

dr Maria Załuska, mgr Paweł Bronowski, lek. Artur Białyszewski, mgr Zofia Traczewska

CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE UCZESTNICTWU PACJENTÓW ODDZIAŁU PSYCHIATRYCZNEGO W MITYNGACH AA.

WSTĘP

Ruch Anonimowych Alkoholików ma już ponad półwieczną historię (5). Obecnie przybrał rozmiary ruchu ogólnoswiatowego (8). W Polsce jego idee (3,7,12) są rozwijane od ponad trzydziestu lat. Wyraźny rozrost wspólnoty AA przypada na ostatnie dziesięciolecie, głównie ostatnie pięć lat. Dynamika rozwoju polskiego AA jest duża; co roku przybywa około 100 nowych grup. Szacuje się, że w cotygodniowych mityngach organizowanych przez ponad 300 grup AA uczestniczy około 6 tysięcy alkoholików. Ze wspólnotą zetknęła się wielokrotnie większa liczba osób, przynajmniej raz wzięło udział w mityngu 50 – 60 tysięcy alkoholików. W Polsce pracuje również ponad sto grup Al – Anon i 10 Alateen (dane z 1989) (7). Rozwinęły się struktury organizacyjne ruchu oraz jego działalność wydawnicza (m.in. wydawane jest stale czasopismo „Zdrój”). Coraz częściej program AA jest włączany do innych programów leczenia alkoholizmu.

W ciągu roku Oddział Psychiatryczny Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego (od 01.01.1991 IV Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie) przyjmuje ponad stu pacjentów u których powodem hospitalizacji jest uzależnienie od alkoholu. Liczbę tę można uznać za szczególnie znaczącą wobec faktu, że oddział ten nie jest oddziałem odwykowym. W większości przypadków bezpośrednim powodem przyjęcia jest majaczenie drżenne. Z praktyki wiadomo, że jedynie niewielki odsetek tych pacjentów podejmuje później leczenie odwykowe w trybie ambulatoryjnym.

W celu ułatwienia tym pacjentom nawiązania kontaktu z grupą samopomocową, dostarczenia im istotnego elementu wsparcia oraz przygotowania podstawy pod dalsze leczenie odwykowe po opuszczeniu szpitala, na terenie oddziału zorganizowano we współpracy ze wspólnotą AA regularne mityngi AA odbywające się raz w tygodniu. Przeznaczone są one dla pacjentów oddziału z uwzględnieniem tych, którzy zostali już wypisani. Spotkania AA w warunkach oddziału psychiatrycznego (10) charakteryzują się swoistą specyfiką:

- pacjenci trafiają na oddział z wysokim poziomem zaawansowania w uzależnieniu i zazwyczaj w ciężkim stanie somatycznym.
- pacjenci ci czują swoją odrębność na tle innych pacjentów psychiatrycznych. W tej sytuacji szukają kontaktu z grupą, z którą mogą się zidentyfikować.
- pobyt w szpitalu jest dla nich często jedyną okazją do nawiązania kontaktów z grupą samopomocową.

Spotkanie AA jest czymś różnym od ich dotychczasowych kontaktów ze sformalizowanymi strukturami lecznictwa. Na mityngach AA mogą spotkać się z byłymi pacjentami naszego oddziału. Sytuacja, w której osoby uczestniczące w swym pierwszym mityngu AA trafiają do grupy alkoholików, którzy jakiś czas temu opuścili oddział i nadal przychodzą na spotkania zachowując abstynencję, stwarza możliwość przeżycia wyraźnej wspólnoty doświadczeń i zetknięcia z modelem radzenia sobie z problemem alkoholowym. Mogło to stać się źródłem nowych, silnych motywacji.

CEL BADAŃ

W literaturze dotyczącej AA często stwierdza się, że „AA jest nie dla każdego” (1), do tej pory jednak wyniki badań nad czynnikami wpływającymi na przyłączenie się alkoholika do ruchu AA są niejednoznaczne a bardzo często sprzeczne (5). Mając to na uwadze od maja 1991 roku zaczęliśmy prowadzić badania, których celem było określenie czynników predysponujących pacjentów uzależnionych od alkoholu leczonych w naszym oddziale do włączenia się do spotkań AA.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY.

Badaniami objęto 103 pacjentów uzależnionych od alkoholu (wg kryteriów DSM III-R), którzy na przestrzeni czasu od 01.05.1991 do 30.11.1992 przebyli hospitalizację w oddziale psychiatrycznym szpitala bródnowskiego i zamieszkiwali w rejonie tego oddziału. Przyczynami hospitalizacji wymienionych osób były według rozpoznań:

- majaczenie alkoholowe 55 osób (53,4%)
- alkoholowy zespół abstynencyjny o znacznym nasileniu 27 osób (26,2%)
- ostra halucynozja alk. 15 osób (14,6%)
- inne (dysforia, reakcja depresyjna) 6 osób (5,8%)

U 32 osób (31,1%) stwierdzono współwystępowanie chorób somatycznych mogących mieć związek z nadużywaniem alkoholu.

Były to:

- choroba wrzodowa 10 osób (9,7%)
- utrwalone uszkodzenie wątroby 10 osób (9,7%)
- padaczka 8 osób (7,8%)
- nadciśnienie tętnicze 8 osób (7,8%)
- choroba wieńcowa 5 osób (4,9%)
- polineuropatia 4 osoby (3,9%)
- inne choroby serca 2 osoby (2,0%)
- zapalenie trzustki 1 osoba (1,0%)

Najmłodszy badany pacjent miał 19 lat, najstarszy 61. Średnia wieku w całej grupie wynosiła 30,3 lat. Mężczyźni stanowili 87,4% (90 osób) kobiety 12,6% (13 osób). 54 osoby (52,4%) miały stałe miejsce zatrudnienia, 28 osób (27,2%) nigdzie nie pracowało a 21 (20,4%) utrzymywało się z renty lub emerytury. 35 osób (34,0%) dotychczas nie zawierało związków małżeńskich, 45 osób (43,7%) pozostawało w związkach małżeńskich, 4 osoby (3,9%) były owdowiałe, 19 osób (18,4%) było rozwiedzionych.

Nasilenie uzależnienia mierzone Wrocławskim Inwentarzem Objawów Uzależnienia od Alkoholu (11) u 48 osób (46,6%) oceniono je jako głębokie (39 – 57 pkt.), u 28 osób (27,2%) jako średnie (29 – 38 pkt.), u 23 osób (22,3%) jako lekkie (15 – 28 pkt.), u trzech osób wynik (do 14 pkt, w inwentarzu) upoważniał jedynie do podejrzenia uzależnienia. Jednej osoby nie sklasyfikowano.

Czas trwania uzależnienia u badanych osób wynosił od 1 roku do 28 lat, średnio 7,95 lat.

W badanej grupie 62 osoby (60,2%) leczyło się w przeszłości w poradni odwykowej, 41 osób (39,8%) nie miało dotychczas kontaktu z poradnią. 24 osoby (23,3%) miało poprzednio kontakt z ruchem AA podczas gdy 79 osób (76,7%) nigdy do tej pory nie zetknęło się z tym ruchem.

METODA

Mityngi AA odbywają się raz w tygodniu na terenie oddziału, mają charakter otwarty, uczestniczą w nich pacjenci uzależnieni od alkoholu aktualnie przebywający w oddziale oraz osoby z zewnątrz – głównie byli pacjenci ale niekiedy także osoby zainteresowane z terenu dzielnicy, przeważnie zapraszane przez naszych pacjentów (ich koledzy, znajomi, członkowie rodziny). W początkowym okresie funkcjonowania grupy spotkania były animowane przez liderów AA z innych grup warszawskich, obecnie animatorami grupy są byli pacjenci naszego oddziału. Grupa jest oficjalnie zarejestrowana pod nazwą „Bródno”. W spotkaniach uczestniczy jedna osoba z personelu oddziału, przeważnie psycholog, niekiedy lekarz lub pielęgniarka.

Wszystkie osoby uzależnione od alkoholu, włączone do programu otrzymywały w końcowym okresie hospitalizacji, po ustąpieniu ostrych objawów chorobowych, informacje na temat spotkań AA i założeń tego ruchu, oraz zaproszenie do wzięcia udziału w mityngu. Osobą informującą był lekarz leczący, lub/i psycholog, niejednokrotnie także pielęgniarki i współpacjenci. Spośród 103 osób włączonych do programu jeszcze w trakcie hospitalizacji wzięło udział w mityngu:

- jednorazowo – 74 pacjentów
- w dwu lub trzech spotkaniach – 21 pacjentów
- odmówiło – 4 pacjentów
- brak danych – 4 pacjentów.

Zdajemy sobie sprawę, iż wyrażenie zgody na wzięcie udziału w pierwszym mityngu odbywało się pod dość silną presją sytuacyjną. Wszystkie osoby objęte programem podzielono na dwie grupy:

1. Osoby, które podjęły ofertę AA – zaliczono tych pacjentów, którzy po wypisaniu z oddziału w ciągu trzech miesięcy wzięli udział

w co najmniej 2 spotkaniach. Było ich 36 (35,0%). Wzięcie udziału w dwóch spotkaniach oznaczało wyrażenie zainteresowania mityngami. Skądinąd wiadomo nam, że na terenie dzielnicy i miasta działają inne grupy AA i część zainteresowanych uczestniczyła w innych mityngach tak jak i na naszych mityngach często pojawiają się osoby z innych grup AA.

2. Osoby które nie podjęły oferty AA – zaliczono tu tych pacjentów, którzy po wypisaniu z oddziału nie przybyli ani razu na spotkanie. Było ich 56 (54,4%). Pacjenci, którzy po wypisaniu z oddziału przyszli tylko raz na mityng nie zostali uwzględnieni w dalszych obliczeniach jako przypadki graniczne trudne do sklasyfikowania (11 osób – 10,7%).

W obu grupach porównywano częstość występowania czynników, które wydawały się być znaczące dla podjęcia, bądź nie, oferty AA. W obliczeniach statystycznych posłużono się testem χ^2 (założono poziom istotności różnic przy $p < 0,05$). Zbadano następujące grupy czynników:

1. Dane demograficzne.
2. Dane dotyczące okresu rozwojowego.
3. Dane dotyczące uzależnienia.
4. Czynniki środowiskowe:
 - a. dane o środowisku społecznym pacjenta.
 - b. motywujący wpływ środowiska w ocenie pacjenta.
 - c. subiektywna ocena funkcjonowania społecznego.
 - d. stosunek do religii.
5. Wgląd w chorobę.

Informacje dotyczące powyższych zagadnień uzyskano w oparciu o:

1. Historie chorób pacjentów.
2. Wrocławski Inwentarz Objawów Uzależnienia od Alkoholu.
3. Skalę Objawów Alkoholowego Zespołu Abstynencyjnego (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol; CIWA-A).
4. Ankiety opracowaną dla uzyskania danych dotyczących czynników środowiskowych i przebiegu uzależnienia (u autorów).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

I. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupą osób, które podjęły ofertę AA a grupą osób, które jej nie podjęły pod względem płci, wieku, wykształcenia i źródeł utrzymania ($p > 0,05$).

II. Spośród danych dotyczących okresu rozwojowego badano: występowanie objawów nerwicowych, zachowań asocjalnych, zachowań autoagresywnych oraz fakt wychowywania się w rodzinie rozbitej. Obie porównywane grupy nie różniły się wymienionymi cechami w sposób istotny ($p > 0,05$).

III. Badano następujące czynniki związane z przebiegiem choroby alkoholowej i jej aktualnym nawrotem:

a. na podstawie wywiadu:

- występowanie alkoholizmu w rodzinie pochodzenia.
- wiek w którym pacjent się uzależnił.
- czas trwania uzależnienia (w latach).
- liczba dot. hospitalizacji związanych z uzależnieniem.
- fakt podejmowania w przeszłości leczenia odwykowego (w ogóle).
- podejmowanie w przeszłości leczenia w poradni A.
- podejmowanie leczenia disulfiramem.
- podejmowanie leczenia w oddziałach odwykowych.
- kontakt z grupą AA w przeszłości.
- najdłuższy okres zachowanej abstynencji.
- głębokość uzależnienia mierzona Wrocławskim Inwentarzem Objawów Uzależnienia od Alkoholu (11).
- występowanie w przeszłości prób samobójczych i autoagresji.
- picie alkoholi niespożywczych.
- pobyty w izbie wytrzeźwień.

b. na podstawie dokumentacji aktualnej hospitalizacji:

- obraz obecnego zespołu abstynencyjnego.
- nasilenie zespołu abstynencyjnego mierzone skalą CIWA-A.
- występowanie chorób somatycznych związanych z nadużywaniem alkoholu.
- występowanie cech organicznego uszkodzenia OUN (w badaniu neurologicznym, EEG, testach psychologicznych) (4,15).
- czas trwania obecnej hospitalizacji.
- liczba mityngów, w których pacjent uczestniczył podczas obecnej hospitalizacji.

Stwierdzono brak istotnego związku między czynnikami dotyczącymi czasu trwania uzależnienia, głębokości, nawrotowości a także ciężkości przebiegu aktualnego zespołu abstynencyjnego a podejmowaniem oferty AA.

Istotnymi dla podjęcia oferty AA okazały się jedynie te czynniki, które dotyczyły faktu podejmowania w przeszłości leczenia odwykowego. W grupie osób, które podjęły ofertę AA było istotnie więcej osób, które w przeszłości podejmowały leczenie disulfiramiem, osób które w przeszłości były uczestnikami AA. Również w grupie tej było stosunkowo dużo osób, które w przeszłości podejmowały leczenie w oddziałach odwykowych (różnica między porównywanymi grupami zbliża się do założonego poziomu istotności). Zwraca też uwagę fakt, że w grupie która nie podjęła oferty istotnie więcej było osób, u których w rodzinie pochodzenia występował alkoholizm. Zależności te ilustruje tabela 1.

Tabela 1.

Obciążenie alkoholizmem w rodzinie pochodzenia i podejmowane w przeszłości próby leczenia odwykowego a podjęcie oferty AA.

czynnik badany	podjęli		nie podjęli		p.i.
	n=36	%	n=56	%	
1. alkohol w rodz. pochodzenia	12	33,0	32	58,2	0,0204
2. disulfiram w przeszłości	23	63,9	24	42,9	0,0489
3. AA w przeszłości	16	44,4	6	10,7	0,0002
4. poradnia w przeszłości	26	72,2	31	55,4	0,1039
5. oddział odw. w przeszłości	8	22,2	5	8,9	0,0740
6. próby leczenia w przeszłości	27	75,0	34	60,7	0,1571

IV. Badano następujące zagadnienia dotyczące środowiska społecznego pacjenta (2,6,9):

- fakt posiadania lub nie osób bliskich (rodziców, współmałżonka, dzieci, przyjaciół, kolegów, stałego zatrudnienia).
- subiektywną ocenę funkcjonowania w odniesieniu do wymienionych osób i środowisk.

– subiektywną ocenę motywującego do abstynencji i leczenia wpływu wymienionych osób i środowisk.

– deklarowanie się jako osoba wierząca i praktykująca.

Czynniki, które okazały się być istotne dla podjęcia oferty AA zamieszczono w tabeli 2. Pełna lista badanych czynników znajduje się w aneksie.

Tabela 2.

Czynniki środowiskowe a podjęcie oferty AA.

czynnik badany	podjęli		nie podjęli		p.i.
	n=36	%	n=56	%	
1. kawaler	7	19,4	22	39,2	0,0456
2. ma dzieci	27	75,0	31	55,4	0,0568
3. ma więcej niż jedno dziecko	18	67,7	12	38,7	0,0336
4. alkoholizm wśród domowników	2	5,6	21	37,5	0,0013
5. nikt ich nie motywował do leczenia	6	16,7	24	42,9	0,0089
6. matka motywowała	15	41,7	9	16,1	0,0064
7. ojciec motywował	9	25,0	2	3,6	0,0057
8. żona motywowała	15	41,7	12	21,4	0,0375
9. potrzeba posiadania grupy towarzyskiej	16	44,4	36	65,5	0,0477
10. ma przyjaciół - ocena pacjenta	18	50,0	37	71,2	0,0439
11. preferowanie picia samotnego	11	30,6	8	14,3	0,0599

W grupie pacjentów, którzy pojęli ofertę AA istotnie rzadziej znajdowali się kawalerowie a istotnie częściej osoby posiadające dzieci (tabela 2, czynniki 1 – 3). Grupa, która pozytywnie odpowiedziała na ofertę AA charakteryzowała się istotnie większym udziałem osób motywowanych do podjęcia leczenia przez najbliższych członków rodziny – matka, ojciec, żona (tabela 2, czynniki 6 – 8). Równocześnie zwraca uwagę, że grupa, która nie podjęła oferty składała się z większej liczby osób deklarujących, że nie są

przez nikogo motywowani i posiadający domowników nadużywających alkoholu (tabela 2. czynniki 4 – 5). Pacjenci, którzy podjęli ofertę AA rzadziej deklarują związki z grupą koleżeńską i częściej preferują picie samotne (p na granicy istotności) (tabela 2. czynniki 9 – 11). Pacjenci, którzy nie podjęli oferty AA istotnie częściej deklarowali potrzebę posiadania grupy towarzyskiej oraz przyjaciół. Można zakładać, że chodziło o osoby pijące z nimi alkohol.

V. Zbadano 7 czynników dotyczących stopnia wglądu w chorobę alkoholową. Wszystkie zbadane czynniki znamionujące wgląd w chorobę okazały się istotnymi dla podjęcia oferty AA. Zależności te przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Wgląd w chorobę.

czynnik badany	podjęli		nie podjęli		p.i.
	n=36	%	n=56	%	
1. spostrzeganie siebie jako alkoholika	28	77,8	28	50,0	0,0077
2. dostrzeganie związku między piciem a złym stanem somat.	34	94,4	40	71,4	0,0144
3. deklarowanie wewn. przyczyn picia	14	60,9	10	23,8	0,0031
4. deklarowanie całk. abst. po wypisie	34	94,4	35	62,5	0,0013
5. deklarowanie dalszego leczenia po wypisie	34	94,4	39	69,6	0,0092
6. dalsze leczenie w poradni - deklaracja	19	52,8	17	30,4	0,0315
7. deklarowanie podj. oferty AA	27	75,0	26	46,4	0,0068

DYSKUSJA

W analizowanym materiale zwraca uwagę duża liczba osób, które podjęły ofertę AA (36 osób-35%). Według danych z literatury ofertę

AA podejmuje co dziesiąty uzależniony (7). W naszej pracy kryterium podjęcia oferty był udział w dwóch spotkaniach po wypisaniu z oddziału. Być może to stosunkowo łagodne kryterium przyczyniło się do wyższego niż w literaturze odsetka osób podejmujących ofertę AA.

Żaden z badanych czynników demograficznych nie okazał się statystycznie istotnym dla podjęcia oferty. W piśmiennictwie podnosi się, iż kobiety alkoholiczki charakteryzuje większy opór wobec podejmowania ofert terapeutycznych. Stosunkowo niewielki odsetek kobiet w badanej przez nas grupie (13,6%) mógł być zbyt mały aby miał znaczenie dla wyniku analizy zależności między płcią a podejmowaniem oferty AA. Zwraca jednak uwagę to, że w grupie 36 osób, które podjęły ofertę (procent wyższy niż w literaturze) udział kobiet jest niewielki (8,3%) wobec danych dostępnych w literaturze (10-34% kobiet uczestniczących w AA) (3,14).

Żaden z badanych przez nas czynników dotyczących okresu przed 18 rokiem życia nie okazał się istotny dla podjęcia oferty AA. Warto tu nadmienić, że badana przez nas grupa cechowała się znacznym nasileniem uzależnienia co mogło zacierać wpływ doświadczeń przed 18 rokiem życia na aktualnie podejmowane decyzje.

Z przeprowadzonej przez nas analizy wynika, że nie głębokość uzależnienia ani ciężkość somatycznych i społecznych jego następstw ma znaczenie dla podjęcia oferty AA, lecz uzyskanie wglądu w chorobę oraz wcześniej podejmowane próby leczenia, w tym kontakty ze wspólnotą AA. Oba te czynniki mogą pozostawać w ścisłym związku.

Drugą istotną dla podjęcia oferty AA grupą czynników okazało się być posiadanie rodziny prokreacyjnej oraz zdrowego, nie pijącego i nalegającego na podjęcie leczenia środowiska rodzinnego (13), a także brak silnych związków z pijącym środowiskiem koleżeńskim (preferowanie picia samotnego). Natomiast wyraźnie ujemne znaczenie dla podjęcia oferty AA ma alkoholizm w środowisku rodzinnym (w rodzinie pokoleniowej i wśród domowników) oraz związki z pijącym środowiskiem koleżeńskim. W literaturze można znaleźć pogląd o lepszej akceptacji AA przez osoby o cechach neurotycznych i z ubogimi doświadczeniami grupowymi (5). Wyniki naszej analizy wydają się być zbieżne jedynie częściowo z tą obserwacją. Ci spośród naszych pacjentów, którzy nawiązują współpracę z AA wydają się

mieć słabsze związki z grupą koleżeńską. Z drugiej strony zaś cechują się posiadaniem zdrowego środowiska rodzinnego i silną więzią z nim. Wpływ najbliższego środowiska rodzinnego odbierają jako motywujący do podjęcia leczenia. Grupa, która oferty nie podjęła relacjonowała częściej nadużywanie alkoholu wśród domowników, alkoholizm w rodzinie pochodzenia oraz silne więzi ze środowiskiem koleżeńskim. Przytoczone różnice w charakterystyce porównywalnych przez nas grup wydają się wskazywać, że grupa, która nie podjęła oferty AA jest bardziej zdegradowana społecznie a jej członkowie pochodzą częściej ze środowisk, w których picie alkoholu stanowi swoistą normę obyczajową.

Jak wspomniano na początku dyskusji w naszej pracy przyjęliśmy stosunkowo łagodne kryterium podjęcia oferty AA. Przy kryteriach ostrzejszych (udział w co najmniej 6 mityngach w ciągu kolejnych 3 miesięcy po wypisaniu z oddziału) liczba osób, które ofertę podjęły wyniosła 11. Wynik ten jest zbliżony do danych z literatury. Zbyt krótki okres obserwacji nie pozwolił nam na uzyskanie większej liczebności tak wyodrębnionej grupy ani też na opracowanie jej charakterystyki przy użyciu metod statystycznych. W planowanych na następne lata badaniach katamnestycznych zamierzamy zanalizować podejmowanie przez naszych pacjentów oferty AA przy użyciu ostrzejszych kryteriów.

WNIOSKI

1. Dla podjęcia oferty AA istotne znaczenie ma wgląd w chorobę oraz wcześniej podejmowane próby leczenia zwłaszcza kontakty z AA. Nie mają znaczenia: głębokość uzależnienia i ciężkość somatycznych i społecznych jego następstw.

2. Niepijące i motywujące do leczenia środowisko rodzinne sprzyja podejmowaniu współpracy z AA.

3. Pacjenci silnie związani ze środowiskiem pijącym (domownicy, grupa koleżeńską) okazali się mało zainteresowani programem AA. Istnieje potrzeba tworzenia dla nich specjalnie dostosowanych programów.

4. W świetle naszych wyników organizowanie spotkań AA przy oddziałach psychiatrycznych jest celowe. Dla znacznej grupy ciężko uzależnionych pacjentów trafiających na takie oddziały z powodu

psychoz alkoholowych jest to jedyna okazja do zetknięcia się z ruchem AA. Z naszej analizy wynika, że każdy, nawet krótkotrwały kontakt z AA ułatwia uzyskanie wglądu i stwarza szansę na pełne podjęcie oferty AA w przyszłości.

SUMMARY:

„Factors involved in making psychiatric inpatients participate in AA meetings”.

In June 1991 it was decided to invite alcoholics – admitted to psychiatric ward mostly because of psychotic condition – to take part in AA meetings organized once a week. The ward is a sectorized unit for adults of both sexes and admits about 80 alcoholics yearly. For 79 out of 103 patients who between June 1991 and November 1992 got the offer of participation it was the first AA meeting ever attended. During 3 months following the discharge from the ward 36 patients (35%) attended at least two meetings, 11 patients (10,2%) participated only in one and 56 (54,4%) never attended any. Following factors were found to be connected with positive response to the invitation to AA meetings: some insight into one's own alcohol problem, previous contact with treatment center for alcoholic and existence of support system within the family. The response to the invitation was below expectation but the possible explanation might be patients preference for attending AA meetings at other places in town while already outside the ward.

ANEKS.

Zestawienie czynników środowiskowych.

1. Dane o środowisku społecznym pacjenta:

- posiadanie żyjących rodziców
- posiadanie współmałżonka
- czas trwania małżeństwa
- poprzednie związki małżeńskie
- posiadanie dzieci
- wychowywanie dzieci
- ograniczenie praw rodzicielskich

- zamieszkiwanie samotne lub z innymi osobami
 - posiadanie kolegów i przyjaciół
 - stałe zatrudnienie
 - zmiany miejsca zatrudnienia
 - zwolnienia dyscyplinarne z pracy
 - porzucanie pracy
 - okresy bez pracy
 - absencje z powodu nadużywania alkoholu
 - osoby odwiedzające pacjenta w szpitalu.
2. Motywujący wpływ środowiska w ocenie pacjenta:
- nadużywanie alkoholu przez domowników
 - picie alkoholu z rodzicami
 - picie alkoholu w pracy
 - preferowany sposób picia
 - łamanie abstynencji pod wpływem kolegów
 - osoby motywujące do podjęcia leczenia w najbliższym otoczeniu pacjenta
 - zainteresowanie otoczenia problemem alkoholowym pacjenta.
3. Subiektywna ocena funkcjonowania społecznego:
- utrzymywanie kontaktów z rodzicami
 - wypełnianie roli ojca
 - wypełnianie roli męża
 - atmosfera domowa
 - awantury w domu
 - sprzedawanie rzeczy z domu w celu kupienia alkoholu
 - atmosfera w pracy
 - zadowolenie z pracy
 - wywiązywanie się z roli pracownika
 - poczucie osamotnienia.
 - poczucie, że ma się do kogo zwrócić po pomoc:
4. Stosunek do religii
- deklarujący się jako wierzący
 - deklarujący się jako praktykujący.

BIBLIOGRAFIA

1. Brown S. – „Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia”. PZWL. Warszawa 1990.

2. Cross Gerald M. i in. – „Alcoholism Treatment: A Ten-Year Follow-Up Study” W: Alcoholism. Clinical and Experimental Research. 1990, 14, 2 s. 169-173.

3. Emrick Chad D. – „Alcoholism Anonymous”. W: Treatments of Psychiatric Disorders. APA. Waszyngton 1989, vol 2, s. 1151-1162.

4. Fryze C. i in. – „Ocena rodzaju i częstości uszkodzeń układu nerwowego u osób uzależnionych od alkoholu”. W: Alkoholizm i narkomania. Jesień 1988, s. 157-171.

5. Galanter M. (ed) – „Recent Developments in Alcoholism”. Nowy York 1989, vol 7, s. 11-104.

6. Hauser J. i in. – „Ocena czynników psychospołecznych u pacjentów z zespołem zależności alkoholowej”. W: Alkoholizm i narkomania. Jesień 1991, s. 111-121.

7. Jan J. – „Polska Wspólnota AA”. W: Trzeźwymi bądźcie. 1990, 1, s. 18-24.

8. Makela K. – „Social and Cultural Preconditions of Alcoholics Anonymous (AA) and Factors Associated with the Strength of AA”. W: British Journal of Addiction, 1991, 86, s. 1405-1413.

9. Nordstrom G. – „Successful Adjustment in Alcoholism. Relationships between Causes of Improvement, Personality and Social Factors”. W: The Journal of Nervous and Mental Disease, 1986, 174, 11, s. 664-668.

10. Rachowski A. i in. – „Udział AA w rehabilitacji hospitalizowanych alkoholików”. W: Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień. PWN, Warszawa 1989, tom 2, s. 211-213.

11. Sidorowicz S. – „Próba pomiaru zespołu uzależnienia od alkoholu”. W: Problemy Alkoholizmu, 1980, 6, s. 5-7.

12. „Twelve Steps and Twelve Traditions”. AA World Services Inc. Nowy York 1985.

13. Wegscheider Crouse S. – „Another Chance. Hope and Health for the Alcoholic Family”. Palo Alto 1989.

14. Zieliński A. – „Międzynarodowe badania porównawcze ruchu AA”. W: Alkoholizm i narkomania. Jesień 1988, s. 203-206.

15. Ziółkowski M. i in. – „Stopień uzależnienia od alkoholu a poziom dysfunkcji i procesów poznawczych badanych testami psychologicznymi”. W: Psychiatria Polska, 1988, 22, s. 203-206.