

Z warsztatów badawczych i doświadczeń klinicznych

Paweł Bronowski

IV Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

CZYNNIKI ZWIĄZANE Z PODJĘCIEM LECZENIA ODWYKOWEGO PO ODBYCIU HOSPITALIZACJI PSYCHIATRYCZNEJ PRZEZ PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

WSTĘP

W ostatnich latach szczególnego znaczenia nabrały kwestie związane z doborem odpowiedniej dla poszczególnych pacjentów uzależnionych od alkoholu oferty terapeutycznej. Zagadnieniom tym poświęca się wiele uwagi, prowadzone są liczne programy badawcze nakierowane na problematykę prawidłowego doboru oferty i co za tym idzie efektywności leczenia [1,13,14). Warto jednak pamiętać, że podstawą, punktem startu od którego obserwować można sukces lub porażkę określonej metody leczniczej jest sam fakt jej podjęcia, czyli zgłoszenia się do placówki lecznictwa odwykowego. Rola czynników wiążących się z podjęciem leczenia odwykowego wydaje się być szczególnie istotna w przypadku osób charakteryzujących się silnie wyrażonymi skutkami uzależnienia, do których można zaliczyć przebycie hospitalizacji psychiatrycznej z powodu psychozy alkoholowej.

Celem badań było określenie czynników związanych z podjęciem leczenia odwykowego po odbyciu hospitalizacji psychiatrycznej przez pacjentów uzależnionych od alkoholu.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY I METODA

Badania dotyczyły grupy pacjentów hospitalizowanych w IV Klinice Psychiatrycznej w związku z uzależnieniem od alkoholu w okresie od maja 1991 do

Badania wykonane w ramach działalności statutowej IPN, w oparciu o środki przyznane przez PARPA.

grudnia 1992. Bezpośrednią przyczyną przyjęcia były najczęściej psychozy alkoholowe.

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

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

W pracy użyte zostały 3 narzędzia: Kwestionariusz Katamnesticzny jako narzędzie podstawowe oraz Kwestionariusz Otoczenia i Oparcia Społecznego (2) oraz Wrocławski Inwentarz Objawów Uzależnienia (15). Istotność różnic obliczono testem Chi-Kwadrat oraz testem t-Studenta.

Adresy osób objętych badaniami uzyskano z Centralnego Biura Adresowego. W terminie wyznaczonym przez 3 lata, które upłynęły od opuszczenia oddziału psychiatrycznego wysyłano do badanego list wyjaśniający mu cel przeprowadzanych badań i zapraszający do zgłoszenia się do kliniki. W przypadku braku odpowiedzi wysyłano ponownie list zapowiadający wizytę ankietera. Niekiedy wobec nietrzeźwości respondenta konieczna była powtórna wizyta. Dane zebrane zostały przez przeszkolonych ankieterów: psychologów i pracowników socjalnych IV Kliniki Psychiatrycznej IPiN.

Badaniami objęto 103 pacjentów uzależnionych od alkoholu (wg kryteriów DSM III-R/, którzy w terminie od 01.05.1991 do 30.11.1992 przebyli hospitalizację w IV Klinice Psychiatrycznej IPiN i zamieszkiwali w rejonie Kliniki. Po 3 latach od wypisania z oddziału udało się uzyskać dane o 67 osobach, co stanowi 65,5% grupy wyjściowej.

TABELA 1
Przyczyny hospitalizacji

	n	%
zespół abstynencyjny	27	26,2
majaczenie alkoholowe	55	53,4
ostra halucynozja alkoholowa	15	14,6
inne/dysforia, reakcja depresyjna	6	5,8

U 32 osób (31,1%) stwierdzono współwystępowanie chorób somatycznych mogących mieć związek z nadużywaniem alkoholu. Były to: choroba wrzodowa – 10 osób (9,7%), utrwalone uszkodzenie wątroby – 10 osób (9,7%), choroba wieńcowa – 5 osób (4,9%), zapalenie wielonerwowe – 4 osoby (3,9%), inne choroby serca – 2 osoby (2,0%), zapalenie trzustki – 1 osoba (1,0%). U 8 osób (7,8%) stwierdzono napady padaczkowe.

Najmłodszy badany miał 19 lat, najstarszy 61. Średnia wieku w całej grupie wynosiła 30,3 lat. Mężczyźni stanowili 87,4 % (90 osób), kobiety 12,6 % (13 osób).

54 osoby (52,4%) miały stałe miejsce zatrudnienia, 28 osób (27,2%) nigdzie nie pracowało a 21 (20,4%) utrzymywało się z renty lub emerytury.

Wykształcenie w badanej grupie przedstawiało się następująco:

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

35 osób (34,0%) dotychczas nie zawierało związków małżeńskich, 45 osób (43,7%) pozostawało w związkach małżeńskich, 4 osoby (3,9%) były owdowiałe, 19 osób (18,4%) było rozwiedzionych.

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

19 osób używało również alkoholi niekonsumpcyjnych (18,4%).

Nasilenie uzależnienia mierzone Wrocławskim Inwentarzem Objawów Uzależnienia (15) u 48 osób (46,6%) oceniono jako głębokie, u 28 osób (27,2%) jako średnie, u 23 osób (22,3%) jako lekkie, u trzech osób wynik w inwentarzu upoważniał jedynie do podejrzenia uzależnienia. Jednej osoby nie sklasyfikowano.

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

TABELA 2
Leczenie odwykowe podejmowane przed hospitalizacją

	n=103	%
Poradnia odwykowa	61	59,2
Disulfiram	52	50,2
Wspólnota AA	24	23,3
Oddział odwykowy	18	17,5

TABELA 3
Dostępność osób objętych katamnezą

	n	%
Odnalezieni	67	65,5
Nieodnalezieni	22	23,3
Zmarli	12	11,7
Odmowa respondenta	2	1,9

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

WYNIKI

W badanej ponownie po upływie 3 lat 67 osobowej grupie, 52 osoby (77,6 %) podjęły leczenie odwykowe zaś 15 nie zgłosiło się do żadnej placówki leczenia odwykowego (22,4%).

TABELA 4
Rodzaje podjętego leczenia

	n	%
Wspólnota AA	41	78,8
Poradnia odwykowa	33	63,5
Oddział Odwykowy dzienny	12	23,1
Oddział Odwykowy całodobowy	9	17,3

Najpopularniejsza z różnych form leczenia w badanej grupie okazała się Wspólnota Anonimowych Alkoholików. 78,8 % członków badanej grupy, po opuszczeniu oddziału wzięło udział w conajmniej jednym mityngu AA. Popularność tej oferty należy tłumaczyć tym, iż w IV Klinice działa grupa AA, która w każdym tygodniu odbywa mityng. Udział w nich brali również pacjenci Kliniki objęci katamnezą.

Spośród osób, które podjęły leczenie 56,7% (30 osób) w okresie objętym katamnezą stosowało disulfiram.

W kontekście podejmowania leczenia odwykowego po opuszczeniu oddziału psychiatrycznego badana grupa nie różnicowała się w sposób istotny statystycznie odnośnie płci, wieku i wykształcenia.

Czynniki związane z podjęciem leczenia zestawione są w tabeli 5.

TABELA 5
Czynniki związane z podjęciem leczenia – dane zebrane podczas hospitalizacji
(maj 1991-grudzień 1992)

czynnik	nie zgłosili się do placówki leczenia odwykowego		zgłosili się do placówki leczenia odwykowego		p
	n	%	n	%	
Alkohol w rodzinie pochodzenia	3	9,7	28	90,3	0,032
Zachowania autoagresywne	3	10,7	25	89,3	0,044
Zwolnienia dyscyplinarne przed hosp.	3	10,3	26	89,7	0,039
Wcześniejsze leczenie odwykowe – łącznie	5	10,4	43	89,9	0,000
Wcześniejsze leczenie – Poradnia Odwykowa	4	10,4	43	89,9	0,000
Wcześniejsze leczenie – disulfiram	5	12,8	34	87,2	0,028
Wcześniejsze leczenie – Oddziały odwykowe	0	0	16	100,0	0,010
Wcześniejsze leczenie – AA	0	0	17	100,0	0,039

Istotny dla podjęcia leczenia odwykowego po opuszczeniu oddziału okazał się również poziom nasilenia uzależnienia mierzony Wrocławskim Inwentarzem Objawów Uzależnienia od Alkoholu. W grupie osób podejmujących leczenie wynosił on średnio 40 punktów, zaś grupa, która nie zgłosiła się do placówki leczenia odwykowego osiągnęła średni wynik 34 punktów (istotność statystyczna osiąga poziom $p=0,045$).

Istotny statystycznie był również czas trwania uzależnienia (średnio 6 lat w grupie, która nie podjęła leczenia i 9 w grupie, która zgłosiła się do placówki leczenia odwykowego).

Wcześniejsze hospitalizacje psychiatryczne (w związku z uzależnieniem od alkoholu) nie różnicowały statystycznie badanej grupy w kontekście podjęcia leczenia, niemniej należy zaznaczyć, iż grupa która podjęła leczenie ma średnio więcej hospitalizacji psychiatrycznych z okresu przed pierwszym badaniem (odpowiednio: 2 i 3 hospitalizacje).

Istotne statystycznie okazały się różnice dotyczące wglądu w chorobę oraz deklaracji dotyczących spożywania alkoholu po wypisie. Pacjenci, którzy deklarowali się jako „alkoholicy” oraz ci, którzy zamierzali po wypisaniu całkowicie przestać pić częściej podejmowali leczenie w porównaniu z osobami, które nie uważały się za alkoholików, po wypisie zaś zamierzały jedynie „ograniczyć picie”. Zależności te zamieszczone są w tabeli 6.

Inne zmienne określone w czasie hospitalizacji tj. stan cywilny, źródło utrzymania, konflikty z prawem, używanie alkoholu niekonsumpcyjnych, domownicy nad-

TABELA 6
Wgląd i deklaracje odnośnie alkoholu a zgłaszanie się do leczenia

czynnik	nie zgłosili się do placówki lecznictwa odwykowego		zgłosili się do placówki lecznictwa odwykowego		p
	n	%	n	%	
Wgląd	4	14	43	86	0,005
Deklaracje odnośnie zaprzestania picia	8	14,3	48	85,7	0,002

używający alkoholu nie różnicowały statystycznie grup podejmujących i niepodjmujących leczenia odwykowego.

Zwraca uwagę fakt, iż nieistotne dla podjęcia decyzji o dalszym leczeniu w badanej grupie okazały się czynniki związane z istnieniem motywującego do dalszego leczenia środowiska rodzinnego.

Reasumując informacje zawarte powyżej można stwierdzić, iż osoby, które po wypisaniu się z oddziału psychiatrycznego podjęły leczenie odwykowe istotnie częściej charakteryzują się głębszym poziomem uzależnienia oraz silniej zaznaczonymi jego skutkami. Wyraża się to zarówno wynikami uzyskanymi we Wrocławskim Inwentarzu Objawów Uzależnienia od Alkoholu, czasem trwania uzależnienia oraz obciążeniem alkoholizmem w rodzinie pochodzenia. Osoby te wyróżniały się również silniej zaznaczonymi konsekwencjami nałogu takimi jak utraty pracy, większa ilość hospitalizacji psychiatrycznych związanych z alkoholem oraz zachowania autoagresywne. Grupa ta istotnie częściej miała za sobą wcześniejsze próby leczenia odwykowego. Charakterystyczny jest również dla tej grupy silniej wyrażony wgląd w chorobę co przełożyło się zarówno na deklaracje odnośnie konsumpcji alkoholu w przyszłości jak i postrzeganie siebie jako osoby uzależnionej.

Zbadano również związek między systemem oparcia społecznego i podejmowaniem lub niepodjęciem leczenia odwykowego po opuszczeniu kliniki.

Uzyskane dane dowodzą, iż badana grupa miała dość zbliżone w swojej strukturze systemy oparcia. Obrazuje to tabela 7.

TABELA 7
Wielkość systemów oparcia

liczba osób tworzących system oparcia	n	%
1-4 osoby	8	11,9
5-10 osób	39	58,2
11-15 osób	6	9,0
16-20 osób	9	13,4
>21 osób	4	6,0

Jak widać z powyższych danych systemy oparcia w badanej grupie są dość słabo rozbudowane (jedynie 5-10 osób jako dominująca konfiguracja). Zarazem można je określić jako wydolne z punktu widzenia rodzajów uzyskiwanego oparcia. Wiąże się to niewątpliwie faktem, iż w większości przypadków system oparcia tworzyły osoby wspólnie zamieszkujące bądź bliscy krewni, zaś osoby z innych obszarów w mniejszym stopniu wchodziły w ich skład. Przedstawia to tabela 8.

TABELA 8
Obszary oparcia

obszar	liczba osób	SD
najbliższa rodzina	3,18	2,17
osoby wspólnie zamieszk.	2,55	2,87
inni krewni	1,14	1,64
koledzy z pracy	1,05	1,60
sąsiedzi	0,86	1,18
inni znajomi	0,83	1,35
inne osoby	0,33	0,71
terapeuci	0,27	0,73

Podobnie przedstawiał się zakres oparcia uzyskiwany przez badaną grupę. 70 % jej członków czerpała ze swego systemu oparcia szeroki zakres podtrzymania tj. taki, który zapewniał możliwość realizacji nie mniej niż 7 funkcji (doradzanie, wyłączenie, protekcja, opieka, pomoc doraźna, pocieszenie, powiernictwo, bezwarunkowe oparcie). Przedstawia to tabela 9.

TABELA 9
Zakresy systemów oparcia

zakres	n	%
wąski (1-4 funkcje)	1	1,5
średni (5-6 funkcji)	12	7,9
szeroki (7 - 8 funkcji)	52	77,6

Odsetek osób deklarujących niedobory w poszczególnych funkcjach przedstawia się następująco:

- doradzanie 7,5%
- wyręczanie 9,0%
- protekcja 6,0%
- opieka 11,9%
- pomoc doraźna 4,5%
- pocieszanie 7,5%
- powiernictwo 14,9%
- bezwarunkowe oparcie 3,0%

Najwięcej osób zgłosiło niedobory w zakresie zaspokajania funkcji opieki oraz powiernictwa, najmniej zaś w przypadku funkcji uzyskiwania bezwarunkowego oparcia. Wydaje się, iż koresponduje to z poprzednimi wnioskami dotyczącymi „płytkości” systemów oparcia badanych pacjentów.

Z powyższych danych wynika, iż systemy oparcia społecznego, mimo iż można je nazwać dość wydolnymi w kontekście zapewniania poszczególnych funkcji, są płytkie. Jak już wspomniano, dominują w nich członkowie rodzin oraz osoby wspólnie zamieszkujące. Osoby spoza tych obszarów obecne są w systemach oparcia badanej grupy znacznie rzadziej. Zwraca uwagę pojawiająca się w nich niewielka liczba osób profesjonalnie związanych z systemem lecznictwa. Dzieje się tak pomimo faktu, iż dość znaczny odsetek badanej grupy (77,6%) podjął leczenie odwykowe. Znikoma ilość osób lokujących się w kategorii „terapeuci” została zaliczona przez badanych do systemu dającego oparcie społeczne.

Parametry opisujące systemy oparcia w badanej grupie nie wiązały się w statystyczny sposób z faktem podejmowania lub niepodejmowania leczenia. Pozostaje to niewątpliwie w związku z podkreślanym już wcześniej faktem jednorodności tych systemów w całej badanej grupie.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Reasumując informacje zawarte w powyższych tabelach można stwierdzić, iż osoby, które po wypisaniu z oddziału psychiatrycznego podjęły leczenie odwykowe istotnie częściej charakteryzują się silniej wyrażonymi skutkami uzależnienia. Wyraża się to poprzez częstsze utraty pracy, większą ilość hospitalizacji psychiatrycznych związanych z alkoholem oraz zachowania autoagresywne. W literaturze dotyczącej kwestii motywacji do leczenia często zwraca się uwagę na fakt, iż osoby podejmujące leczenie odwykowe obarczone są znacznie silniej wyrażonymi konsekwencjami uzależnienia (12, 19, 7, 18, 16, 17). Podkreśla się również, iż w odniesieniu do osób ciężko uzależnionych od alkoholu i doświadczających w związku z tym poważnych trudności w funkcjonowaniu społecznym, dla faktu podejmowania leczenia odwykowego po odbyciu detoksykacji znaczenie ma poziom wykształcenia oraz okres stałego (tj. co najmniej 6 miesięcznego) zatrudnienia w okresie dwóch lat poprzedzających przebycie detoksykacji (6).

Uważa się również, iż znaczenie dla decyzji o podjęciu leczenia odwykowego mają indywidualne, subiektywne oceny odnośnie odczuwania konsekwencji uzależnienia (7,10).

Podobnie przedstawiało się to w badanej grupie, w której „wgląd” w problematykę własnej choroby i postrzeganie siebie jako osoby uzależnionej w sposób statystycznie istotny częściej występowały w grupie, która podjęła leczenie.

W uzyskanych wynikach nie potwierdziło się podkreślane często w literaturze znaczenie motywującego do leczenia otoczenia społecznego. Związek presji społecznej z podejmowaniem leczenia był często opisywany (8, 20, 4). Akcentuje się również wagę „wzmocnień negatywnych” – np. groźba utraty pracy, rodziny, współmałżonka jako elementów motywujących do leczenia (11).

Analiza uzyskanych wyników nie wykazała również jednoznacznych związków między systemem oparcia społecznego a podejmowaniem leczenia odwykowego w badanej grupie.

Badania nad systemami oparcia społecznego u osób uzależnionych od alkoholu nie są jak dotąd zbyt liczne (9). Koncentrują się one głównie wokół kwestii dotyczących związków między utrzymywaniem abstynencji a wydolnością i zakresem systemu oparcia. Wyniki nie są jednoznaczne, również w odniesieniu do badań prowadzonych na populacji polskich pacjentów uzależnionych od alkoholu. W odniesieniu do badanej grupy nie stwierdzono związków między utrzymywaniem abstynencji a wielkością i zakresem systemu oparcia społecznego (5). W innych badaniach dotyczących tej samej problematyki, w których porównano systemy oparcia w dwóch grupach osób uzależnionych od alkoholu (utrzymujących i nieutrzymujących abstynencję) autorzy sugerują, iż wsparcie społeczne (zarówno w kontekście wielkości jak i zakresu) jest istotnie większe w grupie utrzymującej abstynencję (9).

Porównując uzyskane dane z wynikami innych badań prowadzonych nad systemami oparcia pacjentów uzależnionych od alkoholu należy zwrócić uwagę na różnice jakie są udziałem badanej przez nas grupy. Liczebność systemu oparcia była mniejsza i wynosiła średnio 9 osób (w badaniach z 1986 (3), (2) wynosiła 12 osób).

W grupie objętej katamnazą systemy oparcia były jednak w znacznie większym stopniu oparte na rodzinie i osobach wspólnie zamieszkujących. Mniej osób włączyło do nich kogoś z kręgów „pozarodzinnych”. Systemy te były zarazem znacznie bardziej wydolne w kontekście zapewniania poszczególnych funkcji.

Wydaje się to być związane ze specyfiką systemów oparcia w jakich funkcjonuje większość osób uzależnionych. Najczęściej systemy te chronią je przed ponoszeniem konsekwencji picia, to z kolei wpływa niekorzystnie na podejmowanie i przebieg leczenia. Powoduje to, iż wiele osób nie decyduje się na podjęcie leczenia, odkłada decyzję o podjęciu leczenia albo rezygnuje z niego. Tym samym pozornie sprawny i wydolny system oparcia może stać się przeszkodą w podejmowaniu i przebiegu terapii osób uzależnionych od alkoholu.

WNIOSKI

1. W badanej grupie istotnie częściej do placówek leczenia odwykowego zgłaszali się pacjenci o większym stopniu zaawansowania uzależnienia od alkoholu. Wyraziło się to na poziomie istotności statystycznych w przypadku następujących

zmiennych: alkohol w rodzinie pochodzenia, nasilenie uzależnienia mierzone Wroclawskim Inwentarzem Objawów Uzależnienia od Alkoholu, czasem trwania uzależnienia, podejmowanymi w przeszłości próbami leczenia, zachowaniami autoagresywnymi, utratą pracy oraz wglądem w chorobę.

2. Nieistotne dla podejmowania leczenia okazały się czynniki związane z istnieniem motywującego do leczenia otoczenia społecznego.

3. Systemy oparcia społecznego nie wiązały się istotnie statystycznie z podejmowaniem leczenia. W badanej grupie systemy są te dość jednorodne, oparte na członkach rodziny z niewielkim w nich udziałem osób spoza tego obszaru.

Systemy te były zarazem wydolne w kontekście zakresu tj. zaspakajały znaczącą liczbę funkcji takich jak bezwarunkowe oparcie, pomoc doraźna, protekcja, doradzanie, pocieszanie.

STRESZCZENIE

Celem podjętych badań było określenie czynników związanych z podejmowaniem leczenia odwykowego przez osoby uzależnione od alkoholu po przebyciu hospitalizacji psychiatrycznej. Zbadano grupę 103 osób przyjętych do IV Kliniki Psychiatrycznej IPiN. Podczas hospitalizacji zebrano dane o przebiegu i konsekwencjach społecznych uzależnienia, funkcjonowaniu społecznym oraz podejmowanych wcześniej próbach leczenia. Po 3 latach dotarło do 67 (65,5%) osób z tej grupy i zebrano dane dotyczące funkcjonowania społecznego, systemu oparcia społecznego, podejmowanych prób leczenia oraz używania alkoholu w okresie jaki upłynął od opuszczenia oddziału psychiatrycznego.

52 osoby ze zbadanej grupy (77, 6%) podjęło leczenie odwykowe po opuszczeniu kliniki psychiatrycznej. Osoby, które podjęły leczenie charakteryzowały się silniej wyrażonymi skutkami i poziomem uzależnienia oraz częściej podejmowanymi w przeszłości próbami leczenia.

Nieistotne dla podejmowania leczenia okazały się czynniki związane z istnieniem motywującego otoczenia społecznego.

Systemy oparcia społecznego w grupie podejmującej i niepodejmującej leczenie były zbliżone wielkością i strukturą. Opierały się głównie na osobach z najbliższej rodziny, zaspakajały znaczącą liczbę funkcji.

Paweł Bronowski

Factors related to entering alcohol treatment by alcohol dependent patients after their psychiatric hospitalization

Summary

The aim of the study was to determine factors related to entering alcohol treatment by patients discharged from a psychiatric ward. Participants in the study were 103 patients hospitalized at the psychiatric ward with the diagnosis of alcohol dependen-

ce. During their hospitalization data were collected on the course and social consequences of the patients' alcohol dependence, their social functioning and former attempts at alcohol treatment. At a 3-year follow-up data on sex, age, social functioning, severity of dependence, social support, seeking alcohol treatment, and alcohol use were obtained from 64 respondents (i.e. 65.5% of the initial sample). 77.6% of the respondents reported entering some form of treatment (AA, day clinic, inpatient center). Participation in various alcohol treatment programs turned out to be related to dependence severity, more adverse consequences of alcoholism prior to admission to the psychiatric ward, and more attempts at alcohol treatment in the past. Neither the level of social support nor the presence of a motivating milieu were found to be correlated with the patients' readiness to seek alcohol treatment.

Key words: alcohol dependence, follow-up study

PIŚMIENNICTWO

1. Alcohol and Health, *Eight Special Report to the U. S. Congress*, 1993, Washington.
2. Bizoń Z, Bernstein E., Kraśko N., Ostrowska I., *Charakterytyka Otoczenia Społecznego Pacjentów alkoholików*. W: Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień. Materiały XXXV Zjazdu Psychiatrów Polskich, Warszawa, 1989, tom II, 11-16.
3. Bizoń Z, Bernstein E., Kraśko N., Ostrowska I., *Społeczny system podtrzymania u osób uzależnionych od alkoholu*, W: Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień. Materiały XXXV Zjazdu Psychiatrów Polskich, Warszawa, 1989, tom II, 18-24.
4. Booth B., Russell D., Soucek S., Laughlin P., *Social Support and Outcome of alcoholism treatment: an exploratory analysis*, Am. J. Drug Alcohol Abuse, 1992, 18, 87-101.
5. Bronowski P., *Czynniki związane z utrzymywaniem abstynencji przez pacjentów uzależnionych od alkoholu hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym – 3 letnia katamneza*, Alkoholizm i Narkomania, 1997, 1, 47-61.
6. Castenda R., Lifschutz H., Galanter M., Medalia A., Franco H., *Treatment compliance after detoxification among highly disadvantaged alcoholics*, Am. J. Drug and Alcohol Abuse, 1992, 18, 223-43.
7. Finney J., Moos R., *Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model*, addiction, 1995, 9, 1223-40.
8. Hasin D., *Treatment/self – Help for Alcohol Related Problems: Relationship to Social Pressure and alcohol Dependence*, J. Stud. Alcoholism, 1994, 55, 660-666.
9. Jakubik A., Kowaluk B., *Wsparcie społeczne a utrzymywanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, Alkoholizm i Narkomania, 1997, 1, 89-105.
10. Jones B., Mahon J., *Negative alcohol expectancy predicts post-treatment abstinence survivorship: the wheather, when and why of relapse to a first drink*, Addiction, 1994, 1653-65.
11. Juczyński Z., Szamborska J., Jedrzejczak A., *Wyznaczniki efektywności leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, Psychiatria Polska, 1992, 5, 411-420.
12. Marsden J., Keaney F., *Matching clients with alcohol and drug problems to optimal treatments, Executive Summary*, The Centre for Research on drugs and Health behaviour, 1994, 31.

13. Mattson M., Allen J., *Research on matching Alcoholic Patients to Treatments Findings, Issues and Implications*, Journal of Addictive Diseases, 1991, 11, 33-47.
14. Miller W., Hester R., *Matching Problem Drinkers with Optimal Treatments*, w: Miller W., Hester R., *Treating Addictive behaviours: Process of change*, Pergamon Press, 1986
- 15.. Sidorowicz S., *Próba pomiaru zespołu uzależnienia od alkoholu*, W: *Problemy alkoholizmu*, 1980, 6, 5-7.
16. Timko C., Finney J., Moos R., Moos B., *Short term treatment careers and outcome of previously untreated alcoholics*, J. Stud. Alcohol, 1995, 6, 597-610.
17. Timko C., Finney J., Moos R., Moos B., Steinbaum D., *The process of treatment selection among previously untreated help seeking problem drinkers*, Journal of Subst. Abuse, 1993, 5, 203-220.
18. Tucker J., *Predictors of help seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers*, Addiction, 1995, 6, 805-9.
19. Tucker J., Gladsjo J.A., *Help – seeking and recovery by problem drinkers: characteristics of drinkers who attended Alcoholics Anonymus or formal treatment or who recovered without assistance*, addict. Behav., 1993, 18, 529-42.
20. Załuska M., Bronowski P., Białyszewski A., Traczewska Z., *Czynniki sprzyjające uczestnictwu pacjentów oddziału psychiatrycznego w mityngach AA*, Alkoholizm i Nrkomania, 1992, 11/12, 149-163.