

**Zenon Kulka, Grażyna Świątkiewicz, Antoni Zieliński**  
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

## **SPOŁECZNE PREDYKTORY NAWROTÓW PICIA ALKOHOLU**

### **WPROWADZENIE**

Nawrót w picciu alkoholu jest, jak utrzymuje Edwards (1987), zaledwie częścią płynnego procesu zmian zachodzących w codziennym życiu osoby podejmującej próbę wytrwania w trzeźwości. Nie wszystko zależy od tego, co się dzieje w szpitalnych murach, na sesjach terapeutycznych, mityngach AA. Być może dużo więcej zależy od uwarunkowań społecznych, kulturowych, gospodarczych wpływających na jakość przeżywanego życia. Wpływ na utrzymanie abstynencji mają zarówno wysiłki kliniczne, ale trwałe podtrzymanie abstynencji zależy, jak się wydaje, w decydującej mierze od kontekstu społecznego.

Zarówno doniesienia z badań (Polich J. i inni 1980), jak i obserwacje codzienne wskazują na gorszą od przeciętnej sytuację życiową alkoholików. Ludzie próbujący wyzwolić się z uzależnienia od alkoholu żyją w znacznie gorszych warunkach materialnych niż ludzie bez problemu alkoholowego. Wpływ złych warunków mieszkaniowych, słabych perspektyw zawodowych, nieudanych związków i niezadowolenie z życia to czynniki, którym w piśmiennictwie dotyczącym „nawrotów” poświęcono jak dotąd za mało uwagi.

Warunki życiowe wpływają znacząco na proces leczenia i na przebieg prób życia bez alkoholu. Billing i Moos (1983) w swoich badaniach porównywali badanych z „nawrotami” z tymi, którzy wytrwali i odkryli, że respondenci bardziej zadowoleni z sytuacji rodzinnej i zawodowej zwykle wykazywali większe postępy, tymczasem osoby pozbawione tego wsparcia zgłaszały dwa razy więcej życiowych problemów i częstsze „nawroty”. Również Tuchfeld (1981) stwierdza, że skuteczne postanowienie o wytrwaniu w abstynencji udawało się bardziej tym osobom, które miały wsparcie rodziny, udane związki lub dobrą pracę. Również Stall i Biernacki (1986) wymienia-

ją te społeczne czynniki w swoim przekrojowym omówieniu problemu wychodzenia z różnych rodzajów uzależnień. Podobny pogląd wyrażają Orford i Edwards (19) w klasycznej pracy o leczeniu alkoholizmu. Płynące z tego wnioski są oczywiste. Kontekst społeczny, w którym podejmowana jest decyzja o zmianie, ma zasadniczy wpływ na wyniki leczenia i trwałość abstynencji.

A zatem, utrzymanie abstynencji zależy w dużej mierze od warunków życia, w jakich żyją trzeźwiejący alkoholicy, od reakcji środowiska społecznego, reakcji rodziny i od tego, jak abstynentom układają się kontakty w miejscu pracy i w kręgu towarzyskim z innymi ludźmi.

Uwzględnienie kontekstu społecznego zmiany jest istotne, nie mniej ważne niż konstrukty psychologiczne stanowiące rdzeń modelu „nawrotów” Marlatta i Gordon (1985).

## GRUPY BADANE I METODY

W pierwszym etapie w 1995 roku przeprowadzono badania pilotażowe 50 pacjentów uzależnionych od alkoholu, przebywających z powodu nawrotu picia na oddziałach odwykowych, polegające na zebraniu wywiadów za pomocą nieustrukturalizowanej ankiety, która składała się z otwartych pytań dotyczących sfer życia ważnych w przebiegu uzależnienia od alkoholu, utrzymania abstynencji i występowania nawrotów picia, takich jak: wywiad chorobowy, głębokość uzależnienia, próby leczenia, dolegliwości psychiczne i fizyczne, sytuacja rodzinna finansowa, stosunki w pracy i kręgu towarzyskim.

Analiza i wnioski z badań pilotażowych oraz dane z literatury posłużyły do ustalenia kryteriów doboru do grup badanych w II etapie w 1996 roku oraz w III etapie w 1997 roku oraz w opracowaniu ustrukturalizowanej ankiety predyktorów nawrotów picia, koncentrującej się na prześledzeniu stanu zdrowia oraz sytuacji w rodzinie, pracy i środowisku w poszczególnych okresach ostatniej abstynencji, to znaczy między przedostatnim a ostatnim nawrotem picia.

Do grup badanych kwalifikowane były osoby (mężczyźni i kobiety), uzależnione od alkoholu zgodnie z kryteriami DSM-III-R, w wieku od 20 do 60 lat, które z powodu kolejnego nawrotu picia (rozumianego jako co najmniej kilkudniowe toksyczne picie tzw. ciąg picia), trafiły w 1996 roku i w 1997 roku do jednego z trzech oddziałów odwykowych województwa warszawskiego.

Badania ankietowe przeprowadzali przeszkoleni terapeuci oddziałów – psycholodzy lub psychiatrzy. Do grup badanych nie kwalifikowano pacjentów z upośledzeniem umysłowym, uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych z wyjątkiem nikotyny, padaczką, halucynozą alkoholową, z zespołem psychoorganicznym oraz ciężkimi chorobami somatycznymi, jak np.: choroba nowotworowa, niewydolność krążeniowo-oddechowa, czynna gruźlica, zaawansowana marskość wątroby, żółtaczką zakaźną, przebyty udar mózgowy itp.

Badanie w 1996 roku miało charakter retrospektywny, wykonywane było jednorazowo po ustąpieniu ostrego zespołu abstynencyjnego (7-14 dni). Ankieta zawierała pytania dotyczące ostatniej abstynencji, podzielonej na trzy okresy: początkowy –

trwający od 1-2 tygodni, a liczony od ustąpienia objawów ostrego zespołu abstynencyjnego; ostatni – trwający od 1-2 tygodni przed ostatnim nawrotem i okres środkowy – między dwoma okresami, początkowym a ostatnim. Badania retrospektywne mogą być obciążone błędem wynikającym z tego, iż pamięć jest zawodna oraz z naturalnej potrzeby pacjentów przedstawiania przyczyn nawrotów picia w sposób racjonalny, a niekiedy dramatyczny (Allsop i Saunders). Sposobem ograniczenia tego błędu jest zastosowanie badań typu prospektywnego. Śledzenie na bieżąco różnych czynników i aspektów funkcjonowania osoby uzależnionej w trakcie trwania abstynencji pozwala uniknąć mitologizacji okoliczności poprzedzających nawrót picia. Dlatego też nasze badania w 1997 roku miały charakter prospektywny, w trakcie trwania abstynencji, która w badanej grupie trwała od 2 do 6 miesięcy (średnio 3 miesiące). Pierwsze badanie przeprowadzono po ustąpieniu ostrego zespołu abstynencyjnego (7-14 dni), a następne w odstępach 4-tygodniowych, aż do wystąpienia nawrotu. Do analiz statystycznych posłużyło pierwsze badanie wykonane w okresie początkowym abstynencji, ostatnie przed nawrotem – w końcowym okresie abstynencji oraz badanie wykonane w środkowym okresie abstynencji.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej, której celem było zbadanie zmienności w czasie czynników będących potencjalnymi predyktorami nawrotów picia oraz zbadanie zależności między różnymi czynnikami w grupie retrospektywnej i prospektywnej. Do zbadania zmienności w czasie poszczególnych czynników zastosowano jednostronne testy Friedmana i Cochrańa dla próbek zależnych, a do badań zależności między różnymi czynnikami test Pearsona chi kwadrat lub statystykę gamma, mierzącą zgodność między dwiema zmiennymi kategorycznymi o uporządkowanych kategoriach. Istotność statystyczną dla wszystkich testów przyjęto na poziomie  $p < 0,05$ .

Charakterystyka socjodemograficzna badanych grup w 1996 i 1997 roku oraz analizy związków nawrotów picia z głębokości uzależnienia, przebiegiem leczenia, stanem psychicznym i somatycznym osób uzależnionych przedstawione zostały w dwóch tekstach w poprzednich numerach Alkoholizmu i Narkomanii (Kulka Z., Świątkiewicz G., Zieliński A. 1998 [1 i 2])

## WYNIKI

### Rodzina i dom

Zgodnie z wynikami pilotażu i literaturą przedmiotu stan rodzinny i stosunki w rodzinie uznano za ważne w utrzymaniu lub przerwaniu abstynencji. W badaniach retrospektywnych tylko raz ustalano stan rodzinny, czyli wszystkie relacje z krewnymi i powinowatymi, jak i bliższe relacje w postaci wspólnego zamieszkiwania, czyli tworzenia wspólnego gospodarstwa domowego. W badaniach prospektywnych zarówno stan rodzinny, jak i stan gospodarstwa domowego ustalano przy każdym kontakcie z osobą badaną. Analiza zmian w obu tych wymiarach nie wykazała istotnych różnic. Stąd w zestawieniu prezentowanym poniżej zamieszczamy dane z ostatniego

okresu abstynencji czyli przed nawrotem (Tabela 1). W związkach małżeńskich w tym często w konkubinacie pozostawała większość badanych retrospektywnie i nieco ponad połowa badanych prospektywnie, ale wspólne gospodarstwo tworzyła znacznie mniejsza liczba osób, bo mniej niż połowa badanych z obu grup. Część badanych mimo rozvodu utrzymywała kontakty z byłym współmałżonkiem. Dzieci posiada prawie trzy czwarte badanych osób, ale wspólnie pod jednym dachem wychowywała dzieci tylko nieco ponad połowa badanych retrospektywnie i nieco ponad jedna trzecia osób obserwowanych prospektywnie. Dość często w składzie gospodarstwa domowego badanych spostrzec można ojca, matkę rzadziej rodzeństwo. Wielu badanych zamieszkiwało samotnie; w grupie retrospektywnej takich osób było 12 a w grupie prospektywnej było ich 18. Badania stanu rodzinnego i stanu gospodarstwa domowego pełniło funkcje kontrolne. Nie spodziewaliśmy się wystąpienia jakichś dramatycznych zmian w zakresie stanu rodzinnego w objętych badaniami okresach abstynencji.

TABELA 1

Stan rodzinny i stan gospodarstwa domowego w ostatnim okresie abstynencji osób badanych w roku 1996 i 1997 (w liczbach bezwzględnych)

Rok badania	1996		1997	
	stan rodzinny	wspólne zamieszkiwanie	stan rodzinny	wspólne zamieszkiwanie
mąż/żona (eks-mąż/eks-żona)	60	38	40	33
konkubin/konkubina	19	10	19	15
dzieci	75	54	73	37
ojciec	53	10	45	15
matka	74	17	59	21
brat	47	1	54	9
siostra	57	3	53	4
krewny	53	1	23	3
powinowaty	17	1	8	2

## Dynamika stosunków małżeńskich

Stosunki w małżeństwie stanowią ważny wymiar życia tych pacjentów, którzy pozostawali w związkach małżeńskich bądź konkubinacie. Objęcie kontrolą stanu stosunków w trzech okresach abstynencji wynikało także z pogłębionych wywiadów przeprowadzonych w pierwszym etapie naszych badań w 1995 roku. Badani oceniali swoje stosunki z osobami, z którymi pozostawali w stosunkach małżeńskich sformalizowanych, jak i nieformalnych. Stąd różnice w stwierdzanym stanie rodzinnym a stanie kontaktów małżeńskich. Badania retrospektywne jak i prospektywne wykazały znaczącą dynamikę stanu stosunków małżeńskich w trzech okresach abstynencji, chociaż obraz tej dynamiki był odmienny. W badaniu retrospektywnym konflikty małżeńskie tuż po leczeniu przeżywała jedna trzecia osób. Proporcja ta utrzymywała się w okresie środkowym abstynencji, aby dramatycznie wzrosnąć o kilkanaście punk-

tów procentowych w okresie poprzedzającym nawrót picia, a różnica ta była wysoce statystycznie istotna ( $p < 0,002$ ) (Tabela 2). W badaniach prospektywnych dynamika stosunków małżeńskich kształtowała się inaczej. Konflikty małżeńskie w okresie tuż po leczeniu przeżywało trzy czwarte osób pozostających w formalnych i nieformalnych związkach. W środkowym okresie proporcja takich osób spadała poniżej połowy, aby gwałtownie wzrosnąć do czterech piątych w okresie poprzedzającym nawrót picia, a różnica była wysoce istotna statystycznie ( $p < 00001$ ) (Tabela 3). Zatem, złe lub pogarszające się stosunki w małżeństwie uznać należy za istotny zwiastun zbliżającego się nawrotu picia. Czynniki te mają charakter dynamiczny, ulega znacznemu nasileniu tuż przed nawrotem.

**TABELA 2**  
**Stan stosunków w małżeństwie/konkubincie w trzech okresach ostatniej abstynencji – badania retrospektywne w roku 1996 (%)**

Stan kontaktów	pierwszy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=71	N=71	N=71
dobry	69	66	52
konflikty	31	34	48

**TABELA 3**  
**Stan stosunków w małżeństwie/konkubincie w trzech okresach abstynencji – badania prospektywne w roku 1997 (%)**

Stan stosunków	pierwszy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=60	N=58	N=61
dobry	27	57	20
konflikty	73	43	80

### Dynamika stosunków z dzieckiem

Konflikty w stosunkach z dziećmi rzadziej były sygnalizowane w pogłębionych wywiadach. Objęcie kontrolą badawczą tego obszaru życia wynikało stąd, że trzy czwarte badanych osób wykazywało się posiadaniem dzieci, chociaż relacje z dzieckiem ujawniało tylko dwie trzecie. W badaniach retrospektywnych konflikty z dzieckiem w pierwszym okresie abstynencji przeżywała jedna trzecia osób pozostających w bliższej relacji z dzieckiem. Proporcje te spadły do jednej czwartej w okresie środkowym abstynencji i ponownie wzrosły do jednej trzeciej w okresie tuż przed nawrotem picia. Różnice te nie były istotne statystycznie (Tabela 4). W badaniach prospektywnych proporcje osób przeżywających konflikty z dzieckiem były wyższe. Tuż po leczeniu przeżywała je blisko połowa osób wykazujących jakieś relacje z dzieckiem. Proporcja ta nieco zmniejszyła się w okresie środkowym abstynencji, żeby wrócić do poprzedniego stanu tuż przed nawrotem, a różnice nie były istotne statystycznie. (Tabela 5). Zbyt niska zmienność tego czynnika między okresem środkowym, a poprze-

dzającym nawrót picia nie pozwala traktować konfliktów z dzieckiem jako istotnego zwiastuna nawrotu.

**TABELA 4**  
Stan kontaktów z dzieckiem w trzech okresach abstynencji – badania retrospekcyjne w roku 1996 (%)

Stan kontaktów	okres początkowy	środkowy okres	ostatni okres
	N=64	N=65	N=63
dobry	66	77	67
konflikty	34	23	33

**TABELA 5**  
Stan kontaktów z dzieckiem w trzech okresach abstynencji – badania prospektywne w roku 1997 (%)

Stan kontaktów	okres początkowy	środkowy okres	ostatni okres
	N=69	N=69	N=69
dobry	48	59	51
konflikty	52	41	49

### Dynamika stosunków z pozostałymi domownikami

Stosunki w rodzinie obejmujące innych domowników, w tym drugie, trzecie dziecko, rodziców, rodzeństwo i dalszych krewnych, także podano kontroli badawczej. W obu badaniach określano stan stosunków w trzech okresach abstynencji z trzema domownikami, w analizie określanych jako domownicy „pierwszy”, „drugi” i „trzeci”. Konflikty z domownikami przeżywała znaczna część osób badanych zarówno retrospektywnie jak i prospektywnie. Ponieważ badani kierowali się subiektywnymi kryteriami w wyborach osoby uznanej za domownika „pierwszego”, „drugiego” i „trzeciego”, za uzasadniony krok uznać można łączną analizę dynamiki stosunków obejmujących różną ich kombinację. Najpierw jednak warto zwrócić uwagę na linię dynamiki stosunków z domownikiem „pierwszym” tym najbardziej znaczącym obok relacji małżeńskich i relacji z dzieckiem. W badaniach retrospektywnych konflikty z domownikiem „pierwszym” przeżywała w okresie tuż po leczeniu jedna czwarta osób pozostających w takich relacjach. Proporcja ta utrzymała się w środkowym okresie abstynencji i dramatycznie wzrosła tuż przed nawrotem. W badaniach prospektywnych proporcje osób będących w konflikcie z domownikiem „pierwszym” były wyższe. Tuż po leczeniu sięgały ponad połowy osób wymieniających kogoś jako domownika „pierwszego”, w środkowym okresie sięgały ponad jedną czwartą, a tuż przed nawrotem sięgnęły ponownie połowy. Łączna analiza dynamiki stosunków z trzema domownikami wykazała różnice istotne statystycznie zarówno w badaniach w roku 1996 ( $p < 0,002$ ) (Tabele 6, 7, 8) jak i nieco słabsze różnice w badaniach w roku 1997 ( $p < 0,01$ ) (Tabele 9, 10, 11) Zatem nasilenie się konfliktów z pozostałymi (poza współmałżonkiem i dzieckiem) domownikami, z jednym bądź kilkoma może być uznane za pomocniczy zwiastun nawrotu picia.

**TABELA 6**  
**Stan kontaktów z domownikiem „pierwszym”, 1996 (%)**

Stan kontaktów	okres początkowy	środkowy okres	ostatni okres
	N=63	N=64	N=63
dobry	71	73	59
konflikty	29	27	41

**TABELA 7**  
**Stan kontaktów z domownikiem „drugim”, 1996 (%)**

Stan kontaktów	okres początkowy	środkowy okres	ostatni okres
	N=35	N=35	N=35
dobry	69	66	59
konflikty	31	34	41

**TABELA 8**  
**Stan kontaktów z domownikiem „trzecim” 1996 (%)**

Stan kontaktów	okres początkowy	środkowy okres	ostatni okres
	N=17	N=17	N=17
dobry	65	65	65
konflikty	35	35	35

**TABELA 9**  
**Stan kontaktów z domownikiem „pierwszym”, 1997 (%)**

Stan kontaktów	okres początkowy	środkowy okres	ostatni okres
	N=51	N=52	N=49
dobry	43	71	51
konflikty	57	29	49

**TABELA 10**  
**Stan kontaktów z domownikiem „drugim”, 1997 (%)**

Stan kontaktów	okres początkowy	środkowy okres	ostatni okres
	N=23	N=23	N=20
dobry	52	52	65
konflikty	48	48	53

**TABELA 11**  
**Stan kontaktów z domownikiem „trzecim”, 1997 (%)**

Stan kontaktów	okres początkowy	środkowy okres	ostatni okres
	N=9	N=6	N=8
dobry	44	50	75
konflikty	56	50	25

## Wpływ stosunków rodzinnych na przerwanie abstynencji w ocenie badanych

Również subiektywne oceny badanych wskazują bezpośrednio na wagę stosunków domowych w wystąpieniu nawrotu picia. Subiektywne oceny badanych zbierano przy pomocy następującego pytania: „Jak P. sądzi, czy stosunki z rodziną miały jakiś wpływ na przerwanie przez P. ostatniej abstynencji w odniesieniu do badanych. W obu przypadkach dwie trzecie badanych uznało, że stosunki rodzinne nie miały wpływu, jedna zaś trzecia badanych wiązała wpływ rodziny z przzerwaniem abstynencji. Najpierw przypatrzmy się motywom tych, którzy nie wiązali przzerwania abstynencji z sytuacją rodzinną.

**TABELA 12**

**Procentowy rozkład odpowiedzi tych badanych, którzy nie wiązali przzerwania abstynencji z sytuacją rodzinną**

Pozarodzinne powody przzerwania abstynencji:	1996 N=66	1997 N=61
miał dobre stosunki rodzinne (wsparcie, zaufanie, kontrola, brak konfliktów)	33	11
własna chęć picia, własna decyzja (nie uznał choroby)	32	39
z powodów pozarodzinnych	22	10
problemy w pracy	6	8
przyczyny towarzyskie (namowa kolegów)	5	30
inne	2	2

Wśród badanych retrospektywnie najczęściej wymieniany był brak powodów rodzinnych, bo „stosunki te były dobre”. Równie często wymieniana była własna chęć picia i jakieś powody pozarodzinne. U badanych prospektywnie wysunęły się na czoło dwa motywy w postaci własnej chęci picia i przyczyny towarzyskie (namowa kolegów) (Tabela 12).

**TABELA 13**

**Rozkład procentowy odpowiedzi tych badanych, którzy wiązali przerwanie abstynencji z sytuacją w rodzinie.**

Rodzinne powody przzerwania abstynencji	1996 N=34	1997 N=34
konflikty w małżeństwie/konkubincie	49	65
problemy z rodzicami/teściami (konflikty, ich pijaństwo)	17	29
problemy z dziećmi	14	3
problemy z pozostałymi członkami rodziny	11	-
nadużywanie alkoholu przez małżonka(ę) /konkubina(ę)	9	-
inne	-	3

W obu grupach badanych dominowały dwa motywy w postaci konfliktów w małżeństwie/konkubincie i konflikty z rodzicami bądź teściami. Subiektywne odczucia



badanych co do roli konfliktów w rodzinie ustalane były tylko w odniesieniu do ostatniego okresu abstynencji (Tabela 13).

### Ocena sytuacji finansowej i stosunków w pracy

Badanych proszono o określenie głównych źródeł utrzymania w okresie ostatniej abstynencji w badaniach retrospektywnych a w badaniach prospektywnych w trakcie trwania abstynencji (Tabela 14).

**TABELA 14**  
**Źródła utrzymania badanych w trakcie abstynencji (%)**

Źródła utrzymania	1996	1997		
	przed nawrotem picia	po leczeniu	średkowy okres	przed nawrotem picia
praca na pełnym etacie	41	44	45	45
renta /emerytura	10	14	14	14
na utrzymaniu rodziny, zasiłek socjalny, praca dorywcza	31	8	14	14
bezrobotny	18	34	27	27

W obu zbiorowościach praca na pełnym etacie była źródłem dochodu dla mniej niż połowy badanych. Z różnych trudnych do ustalenia źródeł, takich jak praca dorywcza, zasiłek socjalny, na utrzymaniu rodziny – korzystała jedna trzecia badanych retrospektywnie i znacznie mniej badanych prospektywnie. Bezrobotni stanowili wysoki odsetek w obu zbiorowościach. Wśród badanych retrospektywnie bezrobotna była co szósta osoba, a wśród badanych prospektywnie tuż po leczeniu co trzecia osoba, a w średkowym okresie i tuż przed nawrotem co czwarta. Czynnikiem bezrobocia nie wykazał zmienności w czasie tuż przed nawrotem picia. Jest to być może czynnik współsprawczy nawrotu picia o stałym niezmiennym w czasie działaniu.

### Samooceńa sytuacji finansowej

Badani oceniali również swoją sytuację finansową w trzech okresach abstynencji. Obraz tych ocen w obu badaniach różnił się. W badaniach retrospektywnych za niekorzystną uznano swoją sytuację finansową tuż po leczeniu 37% badanych. Proporcje te obniżyły się do jednej czwartej w okresie średkowym i utrzymały się na tym poziomie do nawrotu picia. W badaniach prospektywnych niekorzystną sytuację finansową tuż po leczeniu sygnalizowało blisko dwie trzecie badanych i proporcje te tylko nieznacznie się obniżyły w okresie średkowym abstynencji i utrzymały na tym poziomie aż do nawrotu picia. Zmiana na lepsze sytuacji finansowej zarejestrowana w badaniach retrospektywnych jest znamienna statystycznie ( $p < 0,001$ ) (Tabela 15), co oznaczać by mogło, że poprawa sytuacji finansowej w średkowym okresie nie

chroni przed nawrotem picia. Wynik badań prospektywnych wykazał stałe niezadowolenie z sytuacji finansowej ze strony większości badanych w każdym z okresów abstynencji, a niewielkie zmiany w czasie okazały się nieistotne statystycznie (Tabela 16.) Zatem, w świetle przeprowadzonych analiz niezadowolenie z własnej sytuacji finansowej nie ulega jakiegóś dramatycznej zmianie tuż przed nawrotem picia. Może to być natomiast czynnik o stałym natężeniu popychający do przerwania abstynencji.

**TABELA 15**  
Stan sytuacji finansowej badanych w trzech okresach abstynencji  
w roku 1996 (%)

Sytuacja finansowa	początkowy okres	środkowy okres	końcowy okres
	N=99	N=99	N=99
dobra	63	72	73
niekorzystna	37	28	27

**TABELA 16**  
Stan sytuacji finansowej badanych w trzech okresach abstynencji  
w roku 1997 (%)

Sytuacja finansowa	początkowy okres	środkowy okres	końcowy okres
	N=100	N=100	N=100
dobra	36	42	41
niekorzystna	64	58	59

### Oceny stosunków ze zwierzchnikami

Ci badani, którzy podlegali zwierzchnikom, oceniali swoje stosunki z przełożonymi i swoje stosunki z kolegami w pracy. W badaniach retrospektywnych konflikty ze zwierzchnikiem przeżywał co ósmy podlegający zwierzchnikom badany. Proporcje te utrzymały się w okresie środkowym, aby wzrosnąć dramatycznie ponad dwukrotnie tuż przed nawrotem, a różnice były statystycznie istotne ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 17). W badaniach prospektywnych proporcje osób przeżywających konflikty z szefami były wyższe i tuż po leczeniu dotyczyły jednej czwartej osób posiadających zwierzchnika. W środkowym okresie wzrosły do blisko jednej trzeciej i na takim poziomie utrzymały się do nawrotu picia. Zmienność tego czynnika pomiędzy okresem środkowym i ostatnim była nieistotna statystycznie (Tabela 18). Za bardziej miarodajne

**TABELA 17**  
Stan stosunków z przełożonymi w trzech okresach abstynencji, 1996 (%)

Stan stosunków	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=58	N=66	N=66
dobry	88	88	73
konflikty	12	12	27

**TABELA 18**  
**Stan stosunków z przełożonymi w trzech okresach abstynencji, 1997 (%)**

Stan stosunków	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=44	N=48	N=51
dobry	77	71	69
konflikty	23	29	31

należy uznać badania prospektywne, a w ich świetle konflikty ze zwierzchnikiem nie nasilają się znacząco tuż przed nawrotem picia. Nadal pozostaje sprawa otwarta wpływu tego czynnika na przerwanie abstynencji

### Ocena stosunków z kolegami w pracy

Dynamika stanu stosunków z kolegami w pracy była także poddana kontroli w obu badaniach. W badaniach retrospektywnych jako konfliktowe swoje stosunki z kolegami oceniła jedna piąta osób pozostających w relacjach pracowniczych. Proporcje te nie zmieniły się w kolejnych okresach abstynencji. (Tabela 19) W badaniach prospektywnych zaznaczyła się słaba dynamika tego czynnika. W okresie po leczeniu co piąty zatrudniony miał konflikty z kolegami, w środkowym okresie co szósty, a tuż przed nawrotem co czwarty. Ta zmienność w czasie tego czynnika, zwłaszcza tuż przed nawrotem picia, była jednak poniżej przyjętego poziomu istotności (Tabela 20). Zatem w stosunkach pracowniczych nie zachodziła jakaś dramatyczna zmiana sygnalizująca nawrót picia.

**TABELA 19**  
**Stan stosunków z kolegami w pracy w trzech okresach abstynencji 1996 (%)**

Stan stosunków	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=63	N=71	N=70
dobry	78	80	79
konflikty	22	20	21

**TABELA 20**  
**Stan stosunków z kolegami w pracy w trzech okresach abstynencji, 1997 (%)**

Stan stosunków	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=44	N=47	N=50
dobry	80	83	76
konflikty	20	17	24

### Kontakty towarzyskie

Oprócz stosunków w rodzinie, w pracy, również stosunki towarzyskie są kolejnym ważnym obszarem życia człowieka. Stąd powstał zamysł kontroli ba-

dawczej tej sfery aktywności osób w trzech okresach abstynencji. W badaniach retrospektywnych określano zakres stosunków towarzyskich tuż przed nawrotem. Jak z danych wynika jedna piąta badanych nie utrzymywała żadnych kontaktów towarzyskich. W badaniach prospektywnych śledzono zakres kontaktów w trzech okresach abstynencji. Tuż po leczeniu blisko połowa badanych nie udzielała się towarzysko. W środkowym okresie takich samotników była już tylko jedna trzecia i proporcja ta utrzymała się aż do nawrotu picia (Tabela 21).

**TABELA 21**  
Zakres kontaktów towarzyskich badanych w roku 1996 i 1997 (%)

Zakres kontaktów	1996	1997		
	przed nawrotem	po leczeniu	środkowy okres	przed nawrotem
Z kilkoma osobami	67	43	50	46
z jedną osobą	11	11	17	20
z nikim	22	46	33	34

Badani oceniali stan swoich stosunków w trzech okresach abstynencji z trzema kolejnymi zaprzyjaźnionymi osobami spoza kręgu rodzinnego: z osobami „pierwszą”, „drugą” i „trzecią”. W obu badaniach wystąpiły zbliżone, niewysokie proporcje osób przeżywających konflikty z przyjaciółmi. Podobny też jest obraz dynamiki tych konfliktów: bardziej nasilone tuż po leczeniu, nieco wygasające w środkowym okresie i nasilające się tuż przed nawrotem. Różnice te nie są jednak znamienne statystycznie zarówno w badaniach w roku 1996 (Tabele 22, 23, 24) jak i w badaniach w roku 1997 (Tabele 25, 26, 27). Zatem w świetle analiz konflikty towarzyskie nie stanowią dynamicznego czynnika o istotnej zmienności pomiędzy okresem środkowym abstynencji i ostatnim.

**TABELA 22**  
Stan kontaktów towarzyskich z „pierwszą osobą”, 1996 (%)

Stan kontaktów	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=72	N=77	N=75
dobrze	81	91	85
konflikty	19	9	15

**TABELA 23**  
Stan kontaktów towarzyskich z „drugą osobą”, 1996 (%)

Stan kontaktów	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=60	N=63	N=62
dobrze	90	94	82
konflikty	10	6	18

**TABELA 24**  
**Stan kontaktów towarzyskich z „trzecią osobą”, 1996 (%)**

Stan kontaktów	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=45	N=48	N=47
dobrze	82	85	75
konflikty	18	15	25

**TABELA 25**  
**Stan kontaktów towarzyskich z „pierwszą osobą”, 1997 (%)**

Stan kontaktów	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=54	N=67	N=65
dobrze	76	97	89
konflikty	24	3	11

**TABELA 26**  
**Stan kontaktów towarzyskich z „drugą osobą”, 1997 (%)**

Stan kontaktów	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=43	N=50	N=46
dobrze	81	92	91
konflikty	19	8	9

**TABELA 27**  
**Stan kontaktów towarzyskich z „trzecią osobą”, 1997 (%)**

Stan kontaktów	początkowy okres	środkowy okres	ostatni okres
	N=34	N=39	N=41
dobrze	79	92	85
konflikty	21	8	15

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie stanu rodzinnego i domowego ujawniło sporą liczbę osób samotnie mieszkających. Większość badanych pozostawała w związkach małżeńskich formalnie zarejestrowanych lub w konkubinacie. Dzieci posiadała większość badanych pacjentów, ale tylko połowa z nich mieszkała z dzieckiem pod jednym dachem. W okresie objętym badaniami prospektywnymi stan rodzinny pacjentów nie uległ jakimś istotnym zmianom.

Badania prospektywne ujawniły znacznie wyższą skalę konfliktów małżeńskich niż to można było odtworzyć w badaniach retrospektywnych. Konflikty małżeńskie uległy wyraźnemu nasileniu w ostatnim okresie abstynencji na 1-4 tygodnie przed nawrotem.

Konfliktowe stosunki z dzieckiem ujawniła znaczna część pacjentów posiadających dzieci – jedna trzecia badanych retrospektywnie i połowa badanych prospektywnie. Można zaobserwować pewną tendencję w postaci poprawy stosunków z dzieckiem u pewnej części badanych w środkowym okresie abstynencji i pogorszenie tych

stosunków tuż przed nawrotem picia. Zmiana ta nie jest jednak znamieną statystycznie.

Stosunki z pozostałymi domownikami także pozostawały konfliktowe u znacznej części badanych. Łączne spojrzenie na konflikty z domownikami (z wyłączeniem małżonka i pierwszego dziecka) ujawnia pogorszenie tych relacji u znaczącej części pacjentów w ostatnim okresie, tuż przed nawrotem. Z drugiej strony, tylko co trzeci badany zauważał istotny wpływ stosunków rodzinnych na przerwanie abstynencji, pozostali lokowali przyczyny przerywania abstynencji w przyczynach pozarodzinnych.

Mniej niż połowa badanych pracowała na pełnym etacie. Spora część, co szósty w badaniach retrospektywnych i co trzeci-czwarty w badaniach prospektywnych – miała status osoby bezrobotnej.

Sytuacja finansowa była przez sporą część badanych oceniana jako niekorzystna tj. przez jedną trzecią badanych retrospektywnie i dwie trzecie badanych prospektywnie. Potwierdzają to obserwacje innych badaczy o relatywnie gorszych warunkach, w jakich żyją alkoholicy. Jest to więc zapewne stały u tej części badanych czynnik utrudniający wytrwanie w abstynencji.

Konflikty ze zwierzchnikami w miejscu pracy przeżywała co ósma osoba uczestnicząca w badaniach retrospektywnych i co trzecia-czwarta w badaniach prospektywnych. Konflikty ze zwierzchnikami narastały jakoś znacząco przed nawrotem picia tylko w badaniach retrospektywnych; w badaniach prospektywnych zmienność tego czynnika okazała się mniejsza i statystycznie nie znamieną, jest to być może stały czynnik wywołujący stres u części pacjentów.

Konflikty z kolegami w pracy przeżywała jedna piąta badanych i dla tej części pacjentów mogło to być stałe źródło stresów. W konsekwencji ten stan emocjonalny zwiększał podatność na wystąpienie nawrotu.

Spora część pacjentów – co piąty w uczestniczący w badaniach retrospektywnych i co trzeci w badaniach prospektywnych – nie utrzymywała żadnych kontaktów towarzyskich, co można traktować jako przejaw izolacji towarzyskiej. W obu grupach badanych dała się zauważyć wspólna tendencja poprawy stosunków towarzyskich u części badanych w środkowym okresie abstynencji i pogorszenia na jeden-cztery tygodnie przed nawrotem. Zmienność tego czynnika nie była jednak znamieną statystycznie.

Zdaniem Shiffmana (1986) nie wystarczy silne postanowienie, ważne jest jeszcze wsparcie ze strony przyjaciół, rodziny i współmałżonka i wiara we własne możliwości – takie osoby będą mniej narażone, mniej podatne na sytuacje wysokiego ryzyka. Nasuwa się pytanie, czy osoby bardziej osamotnione lub żyjące w gorszych warunkach materialnych nie są bardziej podatne na wpływ niekorzystnych „kuszących” sytuacji.

Jeżeli przyjmiemy, że czynniki społeczne i zmienne psychologiczne (jak subiektywnie oczekiwane korzyści, wiara w siebie) są istotnymi zmiennymi w decyzji o powrocie do nałogu, to można uznać, że nawrót jest wynikiem działania (interakcji czynników społecznych i psychicznych) a nie działaniem czynnika „efektu złamania abstynencji” jak to utrzymują Marlat i Gordon (1985). Jeśli po pewnym okresie wstrzeźliwości dana osoba nadal musi się borykać z brakiem pracy, konfliktami małżeńskimi, konfliktami z innymi domownikami, brakiem wsparcia w przyjaznym (i nie

nakłaniającym do picia) kregu towarzyskim oraz – czego nie badaliśmy – kiepskimi warunkami mieszkaniowymi i brakiem nadziei na poprawę, stworzenie sobie kuszącej okazji może wcale nie być zapowiedzią pojedynczego epizodu, ale znakiem powrotu do dawnych nawyków. A więc przejście do nadużywania może wynikać nie z psychologicznej reakcji na ten „pierwszy raz”, ale z ogólnego niezadowolenia z życia i postępującego osłabienia początkowej decyzji.

Dotychczasowe modele nawrotów, zdaniem Saundersa i Allsopa (1997), zawężają nasze widzenie problemu do ujmowania w polu widzenia tylko czynników psychologicznych, pomijają właściwy kontekst, w którym uzależniona osoba występuje w pewnym układzie społecznym, poddana działaniu nacisków ekonomicznych, rodzinnych, zawodowych, psychologicznych, fizjologicznych i związanych z całą historią uzależnienia.

Jeżeli w swoim życiu dana osoba może liczyć na oparcie w postaci dobrych stosunków interpersonalnych, dobrej pracy i kontaktów rodzinnych, udana zmiana zachowania jest bardziej prawdopodobna niż w przypadku człowieka dotkniętego złymi warunkami mieszkaniowymi, brakiem pracy i zaburzonymi kontaktami z innymi ludźmi. Abstynencja jest możliwa w warunkach trwałej zmiany stylu życia.

Interwencje psychologiczne – zdaniem Saundersa i Allsopa (op cit) – odnoszą tylko doraźny skutek w zderzeniu z warunkami, do których wracają pacjenci, jak: chroniczne bezrobocie, mieszkanie w slumsach, bieda i przemoc. Trwałość prób w utrzymaniu abstynencji zależy od poprawy warunków życia pacjentów i zmian w ich społecznym otoczeniu, od tego czy uda się ograniczyć wszechobecność alkoholu w naszym życiu. Konieczna jest interwencja społeczna a nie tylko kliniczna.

### WNIOSKI

1. Konflikty w małżeństwie/konkubiniacie są czynnikiem o wysokiej zmienności pomiędzy środkowym i ostatnim okresem abstynencji i stąd służyć mogą jako istotny zwiastun zbliżającego się nawrotu picia. Czynniki te nie wiązały się istotnie z samoocena sytuacji finansowej, z bezrobociem, z głębokością uzależnienia i z piciem kontrolowanym.

2. Pomocniczym zwiastunem zbliżającego się nawrotu mogą być w świetle naszych analiz konflikty z pozostałymi domownikami i u części pacjentów konflikty ze zwierzchnikami w pracy.

3. Konflikty z dzieckiem i pozostałymi domownikami, konfliktowe stosunki pracownicze z kolegami w miejscu pracy, konflikty w sferze stosunków towarzyskich oraz samoocena sytuacji finansowej w trakcie trwania abstynencji charakteryzowały się niską zmiennością pomiędzy środkowym i ostatnim okresem abstynencji, a tym samym nie stanowiły wyraźnego sygnału o zbliżającym się nawrocie picia.

### STRESZCZENIE

W oparciu o 50 pogłębionych wywiadów przeprowadzonych w 1995 roku i literaturę przedmiotu wyodrębniono trzy grupy czynników związanych z nawrotami picia

alkoholu: medycznych, psychicznych i społecznych. Opracowanym na tej bazie kwestionariuszem objęto w 1996 wywiadami retrospektywnymi 100 pacjentów trzech oddziałów psychiatrycznych i w 1997 wywiadami prospektywnymi taką samą liczebnie grupę z tych samych oddziałów. W prezentowanym artykule uwaga koncentruje się tylko na czynnikach społecznych. U 100 pacjentów metodą retrospektywną i u 100 pacjentów metodą prospektywną zbadano stan i dynamikę stosunków małżeńskich, z dziećmi, z domownikami, ze zwierzchnikami, z kolegami z pracy, towarzyskich ze znajomymi w trzech okresach abstynencji: początkowym, po detoksykacji, środkowym i końcowym przed kolejnym nawrotem picia. Zbadano także dynamikę samooceny stanu materialnego pacjentów w wymienionych trzech okresach ostatniej abstynencji. Jak wykazały analizy, jedynie konflikty w małżeństwie/konkubiniacie są czynnikiem o wysokiej zmienności i stąd służyć mogą jako istotny zwiastun zbliżającego się nawrotu picia. W badaniach prospektywnych zmienność tego czynnika pomiędzy okresem środkowym i końcowym abstynencji była znacznie wyższa niż to wykazywały badania retrospektywne. Czynnikiem ten nie wiązał się istotnie z samooceną sytuacji finansowej, z bezrobociem i z głębokością uzależnienia. Pomocniczą rolę zwiastunów zbliżającego się nawrotu pełnić mogą u części pacjentów konflikty z pozostałymi domownikami i konflikty ze zwierzchnikami w miejscu pracy. Konflikty z dzieckiem, konfliktowe stosunki pracownicze z kolegami z pracy, konflikty w sferze stosunków towarzyskich oraz samoocena sytuacji finansowej w trakcie trwania ostatniej abstynencji charakteryzowały się niską zmiennością i tym samym nie stanowiły wyraźnych sygnałów o zbliżającym się nawrocie.

**Słowa kluczowe:** alkoholizm, nawroty picia, społeczne predyktory nawrotów picia

Zenon Kulka, Grażyna Świątkiewicz, Antoni Zieliński  
**Social predictors of relapse in alcoholism**

### SUMMARY

On the grounds of the literature and of 50 semi-structured interviews carried out in 1995 three groups of factors related to relapse in alcoholism were distinguished: medical, psychological and social. Using a questionnaire developed to measure these factors retrospective interviews were conducted in 1996 with 100 patients of three psychiatric departments, and prospective interviews were carried out in 1997 with an equivalent group of patients from the same departments. This paper deals with social factors only. The retrospective and prospective interviews (with 100 patients each) served to assess the current status and dynamics of respondents' relations with their spouses, children, household members, superiors, co-workers, as well as acquaintances and friends in three periods of abstinence: initial (immediately after detoxification), intermediate, and final (directly preceding relapse). Moreover, the analysis included the dynamics of the patients' self-reported economic status in the above-mentioned three periods of their most recent abstinence. Only marital/concubinage conflicts were found to be a factor of high variability and therefore they may serve as a



significant predictor of imminent relapse. In prospective analyses variability of this factor between the intermediate and final stage of abstinence turned out to be much higher than that in retrospective data. The factor in question was not related significantly either to self-reported financial situation, unemployment, or severity of dependence. An auxiliary role as predictors of relapse may also play conflicts with significant others among adult family members and conflicts with supervisors in the workplace. Conflicts with children conflicts at workplace - with co-workers, conflicts with friends and acquaintances, and self-assessed financial situation during the most recent period of abstinence indicated low variability and so cannot be regarded as signals warning against imminent relapse.

**Key words:** alcoholism, relapse, social predictors of relapse in alcoholism

## PIŚMIENNICTWO

1. Billings A. and Moos R. (1983): *Psychological processes of recovery among alcoholics and their families: implications for clinicians and programme evaluators*. Addictive Behaviours, 8: 205-18.
2. Kulka Z., Świątkiewicz G., Zieliński A. (1998): *Interpersonalne i intrapersonalne predyktory nawrotów picia alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania Nr 2/31
3. Kulka Z., Świątkiewicz G., Zieliński A. (1998): *Psychiczne i somatyczne predyktory nawrotów picia alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania Nr 3/32
4. Marlatt G.A. and Gordon J.R. (1985): *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviour*, New York: Guilford Press.
5. Orford J. and Edwards G. (1977): *Alcoholism*. Oxford: Oxford University Press.
6. Peele S. (1985): *The Meaning of Addiction*, Massachusetts: Lexington Books.
7. Polich J., Armor D., and Braiker HB. (1980): *The Course of Alcoholism: Four Years After Treatment*. Santa Monica, California: The Rand Corporation.
8. Saunders B. Allsop S. (1997): *Nawroty – Polemika w: Nawroty w Uzależnieniach pod red Gosoopa M. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*. Warszawa
9. Shiffman S. (1986): *Task Force 2: models of smoking relapse*. Health Psychology 5 (supplement): 13-27.
10. Stall R. and Biernacki P. (1986): *Spontaneous remission from the problematic use of substances: an inductive model derived from a comparative analysis of the alcohol, opiate, tobacco and food/obesity literature*. International Journal of the Addictions 21: 1-23.
11. Tuchfeld B. (1981): *Spontaneous remission in alcoholics – empirical observations and theoretical implications*. Journal of Studies on Alcohol 42: 626-41.