

Paweł Bronowski
IV Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

CZYNNIKI ZWIĄZANE Z UTRZYMYWANIEM ABSTYNENCJI PRZEZ PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM – 3 LETNIA KATAMNEZA

WSTĘP

Badania katamnesticzne stanowią ważny dział w badaniu problemów alkoholizmu. Koncentrują się one na zagadnieniach związanych z rozmiarami spożycia alkoholu w społeczeństwach i grupach społecznych (ilość, style picia, konsekwencje) [10, 14, 19], genezą i rozwojem choroby oraz efektywnością leczenia [4].

Prowadzenie badań katamnesticznych napotyka na liczne trudności metodologiczne związane przede wszystkim z rzetelnością uzyskiwanych danych o spożyciu alkoholu oraz trudnościami w dotarciu do badanej grupy [3, 29].

Podstawową trudnością jest tu fakt, iż do badanej grupy trafiają zwykle osoby o różnym stopniu nasilenia i utrwalenia uzależnienia. Powoduje to, iż badana grupa jest pod tym względem zwykle niejednorodna, co wpływa z kolei na trudności w precyzyjnej ocenie konsekwencji uzależnienia w sferze funkcjonowania społecznego [32].

Inną poważną trudnością w badaniach katamnesticznych jest uzyskiwanie danych od osób objętych katamnezą. Do wielu z nich nie udaje się dotrzeć, problem ten jest szczególnie poważny w odniesieniu do pacjentów uzależnionych od alkoholu w związku z powszechnymi w tej grupie trudnościami w funkcjonowaniu społecznym i małą stabilnością społeczną. W duńskich badaniach nad genetycznym uwarunkowa-

niem alkoholizmu po 30 latach udało się dotrzeć do 43 % badanej grupy [27]. Ilość osób „wypadających” z badań zwiększa się wraz z czasem katamnezy. W wielu badaniach podkreślano jako poważną trudność brak jakichkolwiek informacji o osobach, których nie udało się zlokalizować. Wpływa to oczywiście na możliwości generalizacji uzyskanych danych [17]. W większości publikowanych wyników badań uważa się, że osoby do których nie udało się dotrzeć w czasie katamnezy zwykle gorzej funkcjonują społecznie, wiązało się to z kolei z wcześniejszymi gorszymi wskaźnikami nasilenia uzależnienia [18].

Specyficzną wadą badań katamnestycznych są trudności w uzyskiwaniu wiarygodnych danych o tym, co działo się z pacjentem w okresie objętym katamnezą. Stosunkowo łatwo jest uzyskać dane o kolejnych hospitalizacjach, podejmowanym leczeniu lub zmianie zatrudnienia (pochodzących z instytucjonalnych rejestrów danych). Uzyskanie zaś danych o ilości spożywanego w tym czasie alkoholu obarczone jest wadą polegającą na autoocenie badanych [3, 29]. Obiektywizacja danych pochodzących bezpośrednio od badanych nie wydaje się być możliwa. Innym zagadnieniem jest brak standardowych narzędzi do oceny badanych. Są one zwykle opracowywane przez poszczególnych autorów dla potrzeb ich programów i tym samym w małym stopniu przydatne dla badań porównawczych [10].

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY I METODA

Badania dotyczyły grupy pacjentów hospitalizowanych w IV Klinice Psychiatrycznej w związku z uzależnieniem od alkoholu w okresie od maja 1991 do grudnia 1992. Bezpośrednią przyczyną przyjęcia były najczęściej psychozy alkoholowe.

W toku hospitalizacji zebrano dane dotyczące przebiegu choroby, wcześniejszego leczenia, poziomu uzależnienia, funkcjonowania społecznego oraz przekonań poszczególnych pacjentów odnośnie własnej choroby (wgląd).

Po 3 latach od chwili wypisania z oddziału ta sama grupa została poddana ponownym badaniom. Koncentrowały się one na zagadnieniach związanych z przebiegiem choroby, podjętym leczeniem, utrzymywaniem abstynencji, funkcjonowaniem społecznym oraz wglądem w chorobę. Zebranie tych właśnie danych i określenie na ich podstawie czynników wpływających na podjęcie leczenia i utrzymywanie abstynencji stanowiło podstawowy cel podjętych badań.

W pracy użyte zostały 3 narzędzia: Kwestionariusz Katamnestyczny jako narzędzie podstawowe oraz Kwestionariusz Otoczenia i Oparcia Społecznego (Z. Bizoń) [1] oraz Wrocławski Inwentarz Objawów Uzależnienia (S. Sidorowicz) [28].

Do analiz statystycznych użyto współczynnika korelacji Kendalla, Testu Chi - Kwadrat, Testu t- Studenta.

Adresy osób objętych badaniami uzyskano z Centralnego Biura Adresowego. W terminie wyznaczonym przez 3 lata, które upłynęły od opuszczenia oddziału psychiatrycznego wysyłano do badanego list wyjaśniający mu cel przeprowadzanych badań i zapraszający do zgłoszenia się do kliniki. W przypadku braku

odpowiedzi wysyłano ponownie list zapowiadający wizytę ankietera. Dane zebrane zostały przez przeszkolonych ankieterów psychologów i pracowników socjalnych IV Kliniki Psychiatrycznej IPiN.

Badaniami objęto 103 pacjentów uzależnionych od alkoholu /wg kryteriów DSM III-R/, którzy w terminie od 01. 05. 1991 do 30.11. 1992 przebyli hospitalizację w IV Klinice Psychiatrycznej IPiN i zamieszkiwali w rejonie Kliniki. Przyczyny hospitalizacji zestawione są w tabeli 1.

TABELA 1

Przyczyny hospitalizacji

	N	%
majaczenie alkoholowe	55	53,4
zespół abstynencyjny	27	26,2
ostra halucynozja alkoholowa	15	14,6
inne (dysforia, reakcja depres.)	6	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%), choroba wieńcowa - 5 osób (4,9%), zapalenie wielonerwowe - 4 osoby (3,9%), inne choroby serca - 2 osoby (2,0%), zapalenie trzustki - 1 osoba (1,0%). U 8 osób (7,8%) stwierdzono napady padaczkowe.

Najmłodszy badany 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.

Wykształcenie w badanej grupie przedstawiało się następująco:

- podstawowe nieukończone 5 osób (4,9%),
- podstawowe 35 osób (34,0%),
- zawodowe zasadnicze 39 osób (37,9%),
- zawodowe średnie 12 osób (11,7%),
- średnie nieukończone 2 osoby (1,9%),
- średnie ogólne ukończone 5 osób (4,9%),
- wyższe 5 osób (4,9%).

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.

17 osób (16,5%) było karanych więzieniem 1 raz, 11 osób (10,7%) odbyło więcej niż jeden pobyt w więzieniu zaś 75 osób (72,8%) nie było karanych.

19 osób używało alkoholi niekonsumpcyjnych (18,4%), 84 (81,6%) osoby nie używało ich.

Nasilenie uzależnienia mierzone Wrocławskim Inwentarzem Objawów Uzależnienia od alkoholu [22] u 48 osób (46,6%) oceniono jako głębokie, u 28 osób (27,2%)

jako średnie, u 23 osób (22,3%) jako lekkie, u trzech osób wynik w inwentarzu upoważniał jedynie do podejrzewania uzależnienia. Jednej osoby nie sklasyfikowano.

W badanej grupie 68 osób (66,0%) podejmowało w przeszłości leczenie odwykowe, 35 osób (34,0%) nie korzystało przed hospitalizacją z żadnych form leczenia odwykowego.

Rodzaje leczenia podejmowane przed hospitalizacją zestawiono w tabeli 2.

TABELA 2

Leczenie odwykowe podejmowane przed hospitalizacją

	N	%
Poradnia odwykowa	61	59,2
Disulfiram	52	50,2
Wspólnota AA	24	23,3
Oddział odwykowy	18	17,5

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Dane dotyczące dostępności respondentów w toku 3 letniej katamnezy przedstawione są w tabeli 3

TABELA 3

Dostępność respondentów

	N	%
Odnalezieni	67	65,5
Nieodnalezieni	22	23,3
Zmarli	12	11,7
Odmówili udzielenia inf.	2	1,9

Należy dodać, iż w grupie osób, z którymi nie udało się nawiązać kontaktu znaleźli się pacjenci, którzy w czasie hospitalizacji byli mieszkańcami nieistniejących obecnie hoteli robotniczych (9 osób).

Po 3 letnim okresie katamnezy badani zostali zapytani o spożycie alkoholu w ciągu minionych sześciu miesięcy oraz w całym okresie jaki upłynął od opuszczenia przez nich oddziału psychiatrycznego.

Tabela 4 obrazuje konsumpcję alkoholu w okresie minionych 6 miesięcy od chwili badania.

Jak wynika z powyższych danych nieco ponad połowa badanych pije ciagami, 20,9% podaje, iż używało alkoholu jedynie okazjonalnie, zaś 26,9% badanych utrzymywało abstynencję w ciągu ostatniego półrocza.

TABELA 4

Konsumpcja alkoholu w okresie 6 miesięcy przed badaniem

	N	%
pije ciągami	35	52,2
pije okazjonalnie	14	20,9
utrzymuje abstynencję	18	26,9

Do dalszych analiz odnośnie związków między podjętym leczeniem a abstynencją użyto danych dotyczących 3 lat jaki minął od momentu wypisania pacjenta z oddziału. Abstynencja określana jest w miesiącach (x).

Dla utrzymywania abstynencji nieistotnie statystycznie okazały się następujące zmienne: wiek, wykształcenie, poziom uzależnienia mierzony Inwentarzem Sidorowicza. Istotny natomiast okazał się czynnik płci badanych osób. Obrazuje to tabela 5.

TABELA 5

Płeć i utrzymywanie abstynencji

	N	X	SD	p = 0,002
mężczyźni	56	16	12,363	
kobiety	11	28	11,695	

Ponieważ zaobserwowano istotność statystyczną różnicującą badaną grupę pod względem płci w kontekście utrzymywania abstynencji, z dalszych opracowań statystycznych wykluczono grupę kobiet. Dla grupy tej nie przeprowadzono analizy związków między podjętym leczeniem a czasem abstynencji. Spowodowane było to niewystarczającą liczebnością kobiet w poszczególnych podgrupach związanych z różnymi typami podejmowanego leczenia.

W badanej grupie mężczyzn, dla utrzymywania abstynencji nieistotnie statystycznie okazały się następujące zmienne: wiek, wykształcenie i poziom uzależnienia mierzony Inwentarzem Sidorowicza. Badana grupa nie różnicowała się również w sposób istotny statystycznie w okresach utrzymywania abstynencji w kontekście źródeł dochodu, stanu cywilnego, posiadania dzieci oraz zmiennych opisujących motywujące do leczenia środowisko rodzinne.

Dane dotyczące wpływu podjętego leczenia odwykowego na utrzymywanie abstynencji zawarte są w tabeli 6.

Jak widać z powyższych danych osoby, które zgłosiły się do placówek lecznictwa odwykowego zgromadziły w ciągu 3 lat objętych katamnezą średnio 6 miesięcy abstynencji więcej niż osoby, które leczenia nie podjęły. Zależność ta nie jest jednak istotna statystycznie.

TABELA 6

Leczenie odwykowe a utrzymywanie abstynencji

	N	X	SD	p = 0,153
nie podjęli	12	11	13,635	
podjęli leczenie	44	17	11,845	

Informacje o wpływie podjętego leczenia na utrzymywanie abstynencji zawarte są w tabeli 7.

TABELA 7

Podjęte leczenie odwykowe a utrzymywanie abstynencji

	N	X	SD	p >0,5
Poradnia				
nie podjęli	27	17	13,840	
podjęli leczenie	29	14	12,792	
Oddział Całodob.				
nie podjęli	50	15	12,3100	
podjęli leczenie	6	22	12,1820	
Oddział Dzienny				
nie podjęli	46	15	12,381	
podjęli leczenie	10	18	12,598	
Disulfiram				
nie podjęli	30	15	12,382	
podjęli leczenie	25	17	12,6820	
AA				
nie podjęli	19	10	11,730	
podjęli leczenie	37	17	11,682	p = 0,015

Jak wynika z powyższych zestawień, tylko w jednym przypadku rodzaj podjętej oferty wpłynął w sposób istotny statystycznie na utrzymywanie abstynencji. Dotyczyło to osób, które podjęły ofertę Wspólnoty Anonimowych Alkoholików w porównaniu z osobami, które takiej oferty nie podjęły. W pozostałych przypadkach różnice dotyczące czasu utrzymywania abstynencji nie są wysokie. Najdłuższy średni okres osiągniętej abstynencji dotyczy osób, które podjęły ofertę leczenia w ramach odwykowych oddziałów całodobowych. Zwraca uwagę odwrotna niż należało się spodziewać proporcja okresu abstynencji w przypadku osób, które skorzystały z oferty poradni odwykowych. Badani, którzy podjęli tam leczenie osiągnęli krótszy okres abstynencji niż ci, którzy do poradni się nie zgłosili.

Ponieważ badani zgłaszali się do poradni A z różną częstotliwością, wydzielono grupę pacjentów, którzy w porównaniu z resztą grupy utrzymywali regularny kontakt

z poradnią dłużej niż przez 3 miesiące w każdym roku. Okresy abstynencji uzyskane przez te podgrupy w poszczególnych latach obrazują tabele 8 - 10.

TABELA 8

Kontakty z Poradnią A, a okresy abstynencji

rok 1	N	X	SD
nie podjęli	38	6	4,629
podjęli intensywnie	18	5	4,218

TABELA 9

rok 2	N	X	SD
nie podjęli	51	5	4,909
podjęli intensywnie	5	4	4,324

TABELA 10

rok 3	N	X	SD
nie podjęli	50	5	5,100
podjęli intensywnie	6	4	4,706

Zależności zamieszczone w powyższych tabelach nie osiągnęły istotności statystycznych.

Jak widać z powyższych danych pacjenci, którzy korzystali z poradni odwykowej w sposób intensywny w zestawieniu z badanymi, którzy nie podjęli kontaktu lub utrzymywali go przez czas krótszy niż 3 miesiące, gromadzili w 3 kolejnych latach mniej abstynencji.

Zależność ta utrzymuje się również, gdy zestawia się ją z danymi dotyczącymi abstynencji w całym okresie katamnezy (tabela 11).

TABELA 11

Kontakty z Poradnią A a utrzymywanie abstynencji

	N	X	SD
nie podjęli	36	17	13,051
podjęli intensywnie	20	14	12,096

Należy w tym miejscu dodać, że w badanej grupie pacjenci korzystali zwykle więcej niż z jednej formy oddziaływań. Najpopularniejszą kombinacją różnych rodzajów leczenia w ciągu 3 lat od wypisania były wizyty w poradni A, disulfiram i sporadyczny kontakt z grupą AA (11 osób). Tak jak i inne kombinacje ofert nie wpłynęło

to istotnie statystycznie na czas trwania abstynencji. Niewielkie znaczenie miała też kwestia różnej intensywności podjętego leczenia, które może być rozumiane jako większa częstotliwość zgłoszeń w określonym (zwykle dość krótkim) czasie. Zależność ta dotyczy w największym stopniu poradni A, w przypadku której nie osiągnięto istotnych różnic w czasie utrzymywanej abstynencji w zależności od intensywności wizyt.

W przypadku oddziałów całodobowych i dziennych badani poprzestawali zwykle na jednym pobycie. Stosowanie disulfiramu nie różnicowało czasu uzyskanej abstynencji (również w kontekście różnej ilości podjętych prób).

Nieco inaczej kwestie związane z intensywnością podjętej terapii mają się w przypadku osób związanych z ruchem AA.

Dane przedstawiające ilość abstynencji przypadającej na kolejne lata po wypisaniu z oddziału psychiatrycznego w zależności od intensywności podjętych kontaktów z AA zawarte są w tabelach 12 -14.

TABELA 12

Kontakty z AA a utrzymywanie abstynencji w 1 roku po wypisaniu z Oddziału

abstynencja - 1 rok	N	X	SD	p = 0,001
nie podjęli lub kontaktowali się sporadycznie	44	3	4,300	
podjęli >6 mies.	12	9	3,904	

TABELA 13

Kontakty z AA a utrzymywanie abstynencji w 2 roku po wypisaniu z Oddziału

abstynencja - 2 rok	N	X	SD	p = 0,147
nie podjęli lub kontaktowali się sporadycznie	48	4	4,776	
podjęli >6 mies	8	7	4,986	

TABELA 14

Kontakty z AA a utrzymywanie abstynencji w 3 roku po wypisaniu

abstynencja - 3 rok	N	X	SD	p = 0,029
nie podjęli lub kontaktowali się sporadycznie	48	4	4,958	
podjęli >6 mies.	8	8	3,926	

Jak wynika z powyższych tabel, osoby intensywnie uczęszczające na mityngi AA w poszczególnych 3 latach osiągnęły dłuższe okresy abstynencji, niż osoby, które nie nawiązały kontaktu ze Wspólnotą lub podejmowały go sporadycznie.

W przypadku szczególnie intensywnie uczęszczającej na mityngi AA grupy (tj. osoby, które brały udział w mityngach przez kolejne 3 lata w wymiarze większym niż

6 miesięcy każdym roku), ich okresy abstynencji w zestawieniu z resztą badanej grupy przedstawiają się następująco (Tabela 15).

TABELA 15

Intensywność w kontaktach z AA, a utrzymywanie abstynencji

	N	X	SD	p = 0,042
Nie zaangażowani w AA	49	15	12,153	
Silnie zaangażowani w AA	7	24	11,280	

Należy dodać, iż w przypadku tej grupy tj. 7 osób szczególnie zmotywowanych do kontaktów z AA, jedynie w pierwszym roku, bezpośrednio, po opuszczeniu oddziału podejmowali oni również inne formy leczenia (poradnia A lub oddział dzienny). Nie były to kontakty intensywne ani długotrwałe (nie przekroczyły 1 miesiąca) i nie kontynuowano ich w latach późniejszych.

Warto dodać, iż niewątpliwa popularność Wspólnoty AA wśród członków badanej grupy (78% badanej grupy - łącznie z kobietami – nawiązała kontakt z AA) wiązać należy z faktem, iż pacjenci hospitalizowani w IV Klinice Psychiatrycznej z powodu uzależnienia od alkoholu, podczas swojej hospitalizacji mieli okazję wziąć udział w mityngach Wspólnoty AA. Odbywają się one regularnie, raz w tygodniu na terenie oddziału. Bezpośrednio przed wypisaniem pacjenci byli również motywowani do uczęszczania na mityngi już po opuszczeniu szpitala. Jak się okazało działania te okazały się dość skuteczne, jako że spośród 39 osób, które przed hospitalizacją nie miały kontaktu z AA, 20 osób (51,3%) kontynuowały uczęszczanie na mityngi. Istotnie częściej od nich ($p = 0,00056$) kontakty ze wspólnotą po wypisaniu utrzymywały jednak te osoby, które przed pobyt w IV Klinice miały już kontakt ze wspólnotą.

Z drugiej zaś strony należy dodać, iż w obrębie 7 - osobowej grupy „szczególnie aktywnych w kontaktach z AA” (tj. regularnie uczęszczający na mityngi dłużej niż 6 mies. w każdym kolejnym roku) 5 osób (71,4%) utrzymywało kontakt z AA jeszcze sprzed hospitalizacji, zaś jedynie 2 osoby zapoznały się z ofertą Wspólnoty podczas hospitalizacji. Nie zmienia to jednak opinii o przydatności organizowania mityngów AA w oddziałach psychiatrycznych dla pacjentów hospitalizowanych z powodu uzależnienia od alkoholu.

Zależności między uczestnictwem w AA a utrzymywaniem abstynencji są widoczne również, gdy grupę 7 osób „szczególnie intensywnie uczestniczących w mityngach w każdym roku” zwiększymy o osoby, które różniły się mniejszą intensywnością w uczęszczaniu na mityngi, lecz Wspólnota AA była dla nich jedynym, w ciągu trzech lat rodzajem podjętego leczenia (6 osób).

Grupa ta nie różni się pod względem wieku i wykształcenia, różnice występują jednak w wynikach Wrocławskiego Inwentarza Objawów Uzależnienia od alkoholu, w którym grupa silnie związana z AA osiągnęła nieco niższy średni wynik (odp. $x=37,23$

TABELA 16

Intensywność w kontaktach z AA a utrzymywanie abstynencji

	N	X	SD	p = 0,026
Nie podjęli of.AA	43	14	12,461	
Int. uczestn. w AA	13	22	10,881	

w grupie związanej z AA i $x = 40,7$ w grupie badanych, którzy nie podjęli takiej oferty). Zależność ta nie osiąga poziomu istotności statystycznej. Nie stwierdzono różnic w zakresie zmiennych dotyczących systemu oparcia społecznego i istnienia osób motywujących do podjęcia leczenia wśród członków własnej rodziny.

Dane jakie uzyskane zostały przy pomocy Skali Oparcia Społecznego dowodzą, iż badana grupa miała dość zbliżone w swojej strukturze systemy oparcia. Były one dość szczupłe w kontekście ich wielkości (jedynie 5 - 10 osób jako dominująca konfiguracja). Zarazem można je określić jako wydolne z punktu widzenia rodzajów uzyskiwanego oparcia. Wiąże się to niewątpliwie z faktem, iż w większości przypadków w skład systemów oparcia wchodziły osoby wspólnie zamieszkujące bądź bliscy krewni, zaś osoby z innych obszarów (praca zawodowa, sąsiedzi, dalsza rodzina, terapeuci) w mniejszym stopniu uczestniczyły w tych systemach.

W kontekście podjętego leczenia odwykowego i utrzymywania abstynencji zarówno wielkość jak i wydolność systemów oparcia nie okazały się istotne statystycznie. Osoby, które podjęły leczenie po 3 latach od wypisania dysponują średnio większą ilością osób tworzących system oparcia (odpowiednio 7 i 9 osób), niemniej, jak już wspomniano, zależności te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej.

W grupie 13 osób związanych silnie z ruchem AA, liczba osób tworząca system oparcia była nieco większa w porównaniu z resztą badanej grupy, lecz i tym razem nie osiągnęło to poziomu istotnego statystycznie.

Spośród innych badanych czynników nie okazały się istotne statystycznie we wszystkich parametrach opisujących system oparcia społecznego; wiek, płeć, wykształcenie.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W badaniach dotyczących czynników warunkujących utrzymywanie abstynencji wielokrotnie podkreślano szczególne znaczenie oparcia społecznego wyrażającego się stopniem integracji społecznej [8, 16], statusem społecznym [9] czy też posiadaniem stałego zatrudnienia [6]. Zgodnie z tymi badaniami dobre oparcie społeczne umożliwia lepsze radzenie sobie z sytuacjami stresowymi, jest czynnikiem korzystnie wpływającym zarówno na podejmowanie leczenia odwykowego jak i utrzymywanie abstynencji [5]. Podkreśla się bezpośredni związek między posiadaniem stabilnego i wydolnego systemu oparcia społecznego a długością abstynencji [20, 26, 13, 5, 11]. Związek między lepszym funkcjonowaniem społecznym a utrzymywaniem abstynencji podkreśla również Hauser w oparciu o 3 letnią katamnetyczną grupę pacjentów uzależnionych od alkoholu [12].

W odniesieniu do badanej grupy w uzyskanych wynikach zależność ta nie znalazła potwierdzenia statystycznego zarówno w kontekście istnienia lub nie środowiska motywującego do podjęcia leczenia oraz wielkości i wydolności systemu oparcia społecznego. Członkowie badanej grupy mieli zbliżone parametry systemów oparcia społecznego, zmienne te nie różnicowały badanej grupy w kontekście długości okresu abstynencji.

Porównując uzyskane dane z wynikami innych badań prowadzonych nad systemami oparcia pacjentów uzależnionych od alkoholu należy zwrócić uwagę na dość istotne różnice jakie są udziałem badanej przez nas grupy. Liczebność systemu oparcia była mała i wynosiła średnio 9 osób. W badaniach z 1986 dotyczących pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie z uwagi na uzależnienie od alkoholu liczba osób wchodzących w skład systemu oparcia wynosiła 12 osób [2, 1]. W badanej przez nas grupie systemy oparcia były ponadto w znacznie większym stopniu oparte na rodzinie i osobach wspólnie zamieszkujących. Były one również bardziej wydolne w kontekście zapewniania poszczególnych funkcji wiążących się z uzyskiwaniem oparcia społecznego [opieka, wsparcie, powiernictwo, bezwarunkowe oparcie].

Nie potwierdziła się zależność, podkreślana w innych badaniach katamnesticznych, w myśl której osoby charakteryzujące się głębszym poziomem uzależnienia przejawiają większe trudności w utrzymywaniu abstynencji [24]. W badanej grupie poziom uzależnienia badany Wrocławskim Inwentarzem Objawów Uzależnienia nie miał związku z długością okresu abstynencji.

Różnice w długości okresu osiągniętej abstynencji wiązały się natomiast z rodzajem leczenia jakie podjęli członkowie badanej grupy. Z badań dotyczących utrzymywania abstynencji po przebytych leczeniu przez osoby uzależnione od alkoholu wynika, iż w przypadku 2/3 badanych można mówić o poprawie w kontekście utrzymywania abstynencji, [21], z innych badań wynika, iż zaledwie ok. 1/3 pacjentów utrzymuje abstynencje po odbyciu leczenia [25]. W badaniach katamnesticznych przeprowadzonych w Szwajcarii wynika, iż w po 3 letniej katamnezie, 50% badanych do których dotarło, relacjonowało utrzymywanie abstynencji w ciągu minionych 12 miesięcy – w omawianym materiale utrzymywanie abstynencji w okresie co najmniej 6 miesięcy poprzedzających zbieranie danych relacjonowało jedynie 26, 9 % badanej grupy[30].

W badaniach dotyczących czynników związanych z utrzymywaniem abstynencji często podkreśla się wagę uczestnictwa we Wspólnocie AA jako czynnika pozytywnie wpływającego na okres utrzymywania abstynencji. [15, 9]. Osoby uczestniczące w ruchu AA cechują się dłuższymi okresami utrzymywania abstynencji [22, 23]. Zależność ta wyraźnie uwidoczniła się również w prezentowanym materiale

Zwraca się uwagę, w kontekście rozwoju AA jak i skuteczności tej formy leczenia na fakt, iż oprócz skierowania do leczenia instytucjonalnego osoby uzależnione od alkoholu powinny być „automatycznie” niejako kierowane na mityngi AA [7].

Podkreśla się również, iż na skuteczność oddziaływań terapeutycznych może mieć wpływ łączenie terapii instytucjonalnej z uczestnictwem w mityngach AA [13]. W badanej przez nas grupie taka zależność nie występowała – skuteczno-

ścią wykazywało się jedynie AA, kombinacja różnych rodzajów leczenia nie miała wpływu na długość abstynencji.

WYNIKI

1. Podjęte leczenie instytucjonalne (niezależnie od intensywności i typu) nie wiązało się istotnie statystycznie z czasokresem utrzymywania abstynencji. Szczególnie słabo, w kontekście utrzymywania abstynencji prezentują się pacjenci poradni A. Na podstawie uzyskanych wyników ofertę tę można uznać za nieefektywną.

2. Jediną formą leczenia, która okazała się skuteczna w kontekście utrzymywania abstynencji była Wspólnota Anonimowych Alkoholików. Osoby, zaangażowane w ten ruch osiągnęły dłuższą abstynencję (ma to poziom istotności statystycznej) w porównaniu z osobami nie biorącymi udziału w mityngach AA.

3. Systemy oparcia społecznego nie wiązały się istotnie statystycznie z uzyskaną abstynencją. W badanej grupie systemy oparcia okazały dość jednorodne, oparte na członkach rodziny z niewielkim w nich udziałem osób spoza tego obszaru. Systemy te były zarazem wydolne w kontekście zakresu tj. zaspakajały znaczącą liczbę funkcji.

Paweł Bronowski

Factors related to abstinence maintenance in alcohol dependent patients hospitalized at a psychiatric ward - a three-year follow up study.

Summary

103 patients hospitalized at a psychiatric ward with the diagnosis of alcohol dependence were included in the study. Follow-up data were obtained from 64 respondents (i.e. 65,5 % of the initial sample) 3 years after their discharge. At the 3-year follow up 18 respondents (26,9%) reported maintaining abstinence in the past 6 months.

Several factors were analyzed: age, sex, social functioning, level of dependence, system of social support, and type of treatment received after discharge.

A better treatment outcome and longer abstinence period were significantly related to AA membership. No correlation was found between the type of alcohol treatment (outpatient clinic, day clinic, residential centers) on the one hand, and abstinence duration and social functioning level, on the other hand.

Key words: alcohol dependence/follow-up study

PIŚMIENNICTWO

1. Bizoń Z, Bernstein E., Kraško N., Ostrowska I., *Charaktersytyka otoczenia społecznego pacjentów alkoholików*. W: Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień. Materiały XXXV Zjazdu Psychiatrów Polskich, Warszawa, 1989, tom II, 11-16.

2. Bizoń Z, Bernstein E., Kraśko N., Ostrowska I., *Spoleczny system podtrzymania u osób uzależnionych od alkoholu*, W: Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień. Materiały XXXV Zjazdu Psychiatrów Polskich, Warszawa, 1989, tom II, 18-24.
3. Barnea Z., Rahav G., Teichman M., *The Reliability and consistency of self - reports on substance use in a longitudinal study*, Brit. J. Addict., 1987, 82, 891 - 898.
4. Booth B., Yates W., Petty., *Longitudinal characteristics of hospital use before and after alcoholism treatment*, Am. J. Drug. Alcohol Abuse, 1990, 16, 161 - 170.
5. Booth B. M., Russell D., Soucek S., *Social support and outcome of alcoholism treatment: an exploratory analysis*. Am J. Drug. Alcohol Abuse 1992, 18, 87 - 101.
6. Castneda R., Lifshutz H., Galanter M., Medalia A., *Treatment compliance after detoxification among highly disadvantaged alcoholics*, Am. J. Drug, Alcohol. Abuse 1992, 18, 223 - 234.
7. Chappel J., *Long term recovery from alcoholism*, Psychiatr.Clin.North. Am, 1993, 1, 177-187.
8. Duckert F., *Predictive factors for outcome of treatment for alcohol problems*, J. Subst. Abuse, 1993, 5, 31 - 44.
9. Ellis D., Mc Clure J., *In-patient treatment of alcohol problems - predicting and preventing relapse*. Alcohol., 1992, 27, 449-456.
10. Golding J.M, Middleton K, Leino E.V, Ager, Ferrer H., et al., *Demographic and metodological Characteristics associated with changes in frequency of alcohol use: a meta - analysis of studies from the Collaborative Alcohol Related Longitudinal Project.*, W: 36th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Stockholm 2-7 June 1991.
11. Gordon A, Zrull M., *Social networks and recovery: one year after inpatient treatment*, J. Subst. Abuse. Treat., 1991, 3, 143 - 152.
12. Hauser J., Szczepańska W., Głodowska A., *Analiza czynników psychologicznych i psychospołecznych u pacjentów z zespołem zależności alkoholowej*, Psych. Pol., 1994, 6, 701 - 710.
13. Johansen E, Herringer L, *A note on the utilization of common support activities and relapse following substance abuse treatment*, J. Psychol, 1993, 1, 73-77.
14. Leino E., Ager C., et al., *Demographic and methodological differences in the change of Quantity of drinking per occasion: A meta - analysis of multiple longitudinal studies from the collaborative alcohol collaborative alcohol - related longitudinal project*, W: 36th International Institute on the Prevention and Treatment of alcoholism, Stockholm 2-7 June 1991.
15. Leksowski W, *Analiza wybranych czynników warunkujących nawroty picia pacjentów uzależnionych od alkoholu*, Alkoholizm i Narkomania, 1995, 4, 55-65.
16. Longabauch R., Beattie M., Noel N., *The effect on social investment on treatment outcome*, J. Stud. Alcohol, 1993, 54, 465 - 478.
17. Mackenzie A, Funderburk F., *The characteristics of alcoholics frequently lost to follow-up*, J. Stud. Alcohol., 1987, 2, 119-123.
18. Mackenzie A., Funderburk F., Allen R., *Patterns of alcohoism over four years*, Journal of Studies on Alcohol, 1987, 2, 397 - 415.
19. Middleton K, Golding J., Leino E. V., et al, *Aggregate - level predictors of group - level drinking consistency: A cross study longitudinal analysis from the collaborative alcohol releted longitudinal project*, W: 36th International Institute on the prevention and treatment of alcoholism, Stockholm, 2-7 June 1991.

20. Miller W., *Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and other perspectives with which it is often confused*, J. Stud. Alcohol, 1994, 2, 159-166.
21. Miller W., Hester K., *Treating the problem drinker, Modern Approaches*. In: Miler W. *The addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity*, Pergamon Press, 1980.
22. Pettinati H., Sugerma A., *Natural history of alcoholism over four years after treatment*, J. Stud. Alcohol, 1982, 3, 201-215.
23. Rachowski A., Szczepańska W., Spychała R., *Udział AA w rehabilitacji hospitalizowanych alkoholików*, Zagadnienia Alkoholizmu i innych uzależnień, 1989, Warszawa, 211-215.
24. Sannibale C., *A prospective study of treatment outcome with a group of male problem drinkers.*, J. Stud. Alcohol, 1989, 50, 236-244.
25. Saxe L., Dougherty D., *The Effectiveness and Costs of Alcoholism Treatment*, Washington dc, US Congress, Office of Technology Assesment, 1983.
26. Schneider K, Kviz F, *Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcoholism treatment*, Addict. Behav., 1995, 1, 1-121.
27. Schulsinger F., Goodwin D., Knop J., Pollock V., Mikkelsen U., *Characteristics of young men at risk for alcoholism*, W: Third International Berzelius Syposium, Stockholm 1987, 193 - 205.
28. Sidorowicz S., *Próba pomiaru zespołu uzależnienia od alkoholu*, W: Problemy alkoholizmu, 1980, 6, 5-7.
29. Simpura J., Poikolainen K., *Accuracy of retrospective measurment of individual alcohol consumption in men; a reinterview after 18 years*, J. Stud. Alcohol, 1983, 44, 911-917.
30. Spinatsch M., *The predicton of long term outcome of male alcoholics after inpatient traetment: the case of a clinical population in German - speaking Switzerland*, Int. J. Addict., 1992,27, 1087 - 1103.
31. Timko C., Finney J., Moos R., *Short term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics*, J.Study. Alcohol.,1995, 6, 597-610.
32. Twitchelland K., *The anatomy of a follow-up*, British Journal of Addiction, 1992, 87.