

Marzenna Kucińska, Jerzy Mellibruda, Bogusław Włodawiec

CHARAKTERYSTYKA POPULACJI PACJENTÓW UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE APETA Analiza przebiegu i efektów terapii alkoholików

1. Dane demograficzne pacjentów uzależnionych

Niniejszy opis dotyczy populacji pacjentów, którzy rozpoczęli terapię odwykową w latach 1994-1995 w placówkach objętych programem badawczym APETA (placówki tzw. Sieci). Ogółem było to 9684 osoby, w tym 7961 mężczyzn (82%).

TABELA 1

Wiek i płeć pacjentów, którzy uczestniczyli we wszystkich etapach badań – od I do IVc
(N=2165)

ambulatoryjni			stacjonarni		
mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem
n=915	n=194	n=1109	n=934	n=122	n=1056
82,51%	17,49%	100%	88,45%	11,55%	100%
średni wiek: 42 lata					

Średnia wieku badanych pacjentów wynosi 42 lata. W zasadzie nie leczą się w placówkach Sieci osoby poniżej 19 roku życia (stanowią oni niecałe 2% badanych).

Większość osób leczonych w placówkach odwykowych Sieci ma ustabilizowane życie osobiste (pozostają w formalnym związku małżeńskim) – dotyczy to 6 na 10 leczonych pacjentów; pozostałych 2 nigdy nie było w stałym związku, a jeden lub dwóch jest po rozwodzie lub aktualnie w separacji. Osoby pozostające w konkubinacie lub wdowcy stanowią nieliczny odsetek wśród osób zgłaszających problemy związane z piciem alkoholu (łącznie około 4-5%).

TABELA 2
Stan cywilny badanych pacjentów (N=2165)

	ambulatoryjni			stacjonarni		
	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %
samotny	31	44	34	41	38	41
w związku	69	56	66	59	62	59

Nieco trudniej jest określić stopień stabilizacji sytuacji mieszkaniowej badanych. Zdecydowana większość z nich mieszka z rodziną. Ci mieszkający z osobami spoza rodziny, w akademikach, koszarach i bezdomni stanowią zaledwie około 7% badanych. Nieco większą grupę stanowią osoby mieszkające samotnie (12%).

Jeżeli chodzi o wykształcenie pacjentów uzależnionych poddanych badaniom monitoringowym to dwóch na sześciu ukończyło szkołę zawodową, kolejnych dwóch – średnią, jeden ma wykształcenie podstawowe a jeden wyższe.

TABELA 3
Wykształcenie badanych pacjentów (N=2165)

	ambulatoryjni			stacjonarni		
	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %
niepełne podstawowe	1	0	1	1	2,5	1
podstawowe	14	16	15	19	20,5	19
zawodowe	37	19	34	38	20	36
średnie i policealne	35	46	36	31	45	33
wyższe	13	19	14	11	12	11

Poziom stabilizacji zawodowej w badanej grupie jest spolaryzowany. Największą grupę stanowią osoby zatrudnione na etacie (około 42%) oraz bezrobotni (około 32%). Co dziesiąta z badanych osób utrzymuje się z renty lub emerytury. W innych kategoriach określających źródło utrzymania (praca dorywcza, uczy się, inne) mieści się około 14% osób badanych.

TABELA 4
Zatrudnienie badanych pacjentów (N=2165)

	ambulatoryjni			stacjonarni		
	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %
etat	52	42	50	39	34	39
dorywcze	7	8	7	5	2	4
uczy się	1	1	1	1	0	1
rencista/emeryt	9	11	9	14	12	13
bezrobotny	26	31	27	35	43	36
inne	5	7	6	8	10	8

Blisko 75% badanej populacji mieszka w średnich i dużych miastach (powyżej 20000 mieszkańców), pozostali zaś na wsi i w małych miasteczkach. W porównaniu do struktury zamieszkania Polaków w roku 1994 do leczenia odwykowego częściej zgłaszają się mieszkańcy dużych i średnich miast. Prawdopodobnie związane jest to z mniejszą dostępnością placówek leczących osoby uzależnione na wsiach czy w małych miasteczkach. Ale możliwe jest także, iż mieszkańcy małych miejscowości nie zgłaszają się do placówek odwykowych biorących udział w programie APETA z innych powodów (być może rzadziej oni sami czy otoczenie widzi problemy wynikające z nadużywania alkoholu, częściej w tych społecznościach osoby uzależnione spotykają się z odrzuceniem społecznym i inne).

2. Wstępna diagnoza stanu zdrowia pacjenta **– a) fizycznego, b) psychicznego i c) społecznego**

2a. Kondycja fizyczna badanych

Badając stan fizyczny pacjentów rozpoczynających terapię odwykową nie zawsze mogliśmy liczyć na szczegółową diagnozę medyczną. Zdecydowaliśmy się zatem na krótkie ankietowe pytanie, wypełniane przez terapeutę na podstawie konsultacji lekarskiej. Zdajemy sobie sprawę z ograniczeń wynikających z przyjęcia takiej metody. Odpowiedzi na pytanie o somatyczny stan zdrowia odzwierciedlają w naszym badaniu najczęściej nasilenie dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta, pomijając czasem te, które wymagają wnikliwszej diagnozy medycznej.

Pacjenci badani w placówkach odwykowych najczęściej przed rozpoczęciem terapii nie zgłaszali żadnych dolegliwości lub na tyle drobne, że nie wymagały one pomocy lekarskiej (około 80% badanych). W zdecydowanie złym lub bardzo złym stanie fizycznym było niespełna 4% pacjentów zgłaszających się do terapii odwykowej. Osoby, które we wstępnym kontakcie w placówce odwykowej zgłaszały nie najlepsze samopoczucie fizyczne kierowane były zwykle na konsultacje lekarskie i ewentualne leczenie medyczne.

2b. Kondycja psychiczna badanych

U pacjentów rozpoczynających leczenie odwykowe stwierdzano więcej różnorodnych objawów świadczących o zaburzeniach psychicznych i częstsze ich występowanie niż w grupie badanych alkoholików z ponad dwuletnią abstynencją z tych samych placówek. Jeszcze większa różnica, w tym samym kierunku, wystąpiła w porównaniu z grupą profesjonalnych pracowników placówek lecznictwa odwykowego, badanych przed rozpoczęciem zajęć terapeutycznych. Największe różnice dotyczyły częstotliwości występowania zachowań o charakterze psychotycznym, pojawiających się myśli o zabarwieniu paranoidalnym oraz stanów depresyjnych, namiętności, nieuzasadnionego lęku i fobii mierzonych przed i po podstawowym programie terapii uzależnienia (test T dla grup zależnych wykazał istotne różnice na poziomie $p < 0,005$ w każdej z wymienionych podskal).

Badanie ogólne kondycji psychicznej pacjentów uzależnionych, mierzonej przy pomocy kwestionariusza KKP, pozwala stwierdzić, iż przed przyjęciem do programu terapeutycznego, charakteryzuje ich:

- umiarkowany poziom motywacji i gotowości do działania w kierunku rozwijania swoich zainteresowań i sięgania po rzeczy ważne dla nich
- umiarkowany poziom gotowości do mobilizowania energii wobec problemów i trudności, które napotykają w swoim życiu
- znaczny poziom wiary i nadziei na dobrą dla nich zmianę życiową
- umiarkowane poczucie, iż posiadają niezbędne kompetencje do rozwijania siebie i zwiększania swoich zasobów osobistych
- nieznaczne lub umiarkowane poczucie, że dobrze radzą sobie z trudnymi emocjami i przeżyciami
- umiarkowane poczucie orientacji, co do tego co się z nimi dzieje
- umiarkowany poziom poczucia pewności siebie, zaufania do siebie i własnych działań, poczucia, że mam w sobie oparcie
- umiarkowany lub znaczny poziom samoakceptacji oraz poczucia kontroli i autorstwa swego życia.

Osoby uzależnione od alkoholu są przed rozpoczęciem leczenia w stosunkowo złej kondycji psychicznej. W badaniach IPZ nad kondycją psychiczną w lepszym stanie psychicznym znajdują się terapeuci zatrudnieni w placówkach odwykowych, trzeźwi alkoholicy z ponad dwuletnią abstynencją oraz osoby współuzależnione rozpoczynające terapię (86).

2c. Problemy społeczne

Nasilenie występowania problemów związanych z funkcjonowaniem społecznym osób badanych szacował terapeuta na podstawie informacji uzyskanych od pacjenta. Wywiad dotyczył występowania wymienionych problemów w ciągu ostatnich dwóch lat życia pacjenta, zaś nasilenie problemów oceniano na pięciostopniowej skali od 0 – nie występowały problemy do 4 – bardzo nasilone problemy. Z uzyskanych danych opisujących występowanie problemów społecznych przed podjęciem terapii odwykowej można sądzić, iż większość pacjentów placówek odwykowych biorących udział w programie APETA nie doświadczało bardzo dużych trudności związanych z funkcjonowaniem społecznym w okresie ostatnich dwóch lat. Nie potwierdzają tego jednak ani obserwacje kliniczne, ani też inne badania (3, 26, 38, 47, 50, 63, 90). Szczegółowa analiza odpowiedzi pozwala na bardziej adekwatny opis funkcjonowania społecznego osób uzależnionych. W okresie dwóch lat przed terapią najbardziej nasilone problemy występowały w sferze życia rodzinnego w różnym nasileniu u 90% badanych. U co drugiego pacjenta stwierdzano dość nasilone lub bardzo nasilone zaburzenia życia rodzinnego. Z obserwacji zmian funkcjonowania społecznego wynika, że w tym obszarze życia problemy utrzymują się dłużej niż w innych sferach, a nasilenie ich zmniejsza się stopniowo.

Podobną dynamikę zmian dostrzeżono w występowaniu problemów finansowych u pacjentów uzależnionych. W okresie dwóch lat przed terapią występowały one w

dużym nasileniu (dość i bardzo nasilone) u 37% badanych. Ogólnie w tym okresie problemy finansowe występują u 78% uzależnionych pacjentów.

Podobne nasilenie, jak zaburzenia życia rodzinnego oraz problemy finansowe, miały problemy związane z pracą zawodową. Rozpoznawano je u 66% badanych osób, w różnym nasileniu. Duże nasilenie trudności związanych z pracą zawodową stwierdzono u 34% badanych.

W okresie dwóch lat przed terapią przeciętnie w małym stopniu występowały w badanej grupie problemy związane z kontaktami z innymi ludźmi (poza rodziną), konflikty z prawem i stosowanie przemocy.

Problemy interpersonalne występowały przed terapią w dużym nasileniu u 23,5% badanych, a ogółem w różnym stopniu nasilenia zaobserwowano u 70% pacjentów.

Konflikty z prawem w dwuletnim okresie poprzedzającym leczenie odwykowe miało 35% badanych. Dość duże i duże nasilenie problemów tego typu wystąpiło u 12,41% osób rozpoczynających kontakt z placówką leczenia uzależnień.

W przypadku 39% badanych stwierdzono, iż w okresie dwóch lat przed rozpoczęciem obecnej terapii stosowali oni przemoc fizyczną wobec innych osób. Małe i średnie nasilenie zachowań tego typu wystąpiło u co czwartego pacjenta rozpoczynającego terapię odwykową (26%), zaś dość i bardzo nasilone w przypadku 12,22% badanych.

TABELA 5

Nasilenie problemów w funkcjonowaniu społecznym badanych pacjentów w okresie dwóch lat poprzedzających rozpoczęcie terapii uzależnienia

W okresie dwóch lat przed terapią	nie występowały	występowały w małym stopniu	występowały w średnim stopniu	były dość nasilone	były bardzo nasilone	błędne dane
problemy w pracy	26,21%	14,14%	18,80%	18,54%	15,64%	6,67%
problemy w kontaktach z innymi ludźmi	24,07%	19,88%	27,18%	18,29%	5,27%	5,31%
zaburzenia życia rodzinnego	5,50%	9,87%	24,41%	32,52%	23,54%	4,15%
problemy finansowe	17,08%	15,65%	24,85%	22,14%	15,41%	4,87%
konflikty z prawem	55,71%	12,74%	9,70%	7,37%	5,04%	9,42%
stosowanie przemocy	51,12%	14,95%	11,62%	8,51%	3,71%	10,08%
inne	35,33%	1,93%	2,60%	1,84%	1,19%	53,11%

3. Diagnoza zaawansowania uzależnienia od alkoholu

Za osoby uzależnione uznaliśmy osoby, u których rozpoznano zespół uzależnienia od alkoholu na podstawie kryteriów podanych w aktualnie obowiązującej w Polsce Międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów – wersja 10 (ICD-10) (43). Kryteria te zawierają 6 grup objawów zmian fizjologicznych, psychicznych i społecznych, związanych z długoletnim pićm alkoholu. Ponieważ niektóre z wymienionych tam objawów mogą pojawić się także u osób, u których nie występuje uzależnienie, przyjmuje się, iż do diagnozy uzależnienia niezbędne jest stwierdzenie występowania co najmniej 3 z 6 wyróżnionych w ICD-10 objawów przez „jakiś czas w okresie poprzedzającego roku” (4). Poniżej opisujemy objawy świadczące o zaawansowaniu uzależnienia w grupie badanych pacjentów, posługując się zarówno kryteriami ICD-10, jak również wzorem dotychczasowego używania alkoholu (rodzaje napojów alkoholowych, czas picia nałogowego, długości ciągów i prób abstynencji, wcześniejsze leczenie odwykowe).

3a. Występujące u pacjenta objawy diagnostyczne dla uzależnienia oraz inne towarzyszące chorobie alkoholowej zaburzenia

Generalnie u ponad 80% pacjentów rozpoczynających terapię uzależnienia występują niemal wszystkie podstawowe oraz dodatkowe objawy kliniczne wskazujące na występowanie uzależnienia od alkoholu:

U 95% badanych stwierdzono upośledzenie zdolności do kontrolowania picia, czyli osoby te nie potrafią uniknąć okazji do wypicia, zaprzestać picia po pierwszym kieliszku czy założonej ilości alkoholu.

U 94% pacjentów stwierdzono występowanie typowych objawów abstynencyjnych, to jest drżenie mięśni, nudności, wymioty, biegunkę, bezsenność, wysuszenie śluzówek, wzmożoną potliwość, drażliwość lub obniżony nastrój, lęk.

4 pacjentów radziło sobie z objawami abstynencyjnymi poprzez picie alkoholu i miało poczucie, że to najlepszy sposób na tę dolegliwość.

U 90% badanych stwierdzono zmianę tolerancji na alkohol, najczęściej w postaci konieczności spożywania coraz większych dawek alkoholu dla uzyskania oczekiwanego efektu.

88% osób uzależnionych odczuwało przed terapią odwykową głód alkoholowy, czyli silną, natrętną potrzebę spożywania alkoholu.

Ponad 87% badanych piło alkohol pomimo oczywistej wiedzy i świadomości jego szkodliwości dla swego zdrowia.

U 85% pacjentów stwierdzono, że poza pićm alkoholu nie ma w ich życiu alternatywnych przyjemności, zachowań i zainteresowań. Te sfery życia zostały zaniebane aż do całkowitego zaniku wraz z rozwojem choroby alkoholowej. Zachowania związane z pićm alkoholu zawężyły się najczęściej do jednego lub dwóch wzorców picia (to samo towarzystwo, okoliczności, sposób picia).

Wszystkie opisane powyżej objawy wchodzą w skład diagnostycznych kryteriów uzależnienia podanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów ICD-10.

Patrząc z perspektywy objawów towarzyszących uzależnieniu aż 96% badanych piło ciągami (tzn. w sposób nieprzerwany przez dłuższy czas będąc pod wpływem alkoholu), 93% wracało do picia nałogowego po próbach utrzymania abstynencji, u ponad 90% wystąpiły palimpsesty alkoholowe i próby zapanowania nad pićciem. Bliżko 80% badanych ma w swoim doświadczeniu wystąpienie epizodów psychotycznych pod wpływem intoksykacji alkoholowej. Objawy te świadczą o zaawansowanej fazie rozwoju uzależnienia. Stosunkowo rzadziej, choć dotyczy to co najmniej połowy pacjentów rozpoczynających leczenie odwykowe, występują ataki paniki czy nasilonego lęku bez powodu. Próby samobójcze ma za sobą co piąty badany.

Ponad połowa osób zgłaszających się do placówek Sieci ma świadomość, że są uzależnieni od alkoholu. Zarówno ten fakt, jak i znaczne nasilenie występowania innych objawów uzależnienia świadczą o tym, że populacja pacjentów placówek odwykowych biorących udział w programie APETA zdominowana jest przez osoby znajdujące się w bardzo zaawansowanej fazie rozwoju choroby alkoholowej.

3b. Czas występowania widocznych objawów uzależnienia

Osoby rozpoczynające leczenie w placówce odwykowej najczęściej obserwują objawy uzależnienia u siebie już od ponad 10 lat. Drugą dużą grupę stanowią pacjenci pijący nałogowo od 5 do 10 lat. Pod względem czasu pojawienia się i długości rozwoju uzależnienia pacjenci ci w znacznej części są w bardzo zaawansowanej fazie choroby.

Jedynie nieliczni szukają pomocy we wczesnej fazie uzależnienia: około 2% pacjentów pije w sposób nałogowy niespełna rok, a 12% od roku do trzech lat.

TABELA 6

Długość picia nałogowego w grupie badanych pacjentów (dane procentowe, N=2165)

	ambulatoryjni			stacjonarni		
	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %
mniej niż rok	3	6	3	1	4	1
1-3 lata	13	25	16	10	18	11
od 3 do 5 lat	15	20	16	14	34	16
ponad 5 do 10 lat	26	26	26	32	26	31
ponad 10 lat	43	21	39	43	17	40

3c. Długość trwania ciągów picia

Ciągi picia to okresy wielodniowej intoksykacji alkoholowej, charakterystyczne dla chronicznej fazy rozwoju choroby alkoholowej. W podjętych przez nas badaniach pytaliśmy osoby uzależnione o długość ciągów picia alkoholu w ostatnich dwóch latach. Brak tego objawu stwierdzono u około 5% badanych osób. W grupie uzależnionych pacjentów leczonych w placówkach Sieci u 10% występują ciągi utrzymujące się do 3 dni, u 24% – ciągi trwające od 4 do 7 dni, u 20% badanych – ciągi trwające od 8 do 14 dni, u 10% – 15-21 dni, i u kolejnych 10% – 22-30 dni.

3d. Długość podejmowanych prób abstynencji

Podejmowanie i załamywanie się prób życia bez picia alkoholu jest cechą charakterystyczną dla choroby alkoholowej. Dynamika okresów abstynencji, czyli częstość i długość ich występowania, zmienia się wraz z rozwojem choroby. Im bardziej zaawansowana faza uzależnienia, tym krótsze i rzadsze są występujące przerwy w picciu, choć istnieją wyjątki od tej reguły.

W grupie pacjentów rozpoczynających terapię odwykową, w poprzedzającym ją okresie dwóch lat, okresy abstynencji trwały od 0 do 24 miesięcy. W ogóle żadnej przerwy w nałogowym picciu nie było w przypadku 16% badanych (co 6 badany). Jednomiesięczne okresy niepicia udało się utrzymać co 5 badanemu – 21%, dwumiesięczne – 13%, trzymiesięczne – 14%. Są to długości najczęściej utrzymywanych okresów abstynencji alkoholowej.

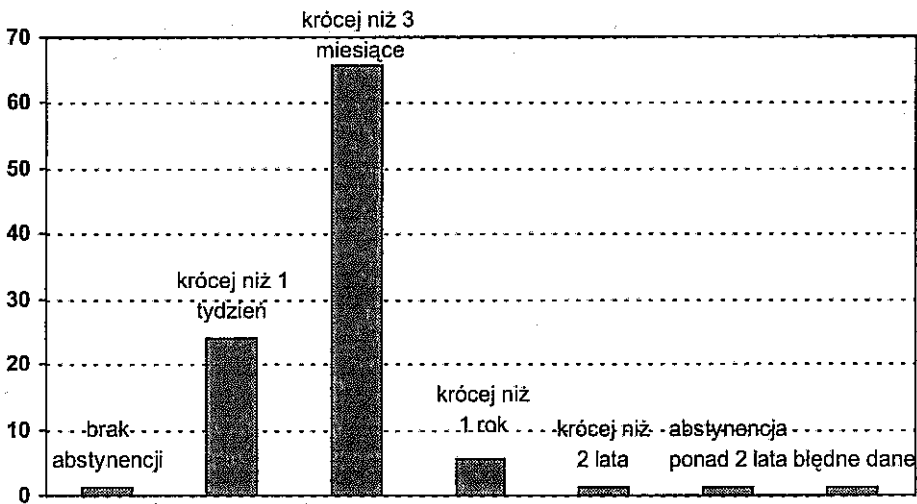
3e. Długość abstynencji zachowywanej przez pacjenta w okresie bezpośrednio poprzedzającym terapię

W chwili rozpoczynania kontaktu z placówką odwykową nie podjęło próby utrzymania abstynencji alkoholowej około 2% badanych. W przypadku 25% (co czwarty przyjęty) okres bez alkoholu jest krótszy niż 1 tydzień, czyli pacjenci ci usiłują utrzymać abstynencję od chwili umówienia się na rozmowę z terapeutą w placówce odwykowej, najczęściej po informacji, że muszą przyjść trzeźwi. Pacjenci nie pijący alkoholu co najmniej przez 1 tydzień (do 3 miesięcy) stanowią większość przyjmowanych do placówek leczenia uzależnień – 66%. Pacjenci utrzymujący dłuższą abstynencję przed rozpoczęciem terapii (powyżej 3 miesięcy) stanowią około 6% badanych. W grupie tej znajdują się najczęściej pacjenci, którzy wcześniej ukończyli już podstawowy program terapii uzależnienia np. w oddziale zamkniętym i po powrocie do zwykłego środowiska kontynuują leczenie w placówce ambulatoryjnej.

TABELA 7

Utrzymywanie abstynencji przed rozpoczęciem terapii, w grupie badanych pacjentów
(% rozkład częstości odpowiedzi)

% pacjentów z poszczególnych lat	1994	1995
pacjent nie zachowuje abstynencji	1,22	1,33
abstynencja krótsza niż 1 tydzień	24,02	24,58
abstynencja krótsza niż 3 miesiące	65,68	65,86
abstynencja krótsza niż 1 rok	5,56	4,66
abstynencja krótsza niż 2 lata	1,11	1,16
abstynencja ponad 2 lata	1,11	0,91
błędne dane	1,29	1,50



Rycina 1. Długość utrzymywania abstynencji przed rozpoczęciem terapii, w grupie badanych pacjentów (%)

Stosunkowo długi okres abstynencji przed podjęciem leczenia wynika najczęściej z konieczności oczekiwania na rozpoczęcie programu terapii uzależnienia (dotyczy to zwłaszcza placówek stacjonarnych, z turnusowym cyklem terapeutycznym zamkniętym grupami terapeutycznymi). Przed rozpoczęciem programu pacjent kierowany jest na spotkania grupy wstępnej i mitingi AA, a jednocześnie przy pierwszej rozmowie jest już zawierany kontrakt dotyczący abstynencji alkoholowej, jako wstępnego warunku przyjęcia do programu terapii uzależnienia.

3f. Rodzaje wypijanych napojów alkoholowych (spożywczych i niespożywczych)

Dla ponad 60% pacjentów wódka stanowi najczęściej spożywany napój alkoholowy. Na drugim miejscu znajduje się piwo – najczęściej wypijany napój alkoholowy w przypadku 35% badanych, zaś na trzecim wino – 20.85%.

3g. Używanie leków i innych niealkoholowych substancji psychoaktywnych

W badaniach staraliśmy się wyłonić osoby, z tzw. mieszanym uzależnieniem, czyli te, które poza alkoholem nadużywają także innych substancji chemicznych zmieniających świadomość. Najczęściej alkoholicy stosują takie niealkoholowe używki jak kawa i papierosy. W przypadku co trzeciej osoby rozpoczynającej leczenie odwykowe jest to nałóg występujący równoległe do uzależnienia od alkoholu (30%). Równie często pacjenci uzależnieni sięgają po leki nasenne lub uspokajające – w ciągu miesiąca poprzedzającego leczenie odwykowe w badanej grupie zażywało je 33%. Nadużywanie leków wystąpiło u 9,5% badanych, którzy stosowali je w celu zmiany przeżywanych stanów często i bardzo często.

Stosunkowo rzadko w placówkach Sieci leczenia są pacjenci, którzy poza alkoholem nadużywają substancji typu marihuana, haszysz, kokaina, opiaty czy inne narkotyki „domowe”. Stanowią oni 5% badanych. Ogółem narkotyków zażywało przynajmniej jednokrotnie około 17% pacjentów uzależnionych leczących się z powodu alkoholizmu.

3h. Ilość podejmowanych wcześniej prób leczenia odwykowego

Z dziesięciu przebadanych pacjentów uzależnionych, którzy rozpoczynają terapię w placówce odwykowej ośmiu ma za sobą wcześniejsze próby leczenia w tego typu placówce: czterej mają już za sobą 1 taką próbę, dwaj – 2, dla jednego lub dwóch jest to co najmniej trzecie podejście do terapii odwykowej. Jedyne dla dwu z 10 przebadanych osób jest to pierwszy kontakt z placówką leczenia uzależnień. Zwykle pacjenci nie przychodzą powtórnie do tej samej placówki. Wśród rozpoczynających terapię w danej placówce jedynie około 15% to pacjenci, którzy wcześniej już tu byli.

Leczenie farmakologiczne uzależnienia podejmowało wcześniej około 40% badanych, kobiety nieco rzadziej niż mężczyźni (43% badanych mężczyzn i 33% badanych kobiet). Środki o działaniu awersyjnym typu disulfiram (anticol, esperal) wymuszają abstynencję poprzez stworzenie groźby wystąpienia objawów ostrego zatrucia po wypiciu alkoholu. Warto pamiętać, że najczęściej stosowane są one na życzenie pacjentów, którzy nie decydują się na aktywne uczestnictwo w programie terapeutycznym. Niektórzy pacjenci zgłaszają się jedynie w tym celu i są często bezpośrednio kierowani do lekarza.

TABELA 8
Wcześniejsze leczenie odwykowe badanych pacjentów (N=2165)

	ambulatoryjni			stacjonarni		
	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %	mężczyźni %	kobiety %	ogółem %
tak	74	77	74.5	74	74	74
nie	26	23	25.5	26	26	26

WNIOSKI

Analiza otrzymanych wyników dotyczących charakterystyki pacjentów uzależnionych, leczonych w Sieci placówek objętych programem badawczym APETA, potwierdza duże nasilenie różnorodnych problemów w badanej grupie. Problemy te związane są przede wszystkim z uzależnieniem od alkoholu, z niemożnością utrzymania abstynencji i wynikającymi z niego powikłaniami w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym.

Ze względu na powszechne występowanie w badanej grupie wszystkich objawów diagnostycznych dla uzależnienia od alkoholu, najczęściej od ponad 5 lat, można stwierdzić, że pacjenci leczeni w placówkach Sieci znajdują się w zaawansowanej fazie uzależnienia. Taki rodzaj pacjentów może tłumaczyć fakt powszechnej dostęp-

ności programów terapeutycznych dla osób uzależnionych, przy niemal braku w placówkach Sieci oferty dla osób nadużywających alkoholu oraz pijących ryzykownie.

Ogólnie złe samopoczucie psychiczne w powiązaniu z pojawiającymi się objawami zaburzeń psychicznych oraz problemami związanymi z funkcjonowaniem społecznym wydaje się być czynnikiem mobilizującym do podejmowania leczenia odwykowego (3,4). Jednocześnie stosunkowo wysokie nasilenie występujących różnorodnych zaburzeń w badanej grupie pacjentów wskazuje na konieczność wnikliwej diagnozy wstępnej stanu psychicznego i somatycznego stanu pacjenta, która pozwoli na w miarę szybką interwencję terapeutyczną. W czasie psychoterapii stan psychiczny i somatyczny pacjenta wymaga uważnego obserwowania, pomimo koncentracji w leczeniu uzależnienia na psychologicznych jego mechanizmach, gdyż jego załamanie się (gorszy stan psychiczny lub dolegliwości somatyczne) może stać się bezpośrednią przyczyną powrotu do picia alkoholu.

Ze względu na częste występowanie w grupie badanych pacjentów zjawiska bezrobocia wydaje się ważne, aby programy odwykowe uzupełnić o elementy związane z tym problemem. W wielu badaniach klinicznych i empirycznych posiadanie stałego zatrudnienia jest wymieniane jako czynnik sprzyjający wychodzeniu z uzależnienia i zwiększający prawdopodobieństwo utrzymywania abstynencji po ukończeniu leczenia (4).

Podobnie dodatkowego uwzględnienia w procesie terapii wydają się wymagać problemy związane z życiem rodzinnym pacjentów uzależnionych. Są one zwykle bardzo nasilone w okresie poprzedzającym leczenie i nie rozwiązują się same przez się pod wpływem faktu zaprzestania picia przez alkoholika czy ukończenia przez niego leczenia odwykowego. Włączenie rodziny alkoholika w proces leczenia oraz psychoedukacja, zwłaszcza żon alkoholików, jest pierwszym krokiem w tym kierunku, który we wszystkich placówkach Sieci został już wykonany. Niezbędne wydaje się jednak zwrócenie uwagi na źródła problemów związanych z życiem rodzinnym pacjenta. Do źródeł tych należą deficyty umiejętności interpersonalnych czy umiejętności konstruktywnego rozwiązywania problemów ze strony osoby uzależnionej. Bardzo często jednak przyczyny kłopotów rodzinnych związane są z trudnościami w komunikacji interpersonalnej, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji małżeńskiej. Zwykle w głębszej pracy z pacjentami z długą abstynencją, zaawansowanymi w pracy terapeutycznej nad sobą, okazuje się, że pod spodem aktualnych problemów rodzinnych znajdują się urazy wyniesione z domu rodzinnego. Zatem dłuższą perspektywą procesu terapeutycznego pacjentów uzależnionych, u których występują problemy związane z życiem rodzinnym będzie praca nad nabywaniem umiejętności radzenia sobie z nimi, a czasem praca terapeutyczna nad urazami tkwiącymi u podstaw tych trudności.

Zwraca uwagę fakt, że cechy charakterystyczne pacjentów uzależnionych, rozpoczynających leczenie w placówkach Sieci, częściej odzwierciedlają grupę pacjentów mieszkających w dużych bądź średnich miastach. Stosunkowo mały odsetek osób badanych stanowią mieszkańcy wsi i małych miasteczek, choć problem uzależnienia jest tam rozpowszechniony w co najmniej podobnym zakresie. Jest to związane z umiejscowieniem placówek Sieci, co może wpływać także na takie cechy badanych

pacjentów jak stosunkowo dobre ich wykształcenie czy stan somatyczny. Przy analizie skuteczności poszczególnych placówek fakt takiego doboru pacjentów może wpływać na uzyskiwanie lepszych efektów leczenia w placówkach Sieci, w stosunku do efektów równie skutecznych placówek ale leczących pacjentów gorzej wykształconych, z rozlicznymi dolegliwościami somatycznymi i mieszkających w małych miejscowościach. W badaniach empirycznych skuteczności leczenia warto zatem relatywizować otrzymywane wskaźniki skuteczności leczenia do cech demograficznych pacjentów uzależnionych, takich jak np. środowisko czy wykształcenie i analizować wyniki w zależności od głębokości uzależnienia czy występujących zaburzeń funkcjonowania.

Streszczenie

Podjęto próbę scharakteryzowania grupy pacjentów uzależnionych od alkoholu, leczonych w placówkach odwykowych objętych programem APETA (tzw. Sieci). Opisano grupę 9684 osób (w tym: 7961 mężczyzn) leczonych w latach 1994-1995. Badani to głównie mężczyźni (83%) w wieku od 25 do 54 lat (średni wiek 42 lata), pochodzący z dużych lub średnich wielkości miast, posiadający jedno lub dwoje dzieci. Większość ma ustabilizowaną sytuację rodzinną i zawodową, jednak istnieje spora podgrupa osób i bezrobotnych rozwiedzionych (głównie kobiety). Są to osoby znajdujące się w zaawansowanej fazie uzależnienia, mające zwykle za sobą ponad pięcioletni okres picia nałogowego oraz wcześniejsze próby leczenia odwykowego.

Z analiz otrzymanych danych wynika, że ze względu na cechy badanej grupy osób uzależnionych ważnymi elementami, które powinny dodatkowo pojawiać się w programach dla uzależnionych są umiejętności związane z zdobyciem i utrzymaniem pracy, umiejętności związane z komunikacją interpersonalną, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji małżeńskiej, oraz umiejętności rozwiązywania problemów osobistych.

W badaniach empirycznych skuteczności leczenia warto relatywizować otrzymywane wskaźniki skuteczności leczenia w zależności od cech demograficznych pacjentów uzależnionych, takie jak np. środowisko czy wykształcenie, a nie jedynie w zależności od głębokości procesu uzależnienia czy występujących zaburzeń funkcjonowania.

Marzenna Kucińska, Jerzy Mellibruda, Bogusław Włodawiec
**Characterization of the patient population participating
in the APETA program**

Summary

An attempt was made to describe the group of alcohol dependent patients treated in the so-called Network of alcohol treatment facilities under the APETA program. A group of 9684 patients treated in the years 1994-1995 was described. The APETA program participants were mostly males (N=7961, i.e. 83%), in the 25 to 54 age range (mean age 42 years), from large or middle-sized towns, and having one or two children. The majority were married and had a steady job. However, there was a quite

substantial subgroup of divorced and unemployed patients (females mostly). The program participants were in an advanced stage of dependence, i.e. with a history of over five years of habitual drinking and with previous attempts at alcohol treatment. An analysis of the obtained data suggests that in view of the characteristics of the group under study there are some important elements that should be additionally taken into consideration in programs for persons with alcohol dependence. Namely, these are: skills related to job acquirement and maintenance, interpersonal (especially marital) communication skills, as well as personal problem solving skills.

Indices of treatment efficacy in evaluation studies should take into account not only severity of the patients' dependence or impairment of their functioning, but also their demographic characteristics, such as social status or education.

Key words: alcohol dependence / sociodemographic characteristics