

Marzenna Kucińska, Jerzy Mellibruda

ZMIANY STANU PSYCHICZNEGO PO TERAPII ODWYKOWEJ PACJENTÓW UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE BADAWCZYM APETA

WSTĘP

Uzależnienie od substancji chemicznej bardzo często prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego oraz do destrukcyjnych zmian funkcjonowania społecznego osoby uzależnionej. Stwierdzają to zarówno terapeuci, jak i członkowie rodzin, żyjący na co dzień z osobą. Zwykle postępujące wyniszczenie dotyczy także sfery psychicznej.

Przystępując do analizy zdrowia psychicznego alkoholików leczonych w placówkach odwykowych chcieliśmy sprawdzić występowanie i nasilenie objawów związanych z zaburzeniami funkcjonowania psychicznego. Innym zagadnieniem szczególnie nas interesującym była specyfika zaburzeń psychicznych występujących u alkoholików – czy występujące zaburzenia funkcjonowania psychicznego mają charakter ogólny (ogólne deficyty, wyższy poziom różnych zaburzeń) czy raczej specyficzny (np. występowanie depresji lub podwyższony poziom agresji przy braku innych symptomów zaburzeń psychicznych). Chcieliśmy również zaobserwować dynamikę zmian w funkcjonowaniu psychicznym osób uzależnionych, które uczestniczyły w terapii odwykowej, oraz zaobserwować jakie czynniki sprzyjają zmniejszeniu występujących objawów zaburzeń psychicznych oraz polepszeniu ogólnego stanu psychicznego pacjentów.

We wstępnym etapie badań przyjęliśmy hipotezę o stosunkowo częstym występowaniu zaburzeń psychicznych wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu i ich złym samopoczuciu psychicznym. Jednak wyniki z badań pilotażowych były niejednoznaczne. Trudnością okazało się uzyskanie rzetelnych wyników we wczesnym okresie odstawienia alkoholu, tj. przy przyjęciu pacjenta do terapii. Po-

miar w tym czasie wymagał od osób przeprowadzających badanie szczególnego zwrócenia uwagi na poziom zdolności pacjenta do zrozumienia wypełnianych testów, przy jednoczesnym zachowaniu tej samej procedury dla różnych osób badanych.

Ponieważ zakładamy, iż podstawą uzależnienia w sferze psychicznej są psychologiczne mechanizmy uzależnienia (75), nasze oczekiwania co do ogólności lub specyfiki występującej psychopatologii szły w kierunku ogólnie podwyższonego nasilenia zaburzeń. Odstawienie alkoholu czy innej substancji uzależniającej może prowadzić paradoksalnie do nasilenia zaburzeń związanych z PMU oraz w szybkim czasie rozwinięcia innego nałogu. Przypuszczaliśmy, że przy odstawieniu alkoholu ogólne nasilenie zaburzeń psychicznych podwyższy się, a zmniejszy dopiero w późniejszym okresie, gdy działanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia (109) zostanie zmodyfikowane lub choćby poddane kontroli osoby uzależnionej. Ciekawym pytaniem jest, jaką rolę w leczeniu uzależnienia odgrywa zastąpienie picia alkoholu innym nawykiem, jakim jest codzienne uczestniczenie w mitingach AA, które co prawda nie prowadzi do modyfikacji mechanizmów uzależnienia, ale ukierunkowuje ich działanie na nawyk nie destrukcyjny, pozwalający na somatyczną regenerację organizmu.

Grupa badana i metodologia badań

W badaniu wzięło udział 3076 osób uzależnionych (w tym 2612 – 85% mężczyzn) rozpoczynających terapię w placówkach, w których prowadzony jest program badawczy APETA. Analiza objęła osoby, które rozpoczęły i przerwały bądź ukończyły podstawowy program terapii uzależnienia (PPTU) w roku 1994. Grupa osób badanych nie różni się od badanych biorących udział w programie APETA i została szczegółowo scharakteryzowana w części opisującej portret populacji. Wszystkie osoby badane zostały podzielone na osoby przerywające terapię w czasie jej trwania (łącznie 40%) oraz osoby kończące podstawowy program terapii uzależnienia (60%).

Pomiaru stanu funkcjonowania psychicznego osób uzależnionych dokonywaliśmy za pośrednictwem Skali Klinicznych Objawów Psychopatologicznych SCL-90 [Derogatis, Lipman, Covi (31) w polskiej adaptacji K.Jankowskiego], oraz Kwestionariusza Kondycji Psychiczej KKP [Gajewska, Mellibruda (40)]. Ponieważ w szczególności opis tych narzędzi nie był wcześniej publikowany w literaturze polskiej, zamieszczamy go poniżej.

Kwestionariusz do pomiaru stanu kondycji psychicznej – KKP

Kwestionariusz do pomiaru stanu kondycji psychicznej – KKP – został skonstruowany przez A.Gajewską i J.Mellibrudę. Kondycję psychiczną autorzy rozumieją jako wewnętrzne zdolności do radzenia sobie z różnego rodzaju problemami i trudnościami życiowymi, z trudnymi do wytrzymania stanami emocjonalnymi, a także zdolność do rozwoju. Miarą stanu kondycji psychicznej są przekonania osoby bada-

nej co do własnych możliwości radzenia sobie w życiu, zwane przez autorów kwestionariusza „poczuciami Ja”.

W badaniach posługiwano się skróconą wersją kwestionariusza, ograniczającą każdą ze skal do dwóch punktów (po jednym konstruktywnym i destrukcyjnym), najlepiej opisujących badany wymiar. Statystyki odnoszą się do skróconej wersji kwestionariusza, zawierającej 20 punktów, która została użyta w programie badawczym APETA. Poniżej znajduje się szczegółowy opis podskal wchodzących w skład kwestionariusza:

a) stan motywacji i energii – aspekt rozwojowy – kategoria ta odnosi się do poziomu motywacji i energii, jaki pacjent jest w stanie aktualnie skierować na realizację swoich zainteresowań, rozwijanie siebie;

b) stan motywacji i energii – aspekt obronny – opisuje poziom energii i motywacji, jaki osoba postrzega u siebie, mobilizowanej w chwili stresu, problemu życiowego czy do radzenia sobie z trudnymi emocjami;

c) poczucie nadziei i perspektyw – bada poczucie nadziei vs poczucie beznadziejności związane z przyszłością, perspektywami zmiany swojej sytuacji życiowej na lepsze;

d) poczucie kompetencji – aspekt rozwojowy – skala ta bada przeświadczenia co do osiągania interesujących jednostkę celów życiowych oraz możliwość rozwoju własnych kompetencji rozwojowych;

e) poczucie kompetencji – aspekt obronny – poczucie posiadania umiejętności niezbędnych do radzenia sobie z problemami i trudnymi emocjami;

f) poczucie orientacji – zakres w jakim jednostce wydaje się, iż rozumie przebieg swojego życia, może je przewidywać oraz wie, jak się zachować w codziennych sytuacjach;

g) poczucie pewności siebie i zaufania do siebie – kategoria odnosząca się do poczucia posiadania silnego oparcia w sobie co do działania i myślenia;

h) poczucie autonomii osobistej vs poszukiwanie oparcia w kimś – poczucie własnej niezależności od pomocy i wsparcia duchowego z zewnątrz w obliczu bardzo trudnych problemów i przy dużym wewnętrznym obciążeniu;

i) poczucie samoakceptacji – stopień, w jaki jednostka obdarza akceptacją samą siebie, niezależnie od tego jak jej wartość postrzegają inne osoby i niezależnie od postrzegania własnych wad;

j) poczucie kontroli i autorstwa swego życia – bada poczucie jednostki, że jej życie zależy głównie od niej samej, że ma na nie wpływ i kontrolę nad nim;

W każdej podskali kwestionariusza osoba badana, może otrzymać wynik od 0 do 4, gdzie 4 oznacza bardzo wysokie nasilenie danej cechy, zaś 0 jej brak. Wyższy wynik uzyskiwany w podskalach oznacza lepszą kondycję psychiczną.

Analiza czynnikowa pytań kwestionariusza kondycji psychicznej potwierdziła istnienie czynnika, najsilniej determinującego pomiar kwestionariuszem. Jest nim zgodnie z założeniem autorów „ogólna kondycja psychiczna”, na którą składają się:

– przekonania dotyczące nieradzenia sobie, poczucia bezradności i zależności od sił zewnętrznych (biegun negatywny kondycji psychicznej);

– przekonania dotyczące poczucia mocy i polegania na sobie samym (biegun pozytywny kondycji psychicznej).

W analizie czynnikowej podskal wyróżnionych przez autorów KKP wyodrębniono dwa czynniki. Wyraźnie czynnikiem silniej nasycającym wyniki poszczególnych skal KKP jest czynnik związany z motywacją i kompetencją obronną, pewnością siebie i poczuciem kontroli i autorstwa swojego życia. Czynnikiem ten najsilniej nasycą ogólny pomiar kwestionariusza – poziom kondycji psychicznej. Drugi z wyodrębnionych czynników związany jest najsilniej z brakiem autonomii, brakiem pewności siebie, niską samooceną oraz motywacją do rozwoju, jednak siła jego wpływu na poszczególne podskale jest nieznaczna w porównaniu z czynnikiem 1.

Można zatem wyodrębnić podstawowy składnik kondycji psychicznej – ogólny poziom zasobów niezbędnych do radzenia sobie z przeciwnościami losu, stresami i problemami, w które wchodzi przekonania o możliwości radzenia sobie z trudnościami samodzielnie, przekonania o tym, że moje życie zależy ode mnie oraz poleganie na samym sobie.

Drugim wyraźnym czynnikiem związanym z pomiarem KKP jest przekonanie o możliwości własnego rozwoju przy jednoczesnym braku poczucia własnej niezależności oraz, w mniejszym zakresie, niskiej samoocenie, niskiej samoakceptacji i braku pewności siebie. W tym czynniku jedyną podskalą silnie naładowaną z porównaniu z nasyceniem czynnikiem 1 jest brak poczucia autonomii czyli najprawdopodobniej – poczucie zależności.

SCL-90 – skala klinicznych objawów psychopatologicznych

Jest to narzędzie stosowane już we wcześniejszych badaniach IPZ. Kwestionariusz SCL-90 jest kwestionariuszem pozwalającym na wstępne przesiewowe rozpoznanie zaburzeń psychicznych mogących występować u pacjentów psychiatrycznych. Narzędzie składa się z 90 punktów, odnoszących się do dziewięciu podstawowych zespołów objawów, wchodzących w skład ogólniejszych klas zaburzeń zachowania. Dziewięć skal wyodrębnionych w kwestionariuszu to: somatyzacja, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, wrogość, myślenie o cechach paranoidalnych oraz psychotyczność. Osoba badana opisuje na skali od 0 do 4 w jakim nasileniu pojawiał się określony objaw w okresie ostatnich czterech tygodni (0 oznacza wcale, zaś 4 – bardzo silnie).

Oba kwestionariusze, SCL-90 i KKP, są wykorzystywane od kilku lat w badaniach IPZ, głównie w badaniach sprawdzających zmiany funkcjonowania zachodzące pod wpływem sesji treningowych terapeutyczno-rozwojowych oraz przy kwalifikacji osób do zajęć terapeutycznych. Skalę SCL-90 cechuje wysoka zgodność wewnętrzna podskal (Alfa Cronbacha od 0.75 do 0.87) oraz korelacje test-retest w zakresie od 0.72 do 0.86 dla poszczególnych podskal. Rzetelność połówkowa kwestionariusza KKP liczona metodą Spearmana-Browna wyniosła 0,703, zaś metodą Guttmana – 0,702. Zgodność wewnętrzna skal KKP Alfa Cronbacha wyniosła 0,695, zaś współczynnik stabilności bezwzględnej kwestionariusza 0,32 przy W-Kendalla 0,79 (podano za niepublikowanym opracowaniem działu badań IPZ).

Wyniki – zmiany nasilenia zaburzeń psychicznych przed i po terapii uzależnienia

Przed terapią uzależnienia małe lub średnie nasilenie różnorodnych zaburzeń psychicznych występuje u wszystkich osób rozpoczynających leczenie. Na tym etapie nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic pomiędzy osobami, które później przerywają lub ukończą podstawowy program terapii w placówce stacjonarnej, ale różnice takie istnieją wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych: osoby, które ukończą PPTU

TABELA 1

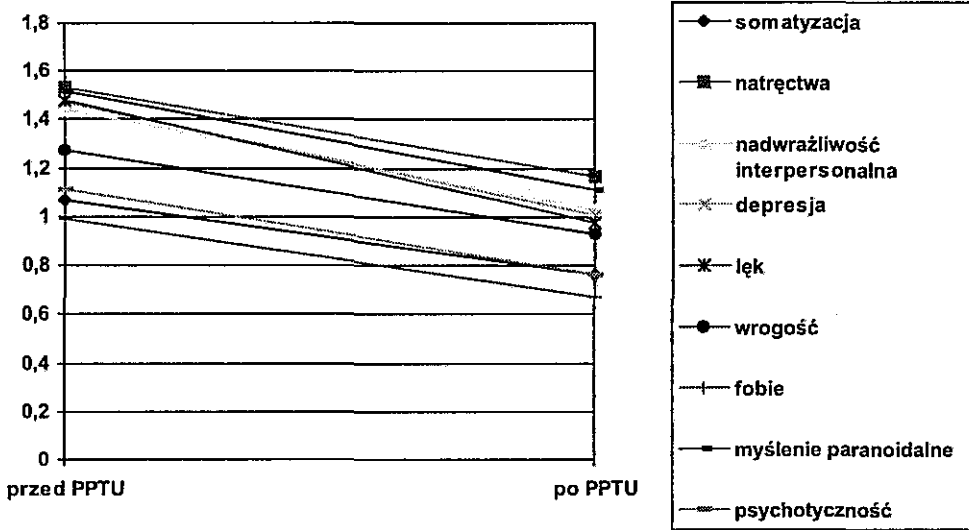
Różnice w wynikach SCL-90 przed terapią pomiędzy pacjentami, którzy kończą i tymi, którzy przerywają leczenie w placówkach ambulatoryjnych Sieci
Testy t dla grup niezależnych, zmienna grupująca: przerwanie lub ukończenie PPTU
Grupa 1: pacjenci, którzy przegrali PPTU Grupa 2: pacjenci, którzy ukończyli PPTU

	Średnia Grupa 1	Średnia Grupa 2	wartość	df	p	N Grupa 1	N Grupa 2	Odch.Std Grupa 1	Odch.Std Grupa 2
somatyzacja	0,87	1,01	-3,5	1527	0,0011	748	781	0,83	0,79
natręctwa	1,20	1,44	-5,4	1527	0,001	748	781	0,9	0,82
nadwrażliwość interpersonalna	1,15	1,35	-4,5	1527	0,001	748	781	0,89	0,84
depresja	1,17	1,39	-5,1	1527	0,001	748	781	0,88	0,81
lęk	1,20	1,40	-4,3	1527	0,001	748	781	0,93	0,86
wrogość	1,05	1,20	-3,3	1527	0,001	748	781	0,86	0,86
fobie	0,82	,93	-2,6	1527	,01	748	781	0,83	0,79
myślenie paranoidalne	1,28	1,43	-3,3	1527	0,001	748	781	0,93	0,87
psychotyczność	0,89	1,05	-4,3	1527	0,001	748	781	0,76	0,7

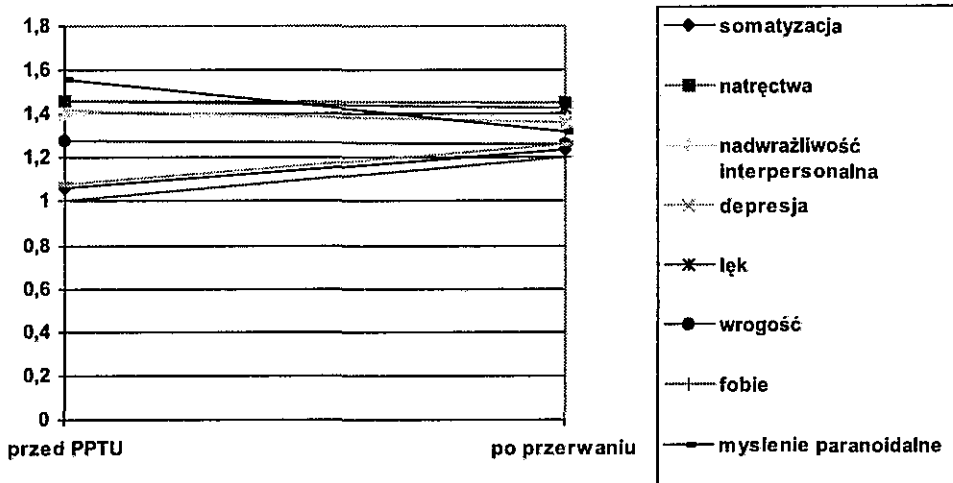
TABELA 2

Różnice w wynikach SCL-90 po terapii pomiędzy pacjentami, którzy kończą i tymi, którzy przerywają leczenie w placówkach ambulatoryjnych Sieci
Testy t dla grup niezależnych, zmienna grupująca: przerwanie lub ukończenie PPTU

	Średni Grupa 1	Średni Grupa 2	wartość	df	p	N Grupa 1	N Grupa 2	Odch.Std Grupa 1	Odch.Std Grupa 2
somatyzacja	0,14	0,65	-17,	1527	0,001	748	781	0,47	0,65
natręctwa	0,17	0,99	-25,	1527	0,001	748	781	0,51	0,74
nadwrażliwość interpersonalna	0,16	0,87	-23,	1527	0,001	748	781	0,49	0,7
depresja	0,16	0,86	-24,	1527	0,001	748	781	0,49	0,66
lęk	0,16	0,83	-21,	1527	0,001	748	781	0,51	0,68
wrogość	0,14	0,79	-21,	1527	0,001	748	781	0,46	0,68
fobie	0,14	0,57	-16,	1527	0,001	748	781	0,46	0,58
myślenie paranoidalne	0,15	0,94	-25,	1527	0,001	748	781	0,49	0,73
psychotyczność	0,14	0,64	-19,	1527	0,001	748	781	0,47	0,56

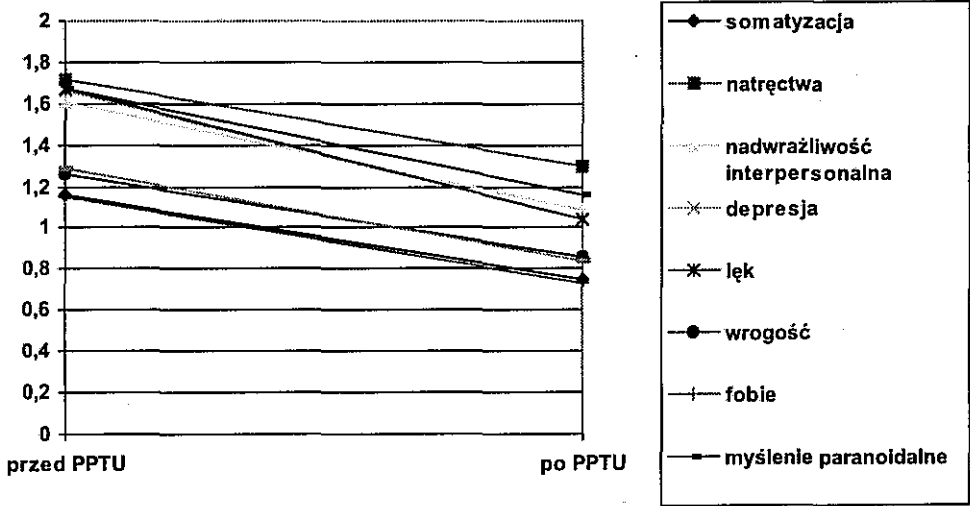


Rycina 1. Zmiana nasilenia występujących zaburzeń psychicznych przed i po terapii, u pacjentów kończących ambulatoryjny PPTU.

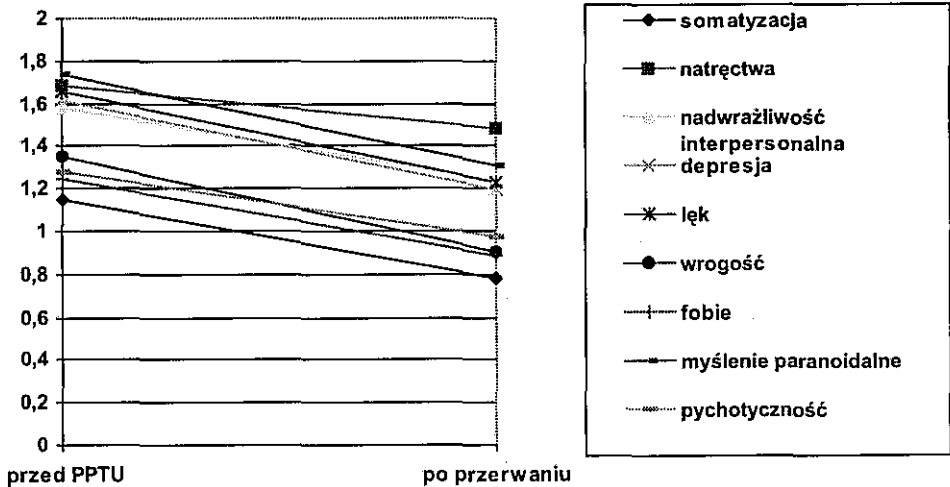


Rycina 2. Zmiany nasilenia występujących zaburzeń psychicznych przed i po terapii, u pacjentów przerywających terapię w placówkach ambulatoryjnych.

Zmiany stanu psychicznego po terapii odwykowej pacjentów uczestniczących w programie...



Rycina 3. Zmiany nasilenia występujących zaburzeń psychicznych przed i po terapii, u pacjentów kończących stacjonarny PPTU.



Rycina 4. Zmiany nasilenia występujących zaburzeń psychicznych przed i po terapii, u pacjentów przerywających terapię w placówkach stacjonarnych.

na wstępie mają zwykle wyższe nasilenie różnorodnych objawów zaburzeń psychicznych w stosunku do osób, które przerwą terapię (tabela 1 i 2).

Załączone wykresy pokazują widoczną różnicę między pierwszym a drugim pomiarem nasilenia występujących cech psychopatologicznych u wszystkich badanych osób, tj. przed i po terapii w placówce. Biorąc pod uwagę całą grupę badaną nasilenie zaburzeń psychicznych po kontakcie z placówką leczenia uzależnień obniża się. Najsilniejszy efekt w postaci zmniejszenia nasilenia objawów zaburzeń psychicznych zaobserwowano w grupie osób, które ukończyły Podstawowy Program Terapii Uzależnienia, niezależnie od rodzaju placówki terapeutycznej. Brak różnic wystąpił jedynie w grupie osób przerywających terapię w placówkach ambulatoryjnych: nasilenie zaburzeń psychicznych w chwili przerwania terapii utrzymuje się na podobnym poziomie jak przed terapią.

Nie zaobserwowano specyficznego wysokiego nasilenia poszczególnych grup objawów psychopatologicznych (np. depresji). Wszystkie symptomy zdają się utrzymywać na podobnym poziomie oraz ulegać podobnemu zmniejszeniu w kolejnych pomiarach. Świadczy to o występowaniu jakiegoś zewnętrznego czynnika powodującego podwyższenie lub obniżenie nasilenia występowania objawów psychopatologicznych w badanej grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu.

Zmiany KKP po terapii

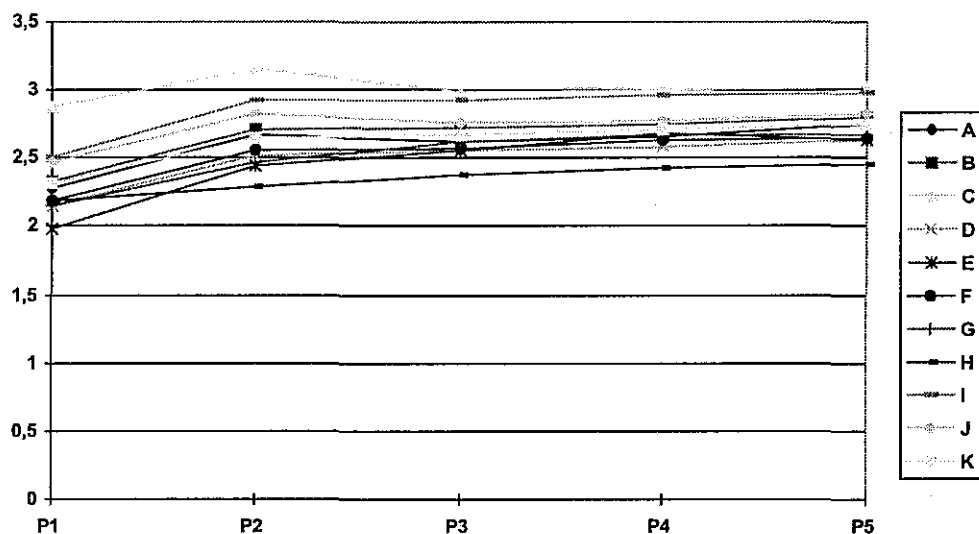
Poziom kondycji psychicznej pacjentów uzależnionych rozpoczynających leczenie odwykowe można na podstawie wyników KKP określić jako umiarkowany.

Początkowy pomiar KKP zarówno w podskalach, jak i ogólny profil nie różnicują pacjentów, którzy przerwali i ukończyli terapię uzależnienia. Pomiar początkowy utrzymuje się na poziomie 1,98-2,88 w grupie osób które ukończyły PPTU oraz 2,02-2,79 w grupie osób, które przerwały leczenie (zakres uzyskiwanych wyników od 0- bardzo zła kondycja psychiczna, do 4- bardzo dobra). Testy statystyczne nie wykazały różnic między grupą osób kończących i przerywających PPTU w pomiarze przy rozpoczęciu terapii. Różnica ta pojawia się w momencie wypisu: pacjenci kończący PPTU mają istotnie lepszą kondycję psychiczną w stosunku do osób przerywających terapię (szczegółowe wyniki zawiera tabela 3).

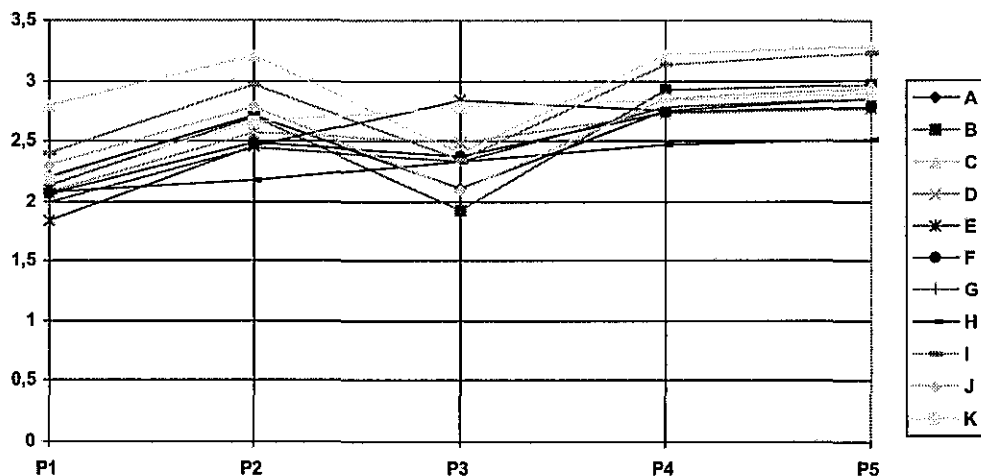
W rycinach 5, 6, 7, 8 i zastosowano następujące oznaczenia podskal kwestionariusza KKP:

- A. stan motywacji i energii – aspekt rozwojowy
- B. stan motywacji i energii – aspekt obronny
- C. poczucie nadziei i perspektyw
- D. poczucie kompetencji – aspekt rozwojowy
- E. poczucie kompetencji – aspekt obronny
- F. poczucie orientacji
- G. poczucie pewności siebie i zaufania do siebie
- H. poczucie autonomii osobistej
- I. poczucie samoakceptacji
- J. poczucie kontroli i autorstwa swego życia
- K. ogólny stan kondycji psychicznej

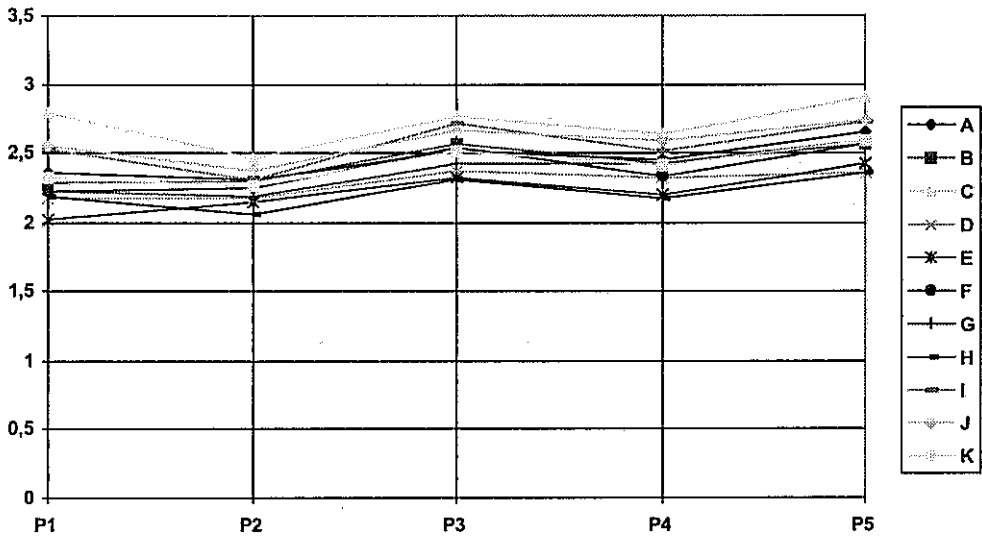
Zmiany stanu psychicznego po terapii odwykowej pacjentów uczestniczących w programie...



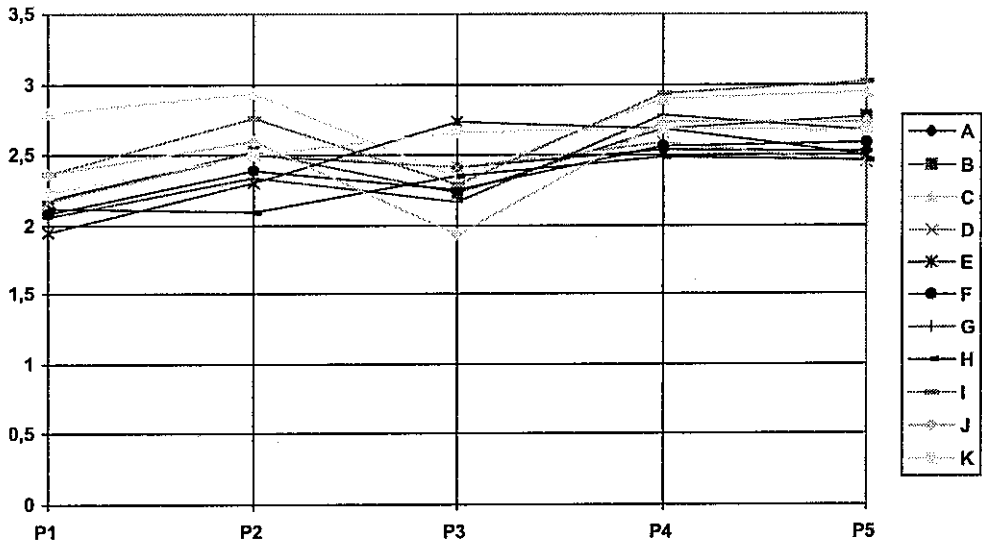
Rycina 5. Zmiana kondycji psychicznej przed i po terapii, u pacjentów kończących PPTU w placówkach ambulatoryjnych



Rycina 6. Zmiana kondycji psychicznej przed i po terapii, u pacjentów kończących PPTU w placówkach stacjonarnych



Rycina 7. Zmiana kondycji psychicznej przed i po terapii, u pacjentów przerywających PPTU w placówkach ambulatoryjnych.



Rycina 8. Zmiana kondycji psychicznej przed i po terapii, u pacjentów przerywających PPTU w placówkach stacjonarnych.

TABELA 3

Testy t dla grup niezależnych - istotność różnic w drugim pomiarze KKP pomiędzy osobami, które kończą /1/ i przerywają /0/ PPTU w placówkach ambulatoryjnych

Grupa 1: pacjenci, którzy przegrali PPTU

Grupa 2: pacjenci, którzy ukończyli PPTU

	Średnia Grupa 1	Średnia Grupa 2	wartość	df	p	N Grupa 1	N Grupa 2	Odech.Std Grupa 1	Odech.Std Grupa 2
stan motywacji i energii - aspekt rozwojowy	2,31	2,67	-4,4	758	0,0011	89	671	0,65	0,73
stan motywacji i energii - aspekt obronny	2,30	2,71	-4,8	758	0,0011	89	671	0,61	0,79
poczucie nadziei i perspektyw	2,46	3,16	-7,9	758	0,0011	89	671	0,85	0,78
poczucie kompetencji - aspekt rozwojowy	2,17	2,52	-4,1	758	0,0011	89	671	0,65	0,76
poczucie kompetencji - aspekt obronny	2,15	2,44	-3,2	758	0,0011	89	671	0,64	0,84
poczucie orientacji	2,25	2,55	-3,4	758	0,0011	89	671	0,67	0,77
poczucie pewności siebie i zaufania do siebie	2,18	2,46	-3,1	758	0,0011	89	671	0,7	0,83
poczucie autonomii osobistej	2,06	2,29	-2,5	758	0,01	89	671	0,66	0,79
poczucie samoakceptacji	2,31	2,92	-6,6	758	0,0011	89	671	0,77	0,83
poczucie kontroli i autorstwa swego życia	2,37	2,82	-5,0	758	0,0011	89	671	0,78	0,81
ogólny stan kondycji psychicznej	2,26	2,65	-6,3	758	0,0011	89	671	0,46	0,57

TABELA 4

Testy t dla grup niezależnych - istotność różnic w pierwszym pomiarze KKP pomiędzy osobami, które kończą /1/ i przerywają /0/ PPTU w placówkach stacjonarnych

Grupa 1: pacjenci, którzy przegrali PPTU

Grupa 2: pacjenci, którzy ukończyli PPTU

	Średnia Grupa 1	Średnia Grupa 2	wartość	df	p	N Grupa 1	N Grupa 2	Odch.Std Grupa 1	Odch.Std Grupa 2
stan motywacji i energii - aspekt rozwojowy	2,23	2,21	0,39	1553	0,7	493	1062	0,84	0,83
stan motywacji i energii - aspekt obronny	2,18	2,13	1,06	1553	0,29	493	1062	0,86	0,83
poczucie nadziei i perspektyw	2,80	2,80	0,08	1553	0,94	493	1062	0,9	0,92
poczucie kompetencji - aspekt rozwojowy	2,17	2,08	1,92	1553	0,05	493	1062	0,83	0,8
poczucie kompetencji - aspekt obronny	1,95	1,84	2,38	1553	0,02	493	1062	0,89	0,81
poczucie orientacji	2,08	2,07	0,21	1553	0,84	493	1062	0,78	0,81
poczucie pewności siebie i zaufania do siebie	2,06	1,99	1,36	1553	0,18	493	1062	0,91	0,28
poczucie autonomii osobistej	2,12	2,08	0,92	1553	0,36	493	1062	0,89	0,89
poczucie samoakceptacji	2,37	2,40	-0,67	1553	0,5	493	1062	0,87	0,84
poczucie kontroli i autorstwa swego życia	2,37	2,31	1,42	1553	0,15	493	1062	0,9	0,86
ogólny stan kondycji psychicznej	2,23	2,19	1,35	1553	0,18	493	1062	0,56	0,57

Zwraca uwagę fakt załamania się kondycji psychicznej w pół roku po terapii zakończonej lub przerwanej w placówce stacjonarnej.

Omówienie wyników

Wskaźniki ogólnej kondycji psychicznej pokazują podobne występowanie przekonań co do własnych możliwości radzenia sobie w życiu przed terapią w obu grupach badanych. Analiza dynamiki zmian wyników KKP w kolejnych badaniach po wypisie – bezpośrednio, w 6 miesięcy, 12 i 24 miesiące później – wskazuje na gwałtownie załamanie się ogólnej kondycji psychicznej pacjentów w chwili przerwania przez nich PPTU w placówkach stacjonarnych. W późniejszych pomiarach wskaźnik KKP podnosi się do poziomu początkowego. Efekt ten nie występuje w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie, a nawet dynamika zmian przebiega wówczas inaczej: w grupie pacjentów kończących PPTU ambulatoryjnie w pół roku od wypisu poziom kondycji psychicznej badanych jest najwyższy w stosunku do wszystkich pozostałych pomiarów.

Uzyskane wyniki obrazują zmniejszenie się nasilenia występujących u pacjentów uzależnionych objawów psychopatologicznych. Zmniejszenie dolegliwości objawów występuje zarówno u osób, które ukończyły PPTU i nadal utrzymują abstynencję, jak też w grupie osób, które przerywają PPTU i wracają do picia alkoholu, jednakże efekt ten jest znacznie wyraźniejszy wśród osób kończących PPTU.

Zmniejszenie się nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów uzależnionych, mierzone bezpośrednio po zakończeniu PPTU, występuje niezależnie od tego, czy pacjent wraca do nałogu czy też nadal utrzymuje abstynencję. Jednakże przez czas terapii wszyscy pacjenci zobowiązani są do utrzymywania pełnej abstynencji alkoholowej, a jej przerwanie skutkuje natychmiastowym wypisem. Oznacza to, że samo odstawienie alkoholu przez okres kontaktu z placówką może być czynnikiem owocującym zmniejszeniem nasilenia objawów psychopatologicznych.

Badania wskazują (3, 4), iż w grupie osób uzależnionych od alkoholu zaburzenia związane z depresją i natręctwami były następstwami a nie poprzedzały objawów uzależnienia. W przypadku zaburzeń będących następstwem długoletniego, nałogowego nadużywania alkoholu prawdopodobnie samo odstawienie alkoholu zmniejszy nasilenie występujących zaburzeń. Jednocześnie część objawów psychopatologicznych może być niwelowana małymi dawkami alkoholu. Prawdopodobnie pacjenci, u których zmniejszenie nasilenia objawów jest stosunkowo szybkie, rezygnują z dalszego leczenia, a powracają do radzenia sobie z zaburzeniami za pomocą alkoholu.

Wnioski

Na podstawie otrzymanych wyników, odzwierciedlających umiarkowany poziom różnorodnych zaburzeń funkcjonowania psychicznego można wnioskować raczej o ogólnych zaburzeniach w tym obszarze powodowanych przez uzależnienie od alkoholu.

Zmniejszenie nasilenia zaburzeń o charakterze psychopatologicznym po terapii, w stosunku do jego pomiaru przed terapią, występuje niezależnie od tego czy pacjent w

momencie wypisu wraca do picia czy też nie, a raczej wydaje się zależeć od długości utrzymywanej abstynencji (pacjenci ambulatoryjni, przerywający leczenie mają zdecydowanie więcej objawów zaburzeń psychicznych w stosunku do przerywających leczenie stacjonarne, oraz w stosunku do pacjentów kończących leczenie). Prawdopodobnie zatem za zmianę tę odpowiedzialny jest jeszcze inny czynnik niż sam udział w programie odwykowym.

Ogólna kondycja psychiczna pacjentów uzależnionych rozpoczynających leczenie odwykowe jest stosunkowo dobra i niezależna od późniejszych losów związanych z piciem alkoholu. Zróżnicowanie pomiędzy pacjentami pojawia się w chwili wypisu z placówki. Pacjenci kończący PPTU mają lepszą kondycję psychiczną, a co z tym związane – ogólnie lepsze samopoczucie, które utrzymuje się w kolejnych badaniach powypisowych. W grupie pacjentów przerywających leczenie następuje nieznaczne obniżenie kondycji psychicznej, jednak samopoczucie osób badanych wraca do poziomu pomiaru przed terapią w kolejnych badaniach.

W grupie pacjentów leczonych w placówkach stacjonarnych zaobserwowano efekt obniżania się kondycji psychicznej pacjentów w pół roku po wypisie z placówki. Efekt ten pojawia się zarówno w grupie pacjentów kończących PPTU, jak również pacjentów przerywających leczenie. Dalsze badania powinny pozwolić na ustalenie przyczyn tego zjawiska, tym niemniej można powiedzieć, że okres pół roku po wypisie z placówki stacjonarnej jest dla pacjentów czasem ważnym i trudnym z perspektywy jego ogólnego samopoczucia psychicznego. Prawdopodobnie fakt ten warto uwzględnić przy planowaniu spotkań powypisowych z pacjentami i dalszego leczenia.

Streszczenie

Stwierdzono zmiany stanu psychicznego pacjentów uzależnionych po terapii odwykowej. Pomiaru stanu psychicznego pacjentów dokonano za pomocą skali SCL-90 (31), oraz kwestionariusza kondycji psychicznej KKP (40). Grupę badaną stanowiło 3076 pacjentów uzależnionych, leczonych w placówkach Sieci (w tym 85% mężczyzn).

Otrzymane wyniki wskazują na:

- umiarkowane nasilenie różnorodnych objawów zaburzeń funkcjonowania psychicznego u osób badanych przed terapią
- zmniejszenie nasilenia występujących objawów zaburzeń psychicznych bezpośrednio po wypisie z placówki, niezależnie od faktu ukończenia czy przerwania PPTU
- mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych po wypisie w grupie pacjentów kończących leczenie w stosunku do przerywających je
- podwyższanie się poziomu kondycji psychicznej po ukończeniu terapii w grupie pacjentów kończących PPTU
- obniżanie się kondycji psychicznej w pół roku po wypisie w grupie pacjentów leczonych w stacjonarnych placówkach Sieci, niezależnie od faktu ukończenia lub przerwania leczenia.

Marzenna Kucińska, Jerzy Mellibruda

Changes in the APETA program participants' mental health after alcohol treatment

Summary

Some changes in the psychological functioning (mental health) of alcohol dependent patients were found following their alcohol treatment. Their mental health was assessed using the SCL-90 (31) and a mental fitness questionnaire (40). Participants in the study were 3076 alcohol dependent patients (85% of the sample were males), treated in the Network facilities.

Obtained results indicate:

- a moderate severity of various symptoms of the patients' impaired psychological functioning prior to their entering treatment;
- an amelioration of mental disorder symptoms on discharge from the alcohol treatment facility in all patients, irrespective of whether they completed or prematurely terminated the basic alcohol treatment (BAT) program;
- a less severe psychopathological symptomatology in patients who completed treatment than in dropouts;
- increasing level of mental fitness after therapy in the BAT program completers;
- a decline in mental fitness at a 6-month follow-up in the group treated on the inpatient basis in the Network facilities, irrespective of whether they had completed therapy or dropped out.

Key words: SCL-90 / mental health / mental disorders / alcoholics