

Joanna Hauser, Wanda Szczepańska,
Włodzimierz Strzyżewski

KOMPLEKSOWA OCENA CZYNNIKÓW KLINICZNYCH PSYCHOSPOŁECZNYCH ORAZ DYNAMIKI PRZEBIEGU CHOROBY ALKOHOLOWEJ. OBRAZ KLINICZNY I PRZEBIEG ZASPOŁU ZALEŻNOŚCI ALKOHOLOWEJ (ZZA)

1. Wstęp

Celem podjętych badań¹ była próba analizy porównawczej obrazu klinicznego pacjentów z zespołem zależności alkoholowej w podgrupach:

- 1/ obciążonych/nieobciążonych uzależnieniem alkoholowym,
- 2/ z wczesnym i późnym początkiem uzależnienia,
- 3/ z większym i mniejszym stopniem uzależnienia. Wielu autorów wskazuje, że uzależnieni obciążeni ZZA i z wczesnym początkiem uzależnienia charakteryzują się szczególnie ciężkim przebiegiem klinicznym w porównaniu z grupą nieobciążonych i z późnym początkiem ZZA. (1, 9, 1, 10).

2. Materiał i metodyka badań.

Badaniami objęto 82 osoby z rozpoznaniem zespołu zależności alkoholowej w wieku 27-53 lat (średnio 38,4). Rozpoznanie kliniczne zespołu zależności alkoholowej (ZZA) oparte o kryteria DSM III (2) zostało potwierdzone u wszystkich badanych wynikami skali MAST (3) (17-59 punktów - średnio 44). 42 % badanych pochodziło z rodzin

¹ Badania wykonano w ramach programu CPBR 118 Nr 45, C.32

u3 i więcej dzieci, 12 było jedynakami. 42 % badanych było najstarszym dzieckiem w rodzinie. Stan cywilny pacjentów kształtował się następująco: żonaci i żyjący w konkubinacie - 62 osoby, rozwiedzeni i separowani - 12 osób, kawalerowie - 7 osób i jeden wdowiec. Wykształcenie podstawowe miało 6 badanych, zawodowe - 26, średnie - 24 i wyższe 26 osób. Większość, tj. 82,9 % badanych miało stałą pracę, 4 osoby były na rencie. Obciążenie rodzinne uzależnieniem alkoholowym stwierdzono u 38 pacjentów. Średni wiek początku uzależnienia przypadła na 24,3 rok życia (17-40 rok życia). Czas trwania uzależnienia do momentu badania wahał się od 3 do 35 lat (średnio 13 lat). W toku badań wyodrębniono grupy pacjentów:

1/ z mniejszym stopniem uzależnienia MAST I - (17-42 punktów) (n = 41), z głębszym uzależnieniem MAST II (43-59 punktów) (n = 41).

2/ obciążonych ZZA (n = 38) i nieobciążonych ZZA (n = 44).

3/ z początkiem uzależnienia

a/ przed 20 rokiem życia (n = 26),

b/ między 21-25 rokiem życia (n = 28),

c/ między 26-40 rokiem życia (n = 28).

Badania przeprowadzono po detoksykacji, uzyskane wyniki analizowano w odniesieniu do całej grupy, a następnie w wymienionych podgrupach. Metody statystyczne: w analizie statystycznej uzyskanych wyników badań zastosowano test t dla grup niezależnych.

3. Wyniki i omówienie.

3.1 Przebieg zespołu zależności alkoholowej.

3.1.1 Dotychczasowy przebieg leczenia.

50 % badanych podjęło leczenie ambulatoryjne, 50 % było co najmniej jeden raz w szpitalu psychiatrycznym na detoksykacji po ciągu picia. 55 % pacjentów uczestniczyło co najmniej kilkakrotnie w spotkaniach grup Anonimowych Alkoholików.

3.1.2 Psychozy alkoholowe a głębokość uzależnienia, obciążenie zespołem zależności alkoholowej (ZZA), początek uzależnienia. (n = 82).

W badanej grupie pacjentów, 19 osób w przeszłości hospitalizowanych przeżyło majaczenie drżenne. Nie znaleziono różnic znamien-

Tabela 1

Psychozy alkoholowe a głębokość uzależnienia,
 obciążenie ZZA i początek ZZA
 (n=82)

Podgrupy pacjentów	Psychoza w wywiadzie (n=19)	Brak psychozy w wywiadzie (n=63)
Głębokość uzależnienia		
MAST: 17-43 (n=41)	9	32
MAST: 44-59 (n=41)	10	31
Obciążenie ZZA		
obciążenie (n=38)	8	30
nieobciążeni (n=44)	11	33
Początek ZZA		
do 20r. życia (n=26)	5	21
21-25r. życia (n=28)	9	19
26-40r. życia (n=28)	5	23

nich statystycznie w występowaniu psychoz alkoholowych u pacjentów z wczesnym i późnym początkiem uzależnienia. Obciążenie rodzinne i głębokość uzależnienia nie wiązały się z częstszym występowaniem psychoz. Analizowano także czas trwania choroby poprzedzający wystąpienie psychozy tj. od początku uzależnienia do wystąpienia majaczenia drzennego. U badanych osób uzależnionych majaczenie drzenne występowało średnio po 8,3 latach uzależnienia (od 5 do 10 lat). Czas poprzedzający wystąpienie psychozy był podobny w analizowanych podgrupach pacjentów. Uzyskane wyniki badań nie potwierdzają więc obserwacji autorów wskazujących, że u osób obciążonych ZZA oraz z wczesnym początkiem uzależnienia częściej i wcześniej występują psychozy alkoholowe (9, 19). 3.1.3. Nasilenie objawów abstynencyjnych a głębokość uzależnienia, obciążenie ZZA, początek uzależnienia. (n = 82).

Tabela 2

Nasilenie objawów abstynencyjnych, a głębokość uzależnienia,
 obciążenie ZZA i początek ZZA
 (n = 82)

Podgrupy pacjentów	nieznaczne (n = 7)	średnie (n = 41)	znaczne (n = 34)
Głębokość uzależnienie			
MAST: 17:43 (n = 41)	5	25	11*
MAST: 44-59 (n = 41)	2	16	23*
Obciążenie ZZA			
obciążeni (n = 38)	1	15	22*
nieobciążeni (n = 44)	6	26	12*
Początek ZZA			
do 20r. życia (n = 26)	0	10	16*
21-40r. (n = 28)	4	15	9*
26-40r. życia (n = 28)	3	16	9*

* - $p < 0,05$ (chi²)

Nasilenie objawów abstynencyjnych oceniano na podstawie obserwacji klinicznej oraz wywiadów uzyskanych od pacjentów i członków jego rodziny, i określane jako: nieznaczne, średnie, znaczne.

W badanej grupie uzależnionych stwierdzono znaczne nasilenie objawów abstynencyjnych u 34 osób, średnie u 41 oraz nieznaczne u 7 pacjentów. Wyniki uzyskanych badań wskazują, że u pacjentów z głębszym uzależnieniem, nasilenie objawów abstynencyjnych było częściej znacznie nasilone w porównaniu z badanymi o mniejszym stopniu uzależnienia $p \ll 0,05$. Również w grupach badanych obciążonych ZZA i z wczesnym początkiem uzależnienia częściej obserwowano znaczne nasilenie objawów abstynencyjnych w porównaniu z pacjentami bez obciążenia i z późnym początkiem choroby $p < 0,05$.

Można więc wnioskować, że uzależnieni obciążeni ZZA i z wczesnym początkiem uzależnienia charakteryzują się znacznym nasileniem objawów abstynencyjnych (5).

3.1.4. Sposób picia a głębokość uzależnienia, obciążenie ZZA i początek uzależnienia (n = 82).

Tabela 3

Sposób picia a głębokość uzależnienia,
obciążenie ZZA i początek ZZA
(n=82)

Podgrupy pacjentów	Ciągi			Remisje		
	dni n=47	tyg. n=25	mies. n=10	dni n=18	tyg. n=23	mies. n=41
Głębokość uzależnienia						
MAST: 17-43 (n=41)	26	9	6	5	14	22
MAST: 44-59 (n=41)	21	16	4	13	9	19
Obciążenie ZZA						
obciążeni (n=38)	17	15	6	10	10	18
nieobciążeni (n=44)	30	10	4	8	13	23
Początek ZZA						
do 20r. życia (n=26)	14	8	4	7	6	13
21-25r. życia (n=28)	15	10	3	7	7	14
26-40r. życia (n=28)	18	7	3	4	10	14

Na podstawie analizy danych uzyskanych od pacjenta i członków jego rodziny stwierdzono, że większość badanych miała zwykle kilkudniowe ciągi picia (47 osoby), kilkutygodniowe 25 osób a wielomiesięczne tylko 10 osób.

Czas trwania abstynencji kształtował się następująco: 41 badanych

utrzymywało zwykle wielomiesięczną abstynencję, 23 kilkutygodniową trzeźwość oraz 18 pacjentów piło alkohol prawie codziennie.

Analiza uzyskanych wyników badań wskazuje, że sposób picia tj. długość ciągów i okresy abstynencji nie różniły się w sposób istotny w grupie pacjentów obciążonych i nieobciążonych, z wczesnym i późnym początkiem choroby a także z głębszym i mniejszym stopniem uzależnienia (6, 8, 10).

3.1.5. Głębokość uzależnienia (oceniają przy pomocy MAST) a obciążenie zespołem zależności alkoholowej i początku uzależnienia ($n = 82$).

Nie stwierdzono korelacji między głębokością uzależnienia (wg MAST) a występowaniem obciążenia zespołem zależności alkoholowej i wiekiem początku uzależnienia. Uzyskane wyniki potwierdzają więc poglądy autorów wskazujących, że głębokość uzależnienia alkoholowego jest związana z współdziałaniem bardzo wielu czynników biologicznych i psychospołecznych (6, 8).

3.1.6. Obciążenie rodzinne a początek uzależnienia $n = 82$

Zgodnie z wynikami badań wielu autorów stwierdzono korelację $r = 0,30$ test F - 0,005 między początkiem choroby i występowaniem obciążenia ZZA.

Pacjenci z wczesnym początkiem ZZA (tzn. przed 20 rokiem życia) byli częściej obciążeni aniżeli badani z późniejszym początkiem uzależnienia. (9, 10).

3.2 Psychometryczna ocena stanu klinicznego

Stan kliniczny badanych oceniano w oparciu o następujące skale kliniczne: a/ Skalę Zaburzeń Psychiczych BPRS według Overalla, która określa ogólne nasilenie zaburzeń psychicznych oraz następujące zespoły: depresyjny, maniakałny, paranoidalny, apatyczny i nerwowy (7), b/ skalę depresji Hamiltona (4), c/ Skalę Samooceny Lęku STAI Spilberga, która ocenia lęk X1 - jako "stan" i X2 jako "cecha". (12, 13).

3.2.1. Stan kliniczny pacjentów w okresie po detoksykacji $n = 82$.

U pacjentów z ZZA ocenianych po detoksykacji stwierdzono miernie podwyższone wyniki Skali Zaburzeń Psychiczych BPRS

- Ogólny: 17,35 punktów W badanej grupie alkoholików występowały głównie objawy depresyjne (BPRS - Depresja 6,97 punktów) i nerwicowe (6,59 punktów). Natomiast nasilenie objawów maniakalnych (0,97 pkt.), apatycznych (0,18 pkt.) i paranoidalnych (2,05 pkt.) było nieznaczące.

Tabela 4

Porównanie stanu klinicznego pacjentów
o różnym stopniu uzależnienia (n=82)
(wartości średnie)

Skale kliniczne		MAST: 17-43 (n=41)	MAST: 44-59 (n=41)
BPRS	OG	16,90	17,80
	D	6,73	7,22
	M	0,95	1,00
	P	1,82	2,26
	A	0,95	0,68
	N	6,85	6,63
HDS		16,95	19,31
STAI	x ₁	50,65	53,61
	x ₂	46,75 xx	50,51

BPRS - Skala zaburzeń psychicznych Overalla

Czynniki: OG - ogólne nasilenie zaburzeń psychicznych

D - Zespół depresyjny

M - zespół maniakalny

P - zespół paranoidalny

A - zespół apatyczny

N - zespół nerwicowy

HDS - Skala depresji Hamiltona

STAI - Skala samooceny lęku Spielberga

x₁ - stan, x₂ - cecha

x - p < 0,001 (test t dla grup niezależnych)

W analizowanej grupie pacjentów objawy depresyjne były średnio nasilone (HDS - 18,13), poziom lęku ocenianego jako "stan" XI

(52,13) oraz jako "cecha" X2 (48,63) był także podwyższony. Uzyskane wyniki pozwalają więc wskazać, że u badanych uzależnionych w okresie po detoksykacji występują objawy depresyjne, które są miernie nasilone, ustępują po 6-10 dniach leczenia, nie spełniają więc w pełni kryteriów diagnostycznych zespołu depresyjnego (5).

Tabela 5

Porównanie stanu klinicznego pacjentów
obciążonych i nieobciążonych ZZA (n=82)
(wartości średnie)

skale kliniczne		Obciążeni ZZA (n=38)	Nieobciążeni ZZA (n=44)
BPRS	OG	17,05	16,70
	D	6,97	6,97
	M	0,86	1,07
	P	2,02	2,07
	A	0,86	0,77
	N	6,36	6,72
HDS		19,78	16,70
STAI	x ₁	53,68	50,79
	x ₂	50,42	47,09

BPRS - Skala zaburzeń psychicznych Overalla

Czynniki: OG - ogólne nasilenie zaburzeń psychicznych

D - zespół depresyjny

M - zespół maniakalny

P - zespół paranoidalny

A - zespół apatyczny

N - zespół nerwicowy

HDS - Skala depresji Hamiltona

STAI - Skala samooceny lęku Spielberga

x₁ - stan

x₂ - cecha

3.2.2. Porównanie stanu klinicznego pacjentów o różnym stopniu uzależnienia n = 82

Tabela 6

Porównanie stanu klinicznego pacjentów
o różnym początku ZZA (n=82)
(wartości średnie)

skale kliniczne		Początek ZZA		
		do 20r. życia (n=26)	21-25r. życia (n=28)	26-40r. życia (n=28)
BPRS	OG	16,81	20,32	14,89
	D	7,23	7,25	6,46
	M	0,80	1,50	0,60
	P	2,15	3,10	0,89
	A	0,61	1,18	0,64
	N	6,07	7,28	6,28
HDS		19,34	19,14	16,00
STAI	x ₁	54,80	50,39	51,39
	x ₂	51,03	48,25	46,78

BPRS - Skala zaburzeń psychicznych Overalla

Czynniki: OG - ogólne nasilenie zaburzeń psychicznych

D - zespół depresyjny

M - zespół maniakalny

P - zespół paranoidalny

A - zespół apatyczny

N - zespół nerwicowy

HDS - Skala depresji Hamiltona

STAI - Skala samooceny lęku Spielberga

x₁ - stan

x₂ - cecha

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach Skali Zaburzeń Psychicznych BPRS - Overalla u pacjentów z głębszym i mniejszym stopniem uzależnienia. Poziom lęku ocenianego jako

"stan" oraz nasilenie objawów depresyjnych było także podobne w grupach pacjentów bardziej i mniej uzależnionych. Natomiast poziom lęku ocenianego jako "cecha" był istotnie statystycznie większy u badanych z głębszym niż z mniejszym uzależnieniem $p \ll 0,001$. Powyższe obserwacje mogą wskazywać, że osoby głębiej uzależnione mają predyspozycje osobnicze do reagowania nadmiernym lękiem w sytuacjach stresowych (5).

3.2.3. Porównanie stanu klinicznego pacjentów obciążonych i nie obciążonych ZZA (n = 82) (Tab.5)

W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono różnic znamiennych statystycznie w wynikach skal klinicznych w grupach pacjentów obciążonych i nieobciążonych ZZA (8).

3.2.4. Porównanie stanu klinicznego pacjentów w grupach o różnym wieku początku ZZA n = 82 (Tab.6)

W badanej grupie osób uzależnionych nie stwierdzono różnic znamiennych statystycznie w wynikach skal klinicznych u pacjentów z wczesnym i późnym początkiem uzależnienia.

Powyższe wyniki badań mogą więc wskazywać, że obciążenie ZZA i początek uzależnienia nie ma istotnego wpływu na stwierdzane po detoksykacji objawy psychopatologiczne (9.14).

4. Wnioski

1. Nie znaleziono różnic znamiennych statystycznie w występowaniu psychoz alkoholowych u pacjentów z wczesnym i późnym początkiem choroby.

Obciążenie ZZA, głębokość uzależnienia nie korelowała z częstotliwością występowania psychoz.

2. U badanych obciążonych ZZA oraz z wczesnym początkiem uzależnienia częściej stwierdzano znaczne nasilenie objawów abstynencyjnych w porównaniu z osobami bez obciążenia ZZA i z późnym początkiem choroby. Wykazano również, że głębsze uzależnienie wiąże się z większym nasileniem objawów abstynencyjnych.

3. U pacjentów obciążonych ZZA i nieobciążonych ZZA, z wczesnym i późnym początkiem choroby, sposób picia, tj. długość ciągów oraz okresy abstynencji nie różniły się w sposób istotny. W analizowa-

nej grupie pacjentów z ZZA nie znaleziono również korelacji między głębokością uzależnienia a sposobem picia.

4. Uzyskane wyniki nie pozwalają również na stwierdzenie korelacji między głębokością uzależnienia a obciążeniem ZZA i początkiem uzależnienia.

5. W badanej grupie osób uzależnionych stwierdzono natomiast korelację między początkiem uzależnienia i obciążeniem ZZA, tzn. pacjenci z wczesnym początkiem choroby byli częściej obciążeni ZZA aniżeli badani z późnym początkiem uzależnienia.

6. Pacjenci z ZZA badani po detoksykacji wykazywali miernie nasilone objawy depresyjne, nerwicowe oraz podwyższony poziom lęku.

Clinical pattern and the course of the alcohol dependence syndrome (ADS)

Summary

The study was aimed at a comparative analysis of the ADS in 82 cases. The following patient groups were distinguished: a/ with ADS cares in the family, b/ with an early onset of the dependence, and c/ with severe dependence. Interviews and clinical scales (including BPRS, the Hamilton Depression Scale, STAI) were used in the study. Generally, drinking pattern i.e. the duration of drinking bouts, abstinence periods, occurrence of alcoholic psychoses, were found to be independent of either the ADS in the family history or the age at the onset of dependence. On the other hand, withdrawal symptoms intensity was significantly higher in patients characterized by an early onset, encumbrance with the ADS and severe dependence.

tłumaczyła Barbara Mroziak

Bibliografia:

- 1. Buydens-Branchey L., Branchey M. H., Noumair D.: *Age of Alcoholism Onset. I. Relationship to Psychopathology*. Arch. Gen. Psychiat. 1989, 46, 225-230.
- 2. *DSM III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

Am. Psychiat. Assoc. Masson, 1983. -3. Falicki Z., Karczewski J., Wandzel L., Chrzanowski W.: *Przydatność Michigen Alcoholism Screening Test (MAST) w warunkach polskich.* Psychiatr. Pol. 1986, XX, 1, 38-42. -4. Hamilton M.: *A rating scale for depression.* J. Neurol. Neurosurg. 1960, 23, 56-62. -5. Hasin D. S., Grant B. F., Endicott J.: *Severity of Alcohol Dependence and Social/Occupational Problems: Relationship to Clinical and Familial History Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 1988, 12, 5, 660-664. 6. Latham R. W.: *Familial Alcoholism: Evidence from 237 Alcoholics.* Brit. J. Psychiat. 1985, 147, 54-57. -7. Overall J. E.: *The brief psychiatric rating scale in psychopharmacology research, in psychological measurements in psychopharmacology.* Modern Problems in Pharmacopsych. Bale, Karger, 1974. -8. Penick E. C., Powell B. J., Bingham S. F., Liskow B. I., Norman S. Miller, Read M. R.: *A Comparative Study of Familial Alcoholism.* J. Stud. on Alc. 1987, 48, 2, 136-146. -9. Schuckit M. A.: *Familial Alcoholism. Drug Abuse and Alcoholism Newsletter,* Vista Hill Foundation 1989, XVIII, 19. -10. Schuckit M. A.: *Some Limitations in the Concept of Type 1 and Type 2 Alcoholism.* Drug Abuse and Alcoholism Newsletter, Vista Hill Foundation, 1989, XVIII, 10. -11. Schuckit M. A., Irwin M.: *An Analysis of the Clinical Relevance of Type 1 and Type 2 Alcoholics.* Brit. J. of Addiction, 1989, 84, 869-876. 12. Spielberger C. D.: *Theory and research on anxiety. Anxiety and behavior.* New York, 1968. -13. Spielberger C. D., Gersuch L. H., Lushene R. E.: *Podręcznik do inwentarza lęku jako Stanu i Cechy (kwestionariusz samooceny).* Inst. Psychol. Różnic. Indyw., Warszawa, 1976. -14. Zisook S., Schuckit M. A.: *Male Primary Alcoholics With and Without Family Histories of Affective Disorder.* J. of Stud. on Alc. 1987, 48, 4, 337-344.