

**POGLĄDY TERAPEUTÓW I PACJENTÓW NA TEMAT STOSOWANIA
W LECZNICTWIE ODWYKOWYM BIOLOGICZNYCH MARKERÓW
UŻYWANIA ALKOHOLU**

Wstęp

Zmiany zachodzące w organizmie pod wpływem alkoholu utrzymują się dłużej niż jego obecność w płynach ustrojowych. Może to być wykorzystane do wykrycia nadużycia alkoholu przy pomocy prostych badań laboratoryjnych. Dziedzina ta rozwinęła się bardzo w ostatnich latach (1), (2).

Do tego rodzaju testów należą między innymi: oznaczanie aktywności GGT (γ -glutamylotransferazy) (3); oznaczanie poziomu cholesterolu HDL (lipoprotein wysokiej gęstości) (4,5); oznaczanie zmodyfikowanej transferyny (6,7) i wiele innych metod.

Stosowanie badań laboratoryjnych dostarczyć może terapeutom obiektywnej informacji na temat spożywania alkoholu przez pacjentów. Dotyczy to zarówno osób leczonych stacjonarnie jak i ambulatoryjnie. Możliwość łatwego wykrycia spożywania alkoholu w okresie leczenia może z kolei mobilizować pacjentów do zachowywania abstynencji.

Poglądy na powyższy temat są rozbieżne. Pomimo niewątpliwej korzyści jaką daje terapeutom obiektywizacja danych niektórzy z nich uważają kontrolę za rzecz niezgodną z nowoczesnym podejściem do terapii uzależnień. Nie jest również jednolity ani wśród terapeutów ani wśród leczonych pogląd czy możliwość kontroli wpływa korzystnie na pacjenta pomagając mu w utrzymaniu abstynencji.

Celem pracy była próba poznania opinii terapeutów i pacjentów na temat stosowania w leczeniu odwykowym badań laboratoryjnych umożliwiających wykrycie niedawnego spożywania alkoholu.

Materiał i metody

Materiał stanowiły opinie 260 osób z terenu całej Polski. Grupę I-terapeutów (T) stanowiło 119 osób zajmujących się profesjonalnie leczeniem uzależnionych od alkoholu w stacjonarnych i ambulatoryjnych zakładach leczenia odwykowego i psychiatrycznego. W grupie II-pacjentów (P) znalazło się 141 osób uzależnionych od alkoholu.

Zadaniem respondentów było anonimowe wypełnienie przygotowanych kwestionariuszy zawierających trzy kategorie odpowiedzi określających i uzasadniających stosunek respondenta do stosowania testów: (A- odpowiedź pozytywna "tak"; B-odpowiedź pośrednia "tak, ale"; C-odpowiedź negatywna "nie").

Do statystycznego opracowania uzyskanych informacji zastosowano test chi-kwadrat oraz test Manna-Whitney'a.

Wyniki i omówienie

Tabela 1. przedstawia dane dotyczące płci i wieku respondentów. Średni wiek ankietowanych terapeutów był wyższy niż pacjentów. Występowała również wyraźna różnica między odsetkiem mężczyzn i kobiet w obydwu grupach. Obie różnice były statystycznie istotne.

W grupie terapeutów przeważały osoby o stażu pracy powyżej 5 lat. Była wśród nich przewaga osób z wyższym wykształceniem.

Pośród respondentów-pacjentów 76,8% osób było hospitalizowanych po raz pierwszy lub drugi. 60,8% stanowili pacjenci, którzy z leczeniem odwykowym zetknęli się po raz pierwszy w okresie ostatnich 5 lat.

Tabela 2 przedstawia ilości odpowiedzi A, B i C w obu grupach. Większość terapeutów zadeklarowała negatywny stosunek do wykonywania testów. Wśród pacjentów przeważały odpowiedzi pozytywne. Różnica między grupami była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Częstość poszczególnych odpowiedzi w grupie T nie zależała od wieku, płci ani wykształcenia. Stwierdzono natomiast, że w istotnym stopniu ($p < 0,05$) częściej pozytywny stosunek do wykonywania badań deklarowany był przez osoby o dłuższym stażu pracy.

W odpowiedziach negatywnych w obu grupach przeważały opinie o możliwości niekorzystnego wpływu stosowania testów na kontakt terapeutyczny. "Pacjenci nie znoszą gdy nie ma się do nich ani trochę zaufania" (terapeuta); "Wprowadza do relacji terapeutycznej element nacisku i niewiary szkodzący zaufaniu" (terapeuta); "Czułbym się źle wiedząc, że mi od początku nie ufają" (pacjent); "Większość ludzi jest tutaj dobrowolnie i stosowanie tych badań by wytworzyło pewną barierę" (pacjent).

Terapeuci częściej niż pacjenci oceniali wykonywanie badań jako formę przemocy. "Wkracza brutalnie w sferę wolności i godności pacjenta" (terapeuta); "Jest to kontrola i wejście w życie osobiste człowieka" (pacjent).

Wśród odpowiedzi negatywnych często powtarzano pogląd, że o efekcie leczenia decyduje mobilizacja i motywacja wewnętrzna a nie zewnętrzna kontrola. Niepokojące, choć niezbyt liczne (wypowiedziało je czterech terapeutów) były głosy przestrzegające przed wystąpieniem zjawiska przekory i chęci oszukania.

Wśród odpowiedzi pozytywnych w obu grupach zwracano w równym stopniu uwagę na wynikające ze stosowania testów korzyści dla leczących: "Zespół terapeutyczny jest wtedy lepiej zorientowany czy jego praca ma pożądaną efekt" (terapeuta); "Kontrola ta jest bardzo potrzebna dla zespołu terapeutycznego. Większe szanse do podjęcia odpowiednich kroków oddziaływania terapeutycznego, lepsze efekty pracy" (terapeuta); "Terapeuta ma możliwość skorygować leczenie" (pacjent); "Pozwala wyeliminować pozorantów" (pacjent); - jak i dla leczonych: "Pozwala to wykazać klientowi istotę jego zakłamania" (terapeuta); "Podkreśla znaczenie abstynencji dla przebiegu leczenia, zachęca do gry w otwarte karty" (terapeuta); "Dla wielu byłoby to dodatkowym szlabanem przed podniesieniem pierwszego kieliszka" (pacjent); "Pozbawia możliwości prób kłamstwa, wykrętów i innych alkoholowych manipulacji" (pacjent); "Pacjent zdaje sobie sprawę z bezsensowności oszukiwania terapeutów a tym samym siebie, nie szuka furtek np.: piwo to nie alkohol itp." (pacjent).

Jeden z ankietowanych pacjentów popiera wykonywanie badań, ponieważ chce mieć możliwość wykazania, że przestrzega abstynencji.

Pośród 40 odpowiedzi, które zaliczono do pośrednich (8-tak, ale) spotykano zdanie, że warunkiem wykonywania badań laboratoryjnych powinno być wyrażenie na nie zgody przez pacjenta. Pogląd taki wyraziło 12 terapeutów i 2 pacjentów.

Część ankietowanych pomimo ogólnie negatywnego stosunku do wykonywania badań laboratoryjnych dostrzegała jednak wynikające z ich stosowania korzyści. Najczęściej zwracano uwagę na znaczenie obiektywizacji stanu pacjenta oraz na efekt końcowy

jakim niezależnie od różnych zastrzeżeń jest zahamowanie nawrotu picia. Na to bardzo ważne z praktycznego punktu widzenia pytanie: Czy wykonywanie testów mobilizuje pacjentów do przestrzegania abstynencji odpowiedziało pozytywnie ogółem 46 terapeutów co stanowi 41% tej grupy i 89 czyli 63% pacjentów. W tym około 4% osób z obu grup uważało, że mobilizacja na zasadzie strachu wprawdzie działa ale nie odgrywa w ostatecznym rezultacie pozytywnej roli. Jeden z terapeutów (mężczyzna, 49 lat, wykształcenie wyższe, 25 lat pracy w lecznictwie odwykowym) twierdzi jednak: "Wszystko co może pomóc choć części przypadków jest działaniem pozytywnym". Jeden z pacjentów konkluduje: "Najbardziej istotne moim zdaniem jest podanie samej informacji o możliwości zastosowania takiego badania".

Fakt, że pacjenci istotnie częściej niż terapeuci wypowiedzieli się pozytywnie w sprawie wykonywania testów kontrolujących przestrzeganie abstynencji jest dość zastanawiający. Istnieje możliwość, że wiąże się to z charakterystycznym dla medycznego modelu terapii przyzwyczajaniem do przerzucania odpowiedzialności za przebieg leczenia na osobę leczącą. Pacjenci mogą mieć poza tym większą niż terapeuci świadomość potrzeby stosowania względem nich różnego rodzaju czynników hamujących, nie tylko takich, które wynikają z wewnętrznej mobilizacji.

Oto parę przykładów wypowiedzi na powyższy temat.

Mężczyzna, 32 lata, pierwszy kontakt z lecznictwem odwykowym przed rokiem: "Uważam, że zastosowanie tej metody w stosunku do mnie przyspieszyłoby o rok podjęcie abstynencji. Pytanie: czy ten test nie odstraszy chętnych do leczenia, którzy mają nadzieję popijać i uczęszczać na leczenie? Odpowiedź: Nie, gdyż są tylko dwa wyjścia: leczenie lub śmierć".

Kobieta, 38 lat, pierwszy kontakt z lecznictwem odwykowym przed 4 laty: "Pacjent musi być szczerzy skoro chce się leczyć, zaś już leczony, z obawy przed wykryciem kłamstwa, zastanowi się nad ryzykiem wypicia. O ile naturalnie naprawdę zależy mu na trzeźwości, obaleniu dotychczasowych sposobów myślenia i działania. Rzucenie prawdy w oczy (udowodnionej) wstrząśnie pacjentem na tyle silnie, że da oczekiwane efekty - rozbije mur zakłamania, ułatwi obejrzenie siebie i swoich zachowań w prawdziwym świetle".

Mężczyzna, 35 lat, pierwszy kontakt z leczeniem odwykowym przed 10 laty (27 pobyków na leczeniu odwykowym): "Z jednej strony godzi jakby w wolność pacjenta, z drugiej określa jaśniej stanowisko jego dobrowolności, szczerzej chęci poddawania się leczeniu. Chcę dodać, że w początkach mojego leczenia myślenie moje było wręcz odwrotne".

Istnieje jeszcze inny aspekt zagadnienia. Wykonywanie badań i podawanie ich wyniku pacjentom uświadamia im, że picie powoduje wystąpienie w ich organizmie zmian, które mogą być wskaźnikiem szkodliwego wpływu alkoholu na stan ich zdrowia. Przykładem pozytywnego działania takiego bodźca są metody stosowane w Małmo w Szwecji. Wykazano, że informowanie nadużywających alkohol o wynikach testu GGT wpływało hamująco na ich picie (8). Jeden z ankietowanych przez nas pacjentów streścił to następująco: "Odnalezienie innych składników we krwi, negatywnych, mobilizuje do przestrzegania abstynencji".

W ocenie niniejszej pracy należy wziąć pod uwagę fakt, że liczebność badanych grup była niewielka, grupy niejednorodne a dobór respondentów w większości ograniczony do osób kontaktujących się z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w celach szkoleniowych bądź terapeutycznych. Wydaje się jednak, że można już obecnie wyciągnąć wstępne wnioski na temat poglądów dotyczących stosowania w leczeniu odwykowym biologicznych markerów używania alkoholu.

Wnioski

Zarówno wśród terapeutów jak i wśród pacjentów znajdują się osoby zdecydowanie przeciwne i zdecydowanie popierające korzystanie z badań laboratoryjnych w przebiegu leczenia pacjentów uzależnionych od alkoholu.

Wśród wypowiedzi negatywnych formułowano często obawę przed pogorszeniem kontaktu terapeutycznego oraz istotne znaczenie wewnętrznej a nie pochodzącej z zewnątrz - mobilizacji do utrzymywania abstynencji.

W wypowiedziach popierających podkreślano celowość zapewnienia zespołowi terapeutycznemu obiektywnych informacji o pacjencie oraz korzystny wpływ badań na przestrzeganie abstynencji i zapobieganie tym samym nawrotom picia.

Pacjenci deklarowali istotnie częściej niż terapeuci pozytywny stosunek do wykonywania testów. Wśród terapeutów pozytywną opinię wyrażały częściej osoby o dłuższym stażu pracy w lecznictwie odwykowym.

Tabela 1

Dane dotyczące respondentów

GRUPA	n	%	WIEK	
			l	a
T (terapeuci)	119			
M	44	37	41,4	9,3
K	75	63	36,6	8,9
P (pacjenci)	141			
M	111	80,4	35,6	8,6
K	30	19,6	36,2	9,7

Tabela 2

Zestawienie odpowiedzi ankietowanych osób

ODPOWIEDZ	A		B		C	
	pozytywna		częściowo pozytywna		negatywna	
	n	%	n	%	n	%
GRUPA						
T	25	21,2	21	17,8	72	61,0
P	68	49,8	19	13,7	50	36,5

W pięciu przypadkach niemożliwa była jednoznaczna interpretacja odpowiedzi.

THERAPISTS AND PATIENTS' OPINIONS ON APPLICATION OF BIOLOGICAL MARKERS FOR ALCOHOL USE IN ALCOHOLISM TREATMENT CENTERS

SUMMARY

An attempt was made to survey opinions of therapists (N = 119) and patients (N = 141) concerning the use of simple laboratory tests for detection of a recent alcohol consumption. In both groups under study respondents definitely against, as well as those definitely for such tests were found. The former frequently expressed their apprehension that the tests might adversely affect therapeutic relationship, besides, they emphasized inefficacy of external control of and external motivation to abstinence. Supporters of biological markers pointed out the need for availability of objective data about the patient as well as the favorable effect of the tests on maintenance of abstinence. Patients, as compared to therapists, significantly more often declared their positive attitude towards the tests. Among therapists positive opinions about the tests were expressed more often by those longer involved in the treatment of alcoholism.

PIŚMIENICTWO

1. Salaspuro M.: Conventional and coming laboratory markers of alcoholism and heavy drinking. *Alcoholism: Clin. Exp. Res.* 1986, 10, 55-125;
2. Wehr H.: Biologiczne wskaźniki nadużywania alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* jesień 1989, 55-69;
3. Rosalki S.B., Ran P.: *Clin. Chim. Acta* 1972, 39, 41-47; Orrego i *Alcoholism: Clin. Exp. Res.* 1980;
4. Barboriak J.J., Jacobson G.R., Cushman P., Herrington R.E., Lipo R.F., Daley N.E., Anderson A.J.: Chronic alcohol abuse and high density lipoprotein cholesterol. *Alcoholism: Clin. Exp. Res.* 1984, 345-349;
5. Wehr H., Woroniewicz B.: Zastosowanie oznaczania cholesterolu lipoprotein wysokiej gęstości (HDL) w leczeniu odwykowym. *Psych. Polska* 1986, 20, 27-32;
6. Stibler H., Borg S.: Evidence of a reduced sialic acid content in serum transferrin in male alcoholics. *Alcoholism: Clin. Exp. Res.* 1981, 5, 545-549;
7. Behrens U.J., Worner T.M., Lieber C.S.: Changes in carbohydrate-deficient transferrin levels after alcohol withdrawal. *Alcoholism: Clin. Exp. Res.* 1988, 12, 539-544;
8. Kristenson H.: Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers. *Rec. Developm. Alcoholism* v.5 (ed.) Galanter M. Plenum 1987 403-423.