

Wiesław Leksowski

II Katedra i Klinika Psychiatrii Śl. A. M, w Tarnowskich Górach

ANALIZA WYBRANYCH CZYNNIKÓW WARUNKUJĄCYCH NAWROTY PICIA PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU - DONIESIENIE WSTĘPNE

Celem leczenia odwykowego jest zaprzestanie picia alkoholu, utrzymywanie abstynencji oraz ograniczenia niepozytywnych skutków spożywania alkoholu przez pacjentów. Dotychczas nie udało się opracować metody leczenia skutecznej dla wszystkich pacjentów [14]. Większość programów terapeutycznych działa w oparciu o zasadę utrzymania całkowitej abstynencji [4, 5]. W pierwszym okresie kuracji pacjent zostaje poddany detoksykacji i w tym czasie leczeniem przede wszystkim farmakologicznym, uzyskuje się ustąpienie objawów zespołu abstynencyjnego.

Na określenie optymalnej metody leczenia wpływ wywiera szereg czynników, wśród których istotne znaczenie ma wybór dokonany przez samego pacjenta [13]. W leczeniu odwykowym w Polsce dość powszechnie zastosowanie ma metoda farmakoterapii awersyjnej [za pomocą disulfiramu]. Większe i trwalsze efekty obserwuje się jednak, gdy w programie terapeutycznym pacjent bierze udział w psychoterapii indywidualnej, grupowej czy rodzinnej [10, 16].

Bardzo ważnym elementem w dalszym leczeniu jest uczestnictwo pacjenta w grupach wsparcia w trzeźwości oraz w treningu zachowań przystosowawczych [Klub Abstynenta, ruch AA].

Mimo różnych form terapii i autentycznej motywacji zaprzestania picia przeżywanie abstynencji i występowanie nawrotu jest zjawiskiem dość częstym wśród pacjentów, którzy przeszli leczenie odwykowe [5, 9].

Poszukiwanie metod terapii odwykowej, które byłyby bardziej efektywne i optymalizowały proces powrotu do zdrowia jest więc nadal zagadnieniem otwartym. Zasadne wydaje się zatem określenie zarówno tych uwarunkowań, które korzystnie wpływają na utrzymanie abstynencji, jak i tych zmiennych,

które przyczyniają się do jej przerywania. Jest prawdopodobne, że w literaturze przedmiotu niewiele jest doniesień na temat ich znaczenia w tym kontekście [7,15].

Material i metoda

Badania przeprowadzono w dwóch grupach, u których rozpoznano zespół zależności alkoholowej w oparciu o kryteria podane w DS M-III-R. Kryterium podziału pacjentów ma dwie grupy było - długość okresu utrzymywania abstynencji od chwili ukończenia leczenia w warunkach oddziału odwykowego przez okres co najmniej 6 miesięcy. Czas abstynencji 30 badanych z grupy nie przekraczał 6-ciu miesięcy i wahał się od 2 tygodni do pół roku.

Badaniami objęto tylko te osoby, w przypadku których możliwe było zebranie również wywiadów obiektywnych.

Warunki i przebieg badań

Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Ośrodku Leczenia Odwykowego w Gorzycach oraz w II Klinice Psychiatrii Śl.A.M w Tarnowskich Górach.

U każdego z badanych przeprowadzono standardowe badanie psychiatryczne oraz wypełniono z pacjentem następujące kwestionariusze:

- Kwestionariusz Diagnostyczny Zespołu Uzależnienia od Alkoholu,
- Kwestionariusz Wywiadu Alkoholowego,
- Kwestionariusz Wywiadu Społecznego,
- Skalę Wydarzeń Życiowych wg Holmes'a i Rahe'go,
- Inwentarz Osobowości MPI Eysencka.

Dane uzyskane od pacjenta weryfikowano następnie w oparciu o informacje zebrane w wywiadzie obiektywnym, udzielonym przez członków rodziny lub osoby bliskie pacjentowi, a także na podstawie analizy historii choroby.

Obiektywizacji poddano przede wszystkim dane dotyczące objawów zespołu uzależnienia, czasu trwania abstynencji, okoliczności jej przerywania, krytycznych wydarzeń życiowych powodujących trudności adaptacyjne itp.

Badania przeprowadzone były indywidualnie i etapowo, co było uzasadnione ich czasochłonnością. Pewną trudność organizacyjną sprawiało zbieranie wywiadów obiektywnych - wymagało to oddzielnego umawiania się z rodzinami bądź bliskimi badanych osób.

Opis badanych

Biorąc pod uwagę takie dane, jak wiek, stan cywilny, wykształcenie i rodzaj wykonywanego zajęcia, badane grupy prezentują się następująco:

a. Wiek

W grupie I - wiek badanych wahał się między 20 a 56 rokiem życia. Średnia wieku wynosiła 39,3 lat. Natomiast wiek badanych z II grupy mieścił się w przedziale między 24 a 55 rokiem życia, przy średniej 36,4 lat.

Tak więc reprezentację wieku w obu grupach można uznać za przybliżoną [$t=1,75$ $p>0,05$ - różnica nieistotna statystycznie.

b. Stan cywilny

Tabela 1

Grupa	Kawaler	Żonaty	Rozwiedziony	Separacja	Ogółem
I	20 23,0%	34 39,1%	22 25,3%	11 12,6%	87 100%
II	10 33,3%	9 30,0%	7 23,3%	4 13,3%	30 100%

χ^2 - 1,47 przy $p>0,05$

Różnice między grupami nie są istotne statystycznie.

c. Wykształcenie

Tabela 2

Grupa	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Ogółem
I	18 20,7%	45 51,7%	22 25,3%	2 2,3%	87 100%
II	5 16,7%	17 56,7%	5 16,7%	3 10%	30 100%

χ^2 - 4,1 przy $p>0,05$

Różnice między badanymi w obu grupach nie są istotne statystycznie.

d. Zawód

Badani obu grup nie różnili się na poziomie istotności statystycznej rodzajem wykonywanego zajęcia. I tak, pracownikami fizycznymi w I grupie było 86,2% osób, a w grupie II - 82,8% badanych. Natomiast zawód pracownika umysłowego wykonywało odpowiednio w obu grupach 13,8% i 17,2% ogółu badanych. Do kategorii pracowników umysłowych włączono też trzech badanych, którzy zajmowali niższe stanowiska kierownicze.

Wyniki badań

Porównanie wyników Kwestionariusza Diagnostycznego w obu grupach wykazało, że badani różnią się w sposób istotny statystycznie stopniem nasilenia objawów zależności od alkoholu. Przewaga zaznaczyła się w grupie osób krócej utrzymujących abstynencję.

Tabela 3
Wyniki Kwestionariusza Diagnostycznego

Wyniki	Grupa I	Grupa II	t	p
Średnia	23,55	25,23	-2,67	0,009
Odchylenie standardowe	3,15	2,38		

Nadto należy zaznaczyć, że nasilenie objawów zespołu w obu grupach było znaczne [maksymalna ilość punktów w kwestionariuszu wynosi 27].

Na granicy istotności statystycznej wykazano różnice w opiniach obydwu grup badanych, dotyczących upatrywanych przez nich przyczyn uzależnienia.

Tabela 4
Przyczyny uzależnienia

Grupa	U siebie	Koledzy	Rodzina	Nie wiem	Ogółem
I	46 52,9%	14 16,1%	13 14,9%	14 16,1%	87 100%
II	11 36,7%	3 10,0%	4 13,3%	12 40,0%	30 100%

Różnice na granicy istotności statystycznej

Zaznaczone w Tab. 4 kategorie „koledzy” i „rodzina” odpowiadają zewnętrznym uwarunkowaniom uzależnienia, natomiast opcja „u siebie” wskazuje na uwarunkowanie wewnętrzne. Dostrzeżenie w sobie samym przyczyn powstania uzależnienia świadczy o pewnym krytycyzmie i lepiej prognozuje w utrzymaniu trzeźwości.

Celem większości programów terapeutycznych jest osiągnięcie i utrzymanie abstynencji przez uzależnionych. Służą temu rozmaite formy, których przydatność jest różnie przez nich samych oceniana. Opinie te przedstawia Tab. 5.

Tabela 5
Formy terapii pomocne w utrzymaniu abstynencji

Grupa	Esperal	Terapia grupowa	Detoksykacja	Klub AA	Żadna	Ogółem
I	28 32,2%	21 24,1%	12 13,8%	16 18,4%	10 11,5%	87 100%
II	3 10,0%	-	-	2 13,8%	25 83,3%	30 100%

χ^2 - 56,00 przy $p < 0,0001$

Na podstawie tych wyników nie można wprost określić, która metoda jest bardziej efektywna, ale można wnioskować, iż każda z nich dla pewnej grupy pacjentów jest przydatna. Warto także zestawzić wskazane formy terapii z ogólną oceną skuteczności leczenia w obu grupach, której orientacyjną miarą jest okres trwania abstynencji.

Innym ważnym w ocenie badanych elementem jest świadomość istnienia realnego dla siebie wsparcia społecznego. Badanych proszono o ocenę roli innych osób pomocniczych w utrzymaniu trzeźwości.

Tabela 6

Grupa	Inni uzależnieni	Profesjonaliści	Rodzina	Sam badany	Żadne	Ogółem
I	39 44,8%	20 23,0%	5 5,7%	9 10,3%	14 16,1%	87 100%
II	-	-	-	7 23,3%	23 76,7%	30 100%

Różnice między obu grupami są istotne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,0001$ [χ^2 - 50,7]

Badani grupy I jako ważne źródło wsparcia postrzegali innych trzeźwych alkoholików. Na tej podstawie można wysnuć wniosek o istotnej roli ruchu samopomocowego we wspieraniu zachowań służących utrzymaniu abstynencji u leczonych alkoholików. Charakterystycznym zjawiskiem jest wyrażane przez badanych grupy II przekonanie o braku realnego wsparcia w relacjach społecznych ujmowanych bardzo szeroko. Osoby krócej utrzymujące abstynencję nie oczekują pomocy w rodzinie ani wśród innych uzależnionych, nie formułują też tego typu oczekiwań wobec ludzi zajmujących się profesjonalnie niesieniem pomocy osobom uzależnionym. Wydają się nie mieć żadnej grupy odniesienia. W tej sytuacji jedyne źródło wsparcia upatrują w sobie, bądź nie blokują go ani w sobie, ani poza sobą. Istotne jest, iż zdecydowana większość badanych tej grupy czuje się osamotniona jeśli chodzi o uporanie się ze swoim uzależnieniem. Wielu autorów [4, 8, 11] zwraca uwagę na fakt, iż stosowany nagminnie przez uzależnionych od alkoholu mechanizm zaprzeczania utrudnia im przyjęcie postawy krytycznej w stosunku do uzależnienia. W wielu przypadkach uzależnieni, mimo doświadczeń własnych czy opinii innych uzależnionych i wbrew jednoznacznym informacjom przekazywanym przez terapeutów, są przeświadczeni, że będą mogli wrócić do kontrolowanego picia alkoholu. Badani obu grup różnią się w sposób istotny w poglądach odnośnie możliwości kontrolowanego picia alkoholu.

Szczególnie dyskryminatywny charakter ma odpowiedź zaprzeczająca możliwości powrotu do kontrolowanego picia. W grupie I odpowiedzi takiej udzieliła jedna czwarta badanych, podczas gdy w grupie osób krócej utrzymujących abstynencję żadna nie wyraziła takiego stanowiska. Niepokój natomiast budzi fakt, że mniej więcej połowa badanej populacji, niezależnie od czasu trwania abstynencji dopuszcza w ogóle istnienie takiej możliwości.

Utrzymywanie abstynencji jest nie tylko samym powstrzymaniem się od picia alkoholu, ale wymaga od osoby uzależnionej zmiany funkcjonowania w swoim środowisku.

Uzależniony zazwyczaj znajduje sobie na tyle absorbujące zajęcie, by wypełnić nim czas, do tej pory zajęty pić czy trzeźwieniem po pić. Większość badanych I grupy obserwowała jakby kompensacyjne zwiększenie aktywności w pracy czy w rodzinie, szczególnie w pierwszych miesiącach abstynencji ich cechował pośpiech, nastawienie na „odzyskanie straconych wartości”. Sporo też czasu osoby te przeznaczały na realizowanie własnych zainteresowań. Jedynie 7% osób podało, iż nie podejmuje żadnej określonej formy aktywności. Natomiast w grupie osób krócej utrzymujących abstynencję zdecydowanie brak zorganizowanych form działania [65,5%].

Tabela 7

Grupa	Tak	Częściowo	Nie	Ogółem
I	44 50,6%	21 24,1%	22 25,3%	87 100%
II	18 60,0%	12 40,0%	-	30 100%

Tabela 8

Formy aktywności podczas zachowania abstynencji

Grupa	Rodzina	Praca	Zaintere- sowania	Klub	Żadne	Ogółem
I	21 24,1%	23 26,4%	22 25,3%	15 17,2%	6 6,9%	87 100%
II	5 17,2%	1 3,4%	-	4 13,8%	19 65,5%	30 100%

$\chi^2 - 9,95$ przy $p > 0,01$. Różnice te są istotne statystycznie.

W analizie przyczyn nawrotu picia podnosi się rolę czynników stresogennych, jaką pełnią wydarzenia życiowe [2, 5, 11]. Krytyczne wydarzenia wyodrębniają się z tła codziennych zjawisk, dotyczą ważnych, cenionych spraw, są więc emocjonalnie znaczące. Najistotniejszą cechą jest to, iż stwarzają one stan nadmiernego obciążenia i destabilizują funkcjonowanie człowieka. Tym samym stanowią też zagrożenie dla formujących się dopiero zachowań, jakie składają się na abstynencję.

Tabela 9

Krytyczne wydarzenia życiowe a abstynencja

Grupa	Tak	Nie	Ogółem
I	80 92,0%	7 8,0%	87 100%
II	19 63,3%	11 36,7%	30 100%

$\chi^2 - 14,2$ przy $p < 0,001$. Różnice te są istotne statystycznie.

Omówienie i wnioski

Prezentowane opracowanie ma charakter wstępny. Przedstawia tylko wybrane kategorie pozwalające na określenie zakresu problematyki badań. Pozostałe czynniki są przedmiotem dalszej analizy klinicznej i statystycznej. Ponadto, przewiduje się ponowne badanie katamnesticzne, co umożliwi ustalenie kierunku i trwałości badanych zależności.

Dotychczasowymi badaniami objęto 117-tu mężczyzn z rozpoznaniem zależności od alkoholu. Jako podstawę rozpoznania przyjęto kryteria DSM - III - R [3]. Kryterium różnicującym badanych był czas trwania abstynencji. Wyodrębniono dwie grupy uzależnionych. Stanowiły one dość jednorodną populację pod względem wieku, wykształcenia, stanu cywilnego i rodzaju wykonywanego zawodu oraz czasu trwania uzależnienia. Natomiast obie grupy różniły się stopniem nasilenia objawów zależności alkoholowej - badani krócej utrzymujący abstynencję uzyskali w kwestionariuszu diagnostycznym średnio wyższe wyniki niż pacjenci drugiej grupy.

Fakt, iż uzależnieni o dłuższym okresie abstynencji częściej doszukiwali się przyczyn uzależnienia w sposobie swojego funkcjonowania jest zgodny z wynikami badań innych autorów [1, 4, 5]. Podobnie z literaturą przedmiotu koresponduje upatrywanie przez badanych II grupy przyczyn swojej choroby w warunkach zewnętrznych, najczęściej w rodzinie, kolegach itp.

W piśmiennictwie przeważa pogląd, iż mimo leczenia osoba uzależniona od alkoholu nie może wrócić do tzw. kontrolowanego picia. Porównanie opinii badanych obu grup wykazało, że osoby, które nie potrafiły utrzymać dłuższej abstynencji znacząco częściej wyrażały przekonanie o istnieniu szansy powrotu do picia pod kontrolą niż badani grupy I, ponadto żaden badany grupy II nie zaprzeczył takiej możliwości. Szczególnie ta druga odpowiedź okazała się dyskryminatywna. Poglądy osób z grupy I były bardziej zróżnicowane, ale ogólnie bliższe stanowisku, że należy trwale utrzymywać abstynencję.

W programach terapeutycznych wykorzystuje się różne metody i techniki lecznicze. W piśmiennictwie przeważa pogląd, iż oddziaływanie edukacyjne, psychoterapeutyczne w grupach samopomocowych [Klub Abstynenta, ruch AA] stosowane kompleksowo są bardziej efektywne niż ograniczanie się tylko do detoksykacji i leczenia awersyjnego [6, 8, 14]. Porównanie wyników obu grup potwierdza zasadność cytowanej opinii. Jest ona szczególnie wyraźna w odniesieniu do pacjentów grupy II, u których krótki czas trwania trzeźwości można wiązać z wąskim repertuarem oddziaływań w trakcie leczenia odwykowego.

Interesującym zagadnieniem jest określenie powodów przerwania długotrwałej abstynencji, zwłaszcza wieloletniej. Z własnej praktyki klinicznej i pojedyn-

czych doniesień w literaturze przedmiotu można postawić hipotezę o roli czynników stresogennych w nawrocie picia. Wśród nich na uwagę zasługują krytyczne wydarzenia życiowe [2, 11, 12]. Istotne, w ocenie badanych grupy I wystąpienie sytuacji stresowych i niemożność ich rozwiązania bądź uporania się z ich negatywnymi skutkami, stanowiły nadmierne obciążenie i niejednokrotnie powodowały przerwanie abstynencji. Problem ten w niniejszym opracowaniu został zaledwie zasygnalizowany i wymaga pogłębionej analizy uwzględniającej m.in. rodzaj krytycznych wydarzeń życiowych, ich liczbę i natężenie, stosowane sposoby radzenia itp. Jednym z takich sposobów wydaje się być wsparcie społeczne. Jest charakterystyczne, iż badani krócej trwający w abstynencji mieli świadomość braku realnego wsparcia w jakiegokolwiek grupie odniesienia, nawet w ludziach profesjonalnie niosących pomoc. Jak sądzę, wiedzę z tego zakresu można wykorzystać do opracowania programu terapeutycznego lub prewencyjnego przygotowującego do spotkania z takimi sytuacjami, np. poprzez odpowiednie treningi w ruchu samopomocowym.

Wiesław Leksowski

The factors influencing on the relapse to drinking among alcohol dependent patients - preliminary report.

Summary

The treatment of the alcoholics is often frustrating experience because alcoholism has a high rate of relapse. The main problem of treating alcoholics is maintenance the abstinence by the patients. The group of 117 male in-patients diagnosed as alcohol dependent were placed into two subgroups according to their length of time abstinence after hospital treatment: first subgroup (87 patients) with the abstinence more than 6 months, and second subgroup (30 patients) with the abstinence less than 6 months.

* With the long-term abstinence were related factors (statistically significant dependence): life events, methods of treatment, activity during the abstinence, participating in self-help groups. The follow-up study after five years is planned by author.

Key words: alcohol dependence, relapse to drinking, life events.

Piśmiennictwo

1. Bates M.E., Pandina R.J., Personality stability and adolescent substance use behaviours. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 1991, 15, 3, 471-477.

2. Canton G., Giannini L., Magni G., Bertinaria A., Cibi A., Gallimberti L., Locus of control, life events and treatment outcome in alcohol dependent patients. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1988, 78, 18-23.
3. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders (DSM III) American Psychiatric Association, Washington D.C., 1987.
4. Edwards G., Brown D., Duckitt A., Oppenheimer E., Sheehan M., Taylor D., Outcome of alcoholism: The Structure of patient attribution as to what causes change., *Brit J. Addict.*, 1987, 82, 533-545.
5. Edwards G., Brown D., Oppenheimer E., Sheehan M., Taylor D., Duckitt A., Long term outcome for patients with drinking problems: the search for predictors. *Brit J. Addict.*, 1988, 83, 917-927.
6. Gorski T.T., Miller M., Jak wytrwać w trzeźwości, I.P.I.N. Warszawa, 1991.
7. Holmes T.H., Rahe R.H., The social adjustment rating scale. *J. Psychosom. Research*, 1967, 11, 215-218.
8. Litman G.K., Stapleton J., Oppenheim A.N., Peleg M., An instrument for measuring coping behaviors in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment, *Brit J. Addict.*, 1983, 78, 269-276.
9. Litman G.K., Eiser J.E., Rawson R.S., Oppenheim A.N., Differences in relapse precipitants and coping behavior between alcohol relapsers and survivors., *Behav.Res.Ther.*, 1979, 17, 89-94.
10. Litman G.K., Stapleton J., Oppenheim A.N., Peleg M., Jackson P., The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse survival. *Brit J. Addict.*, 1984, 79, 283-291.
11. Maharaj K., Life stress events, depression and purpose in life in first admission alcoholics and members of A.A., *W.I.Med.J.*, 1990, 30, 161-165.
12. Mc Farlane A.C., Life events and psychiatric disorders role of a natural disaster. *Brit J.Psychiatr.*, 1987, 151, 362-367.
13. Nordstrom G., Berglund M., Successful adjustment in alcoholism, *The J.Nerv. and Ment. Disease.*, 1986, 174, 11, 664-668.
14. Polli E., Burri R., m: Alkohol abhangingentherapie im Wandel, Adrastos Verlag Luzern, 1988.
15. Seeman M., Seeman A.Z., Life strains, alienation, and drinking behaviour. *Alcoholism: Clinical and Experiment Research*, 1992, 16, 199-205.
16. Weisner C., The role of alcohol related problematic events in treatment entry, *Drug and Alcohol Depend.*, 1990, 26, 93-102.