magura S, Rosenblum A, Fong C, Kosanke N, Foote J, Deluca A (2003) Predictors of drinking outcomes among alcoholics. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 203–218.
58. Janowsky DS, Boone A, Morter S, Howe L (1999) Personality and alcohol/substance-use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 359–369.

59. McKay JR, Foltz C, Stephens RC, Leahy PJ, Crowley EM, Kissin W (2005) Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28 Supplement 1, S73–82.
60. Bottlender M, Soyka M (2005) Catamnestic study on the efficacy of an intensive outpatient treatment programme for alcohol-dependent patients: impact of participation in AA on the abstinence rates. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, 150–155.
61. Montgomery HA, Miller WR, Tonigan JS (1995) Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 241–246.
62. Pelc I, Ansoms C, Leheret P, Fischer F, Fuchs WJ, Landron F, Pires Preto AJ, Morgan MY (2002) The European NEAT program: an integrated approach using acamprosate and psychosocial support for the prevention of relapse in alcohol-dependent patients with a statistical modeling of therapy success prediction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 1529–1538.
63. Moberg DP, Krause WK, Klein PE (1982) Posttreatment drinking behavior among inpatients from an industrial alcoholism program. *International Journal of the Addictions*, 17, 549–567.
64. Smith JW, Frawley PJ (1993) Treatment outcome of 600 chemically dependent patients treated in a multimodal inpatient program including aversion therapy and pentothal interviews. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 359–369.
65. Brown SA, Vik PW, Patterson TL, Grant I, Schuckit MA (1995) Stress, vulnerability and adult alcohol relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 538–545.
66. Curran GM, Booth BM (1999) Longitudinal changes in predictor profiles of abstinence from alcohol use among male veterans. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 141–143.
67. Elal-Lawrence G, Slade PD, Dewey ME (1986) Predictors of outcome type in treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 41–47.
68. Temple MT, Fillmore KM, Hartka E, Johnstone B, Leino EV, Motoyoshi M (1991) A meta-analysis of change in marital and employment status as predictors of alcohol consumption on a typical occasion. *British Journal of Addiction*, 86, 1269–1281.
69. Brady KT, Sonne SC (1999) The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Research & Health*, 23, 263–271.
70. Noone M, Dua J, Markham R (1999) Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. *Addictive Behaviors*, 24, 687–693.
71. Graham K, Gillis K (1999) The relationship between psychosocial well-being and alcohol and drug use following substance misuse treatment. *Substance Use and Misuse*, 34, 1199–1222.
72. Hall SM, Havassy BE, Wasserman DA (1990) Commitment to abstinence and acute stress in relapse to alcohol, opiates, and nicotine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 175–181.
73. Litt MD, Cooney NL, Morse P (2000) Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics. *Addiction*, 95, 889–900.
74. Stout RL, Longabaugh R, Rubin A (1996) Predictive validity of Marlatt's relapse taxonomy versus a more general relapse code. *Addiction*, 91 Supplement, S99–110.
75. Walton MA, Reischl TM, Ramanathan CS (1995) Social settings and addiction relapse. *Journal of Substance Abuse*, 7, 223–233.
76. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS (1993) *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.
77. Vielva I, Iraurgi I (2001) Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*, 96, 297–303.
78. Walton MA, Castro FG, Barrington EH (1994) The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 19, 319–331.
79. Burtscheidt W, Wolwer W, Schwarz R, Strauss W, Gaebel W (2002) Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 227–232.

80. Burtcheidt W, Wolwer W, Schwarz R, Strauss W, Loll A, Luthcke H, Redner C, Gaebel W (2001) Out-patient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 24–29.
81. Moos RH, Moos BS (2006) Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101, 212–222.
82. Janowsky DS, Fawcett J, Meszaros K, Verheul R (2001) Core heritable personality characteristics and relapse in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 94S–98S.
83. Tarnai J, Young FA (1983) Alcoholics' personalities: extravert or introvert? *Psychological Reports*, 53, 123–127.
84. Digman JM (1990) Personality Structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417–440.
85. John OP (1990) The „big five” factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. W: Pervin LA (red.) *Handbook of Personality Theory and Research*. New York: Guilford Press, 66–100.
86. Fisher LA, Elias JW, Ritz K (1998) Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1041–1047.
87. Bottlender M, Soyka M (2005) Impact of different personality dimensions (NEO Five-Factor Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 months after treatment. *Psychiatry Research*, 136, 61–67.
88. Sellman JD, Mulder RT, Sullivan PF, Joyce PR (1997) Low persistence predicts relapse in alcohol dependence following treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 257–263.
89. Cannon DS, Keefe CK, Clark LA (1997) Persistence predicts latency to relapse following inpatient treatment for alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 22, 535–543.
90. Willinger U, Lenzinger E, Hornik K, Fischer G, Schonbeck G, Aschauer HN, Meszaros K (2002) Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 609–612.
91. Meszaros K, Lenzinger E, Hornik K, Fureder T, Willinger U, Fischer G, Schonbeck G, Aschauer HN (1999) The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of relapse in detoxified alcohol dependents. The European Fluvoxamine in Alcoholism Study Group. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 483–486.
92. Kravitz HM, Fawcett J, McGuire M, Kravitz GS, Whitney M (1999) Treatment attrition among alcohol-dependent men: is it related to novelty seeking personality traits? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 51–56.
93. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC (2001) Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783–1793.
94. APA (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
95. Miller WR, Brown JM (1991) Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. W: Heather N, Miller WR, Greeley J (red.) *Self-control and the Addictive Behaviours*. Sydney: Pergamon Press, 3–79.
96. Bowden-Jones H, McPhillips M, Rogers R, Hutton S, Joyce E (2005) Risk-taking on tests sensitive to ventromedial prefrontal cortex dysfunction predicts early relapse in alcohol dependency: a pilot study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, 417–420.
97. Lesch KP, Merschdorf U (2000) Impulsivity, aggression, and serotonin: a molecular psychobiological perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 581–604.
98. Heinz A, Mann K, Weinberger DR, Goldman D (2001) Serotonergic dysfunction, negative mood states, and response to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 487–495.
99. Winstanley CA, Eagle DM, Robbins TW (2006) Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies. *Clinical Psychology Review*, 26, 379–395.

100. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG (2005) Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1680–1687.
101. Deakin JF (2003) Depression and antisocial personality disorder: two contrasting disorders of 5HT function. *Journal of Neural Transmission*. Suppl., 79–93.
102. Magill CA (2004) The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 551–556.
103. Galen LW, Brower KJ, Gillespie BW, Zucker RA (2000) Sociopathy, gender, and treatment outcome among outpatient substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 23–33.
104. Wilens TE, Biederman J, Mick E (1998) Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *American Journal on Addictions*, 7, 156–163.
105. Weiss RD (2004) Treating patients with bipolar disorder and substance dependence: lessons learned. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 307–312.
106. Cloninger CR (1987) Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410–416.
107. Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS, Rounsaville B (1992) Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599–608.
108. Bjork JM, Hommer DW, Grant SJ, Danube C (2004) Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: relation to control subjects and type 1-/type 2-like traits. *Alcohol*, 34, 133–150.
109. Cox WM, Hogan LM, Kristian MR, Race JH (2002) Alcohol attentional bias as a predictor of alcohol abusers' treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 237–243.
110. Tapert SF, Brown SA, Myers MG, Granholm E (1999) The role of neurocognitive abilities in coping with adolescent relapse to alcohol and drug use. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 500–508.
111. Tapert SF, Ozyurt SS, Myers MG, Brown SA (2004) Neurocognitive ability in adults coping with alcohol and drug relapse temptations. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 445–460.
112. Wehr A, Bauer LO (1999) Verbal ability predicts abstinence from drugs and alcohol in a residential treatment population. *Psychological Reports*, 84, 1354–1360.
113. Schuckit MA (1985) The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1043–1049.
114. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE (1987) Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44, 505–513.
115. Myers MG, Brown SA, Mott MA (1995) Preadolescent conduct disorder behaviors predict relapse and progression of addiction for adolescent alcohol and drug abusers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 1528–1536.
116. Nunes EV, Deliyannides D, Donovan S, McGrath PJ (1996) The management of treatment resistance in depressed patients with substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 311–327.
117. Kranzler HR, Del Boca FK, Rounsaville BJ (1996) Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 619–626.
118. Tomasson K, Vaglum P (1997) The 2-year course following detoxification treatment of substance abuse: the possible influence of psychiatric comorbidity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 320–327.
119. Tomasson K, Vaglum P (1998) Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: a prospective study of a nationwide representative sample. *Addiction*, 93, 423–431.
120. Tomasson K, Vaglum P (1998) The role of psychiatric comorbidity in the prediction of readmission for detoxification. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 129–136.

121. Moggi F, Ouimette PC, Finney JW, Moos RH (1999) Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 856–866.
122. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA (1983) Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620–625.
123. McKay JR, Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, McLellan AT (1999) The relationship of alcohol use to cocaine relapse in cocaine dependent patients in an aftercare study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 176–180.
124. Finney JW, Moos RH (1992) The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 142–153.
125. Schmidt LG, Dettling M, Graef KJ, Heinz A, Kuhn S, Podschus J, Rommelspacher H (1996) Reduced dopaminergic function in alcoholics is related to severe dependence. *Biological Psychiatry*, 39, 193–198.
126. Haver B, Dahlgren L, Willander A (2001) A 2-year follow-up of 120 Swedish female alcoholics treated early in their drinking career: prediction of drinking outcome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 1586–1593.
127. Malcolm R, Herron JE, Anton RF, Roberts J, Moore J (2000) Recurrent detoxification may elevate alcohol craving as measured by the Obsessive Compulsive Drinking scale. *Alcohol*, 20, 181–185.
128. Duka T, Gentry J, Malcolm R, Ripley TL, Borlikova G, Stephens DN, Veatch LM, Becker HC, Crews FT (2004) Consequences of multiple withdrawals from alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 233–246.
129. Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K (2001) The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 249–255.
130. Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, Michael J (1998) The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 259–265.
131. Hesselbrock MN (1991) Gender comparison of antisocial personality disorder and depression in alcoholism. *Journal of Substance Abuse*, 3, 205–219.
132. Verheul R, van den Brink W, Hartgers C (1998) Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*, 23, 869–882.
133. Glenn SW, Parsons OA (1991) Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 26, 237–254.
134. Strowig AB (2000) Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction: the prominence of depressed mood. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 469–474.
135. Hartka E, Johnstone B, Leino EV, Motoyoshi M, Temple MT, Fillmore KM (1991) A meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time. *British Journal of Addiction*, 86, 1283–1298.
136. Kulka Z, Świątkiewicz G, Zieliński A (1998) Psychiczne i somatyczne predyktory nawrotów picia alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 3 (32), 321–329.
137. Curran GM, Flynn HA, Kirchner J, Booth BM (2000) Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 259–265.
138. Snow D, Anderson C (2000) Exploring the factors influencing relapse and recovery among drug and alcohol addicted women. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38, 8–19.
139. Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S, Endicott J (2002) Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 375–380.
140. Miller NS, Hoffmann NG, Ninonuevo F, Astrachan BM (1997) Lifetime diagnosis of major depression as a multivariate predictor of treatment outcome for inpatients with substance use disorders from abstinence-based programs. *Annals of Clinical Psychiatry*, 9, 127–137.

141. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313–321.
142. Ouimette PC, Gima K, Moos RH, Finney JW (1999) A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 552–557.
143. Sellman JD, Joyce PR (1996) Does depression predict relapse in the 6 months following treatment for men with alcohol dependence? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 573–578.
144. Heinz A, Dufeu P, Kuhn S, Dettling M, Graf K, Kurten I, Rommelspacher H, Schmidt LG (1996) Psychopathological and behavioral correlates of dopaminergic sensitivity in alcohol-dependent patients. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1123–1128.
145. Clark DC, Gibbons RD, Haviland MG, Hendryx MS (1993) Assessing the severity of depressive states in recently detoxified alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 107–114.
146. Schuckit MA (1986) Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 140–147.
147. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL (1997) Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 154, 948–957.
148. Hasin DS, Grant BF (2002) Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 794–800.
149. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GR, Dasher AC, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Nurnberger JIJ (2002) A comparison of alcohol-induced and independent depression in alcoholics with histories of suicide attempts. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 498–502.
150. Brown SA, Schuckit MA (1988) Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 412–417.
151. Brown SA, Inaba RK, Gillin JC, Schuckit MA, Stewart MA, Irwin MR (1995) Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 152, 45–52.
152. Schuckit MA, Monteiro MG (1988) Alcoholism, anxiety and depression. *British Journal of Addiction*, 83, 1373–1380.
153. Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ (1985) Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050–1055.
154. Herz LR, Volicer L, D'Angelo N, Gadish D (1990) Additional psychiatric illness by Diagnostic Interview Schedule in male alcoholics. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 72–79.
155. Ross HE, Glaser FB, Germanson T (1988) The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023–1031.
156. Schuckit MA, Irwin M, Brown SA (1990) The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 34–41.
157. Allan CA, Smith I, Mellin M (2002) Changes in psychological symptoms during ambulant detoxification. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 241–244.
158. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C (2000) The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149–171.
159. Quitkin FM, Rifkin A, Kaplan J, Klein DF (1972) Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction. A treatable form of drug abuse. *Archives of General Psychiatry*, 27, 159–162.
160. Brady KT, Lydiard RB (1993) The association of alcoholism and anxiety. *The Psychiatric Quarterly*, 64, 135–149.
161. Breese GR, Overstreet DH, Knapp DJ (2005) Conceptual framework for the etiology of alcoholism: a „kindling”/stress hypothesis. *Psychopharmacology*, 178, 367–380.

162. Ballenger JC, Post RM (1978) Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 133, 1–14.
163. Brown ME, Anton RF, Malcolm R, Ballenger JC (1988) Alcohol detoxification and withdrawal seizures: clinical support for a kindling hypothesis. *Biological Psychiatry*, 23, 507–514.
164. Becker HC, Hale RL (1993) Repeated episodes of ethanol withdrawal potentiate the severity of subsequent withdrawal seizures: an animal model of alcohol withdrawal „kindling”. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 94–98.
165. Duka T, Townshend JM, Collier K, Stephens DN (2002) Kindling of withdrawal: a study of craving and anxiety after multiple detoxifications in alcoholic inpatients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 785–795.
166. George DT, Nutt DJ, Dwyer BA, Linnoila M (1990) Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 97–107.
167. Lepola U (1994) Alcohol and depression in panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377 Suppl., 33–35.
168. Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville BJ (2000) Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 101–110.
169. Verheul R, van den Brink W, Koeter MW, Hartgers C (1999) Antisocial alcoholic patients show as much improvement at 14-month follow-up as non-antisocial alcoholic patients. *American Journal on Addictions*, 8, 24–33.
170. Zucker RA, Gomberg ESL (1994) Alcoholism and comorbidity in women: A note on a hot spot and some hypotheses. *Praca niepublikowana*, otrzymano od autora.
171. Goldstein RB, Powers SI, McCusker J, Mundt KA, Lewis BF, Bigelow C (1996) Gender differences in manifestations of antisocial personality disorder among residential drug abuse treatment clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 35–45.
172. Lewis CE, Bucholz KK (1991) Alcoholism, antisocial behavior and family history. *British Journal of Addiction*, 86, 177–194.

Adres do korespondencji

Marcin Wojnar

Katedra i Klinika Psychiatryczna AM

ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa

tel. (mobile) 0-600 822 669

e-mail: marcin@psych.waw.pl

otrzymano: 5.11.06

przyjęto do druku: 11.12.06