

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

INTERPERSONALNE I INTRAPERSONALNE PREDYKTORY NAWROTÓW PICIA ALKOHOLU

WSTĘP

We wstępie do redagowanej przez siebie książki „Nawroty w uzależnieniach” Michael Gossop (1997) przypomina znane stwierdzenie Marka Twaina: „rzucenie palenia jest bardzo łatwe, ja sam robiłem to już setki razy”. Anegdota ta trafnie oddaje podstawowy problem w leczeniu uzależnienia, jakim są nawroty.

Problem trudności ze znalezieniem takich form terapii, które radykalnie zmniejszałyby proporcje osób uzależnionych powracających wcześniej lub później do używania alkoholu, narkotyków czy nikotyny, jest często dyskutowany i do tej pory nie udało się go rozwiązać.

Pojęcie „nawrót” może być definiowane w co najmniej dwojaki sposób. Niekiedy nawrotem w przebiegu uzależnienia alkoholowego nazywa się wypicie nawet jednorazowej dawki alkoholu po okresie abstynencji. Według Orforda i Edwardsa (1997) tak rozumiany nawrót można stwierdzić u 90% osób z problemem alkoholowym przed upływem 12 miesięcy od leczenia. W przypadku, gdy nawrót jest definiowany jako powrót do zachowań sprzed leczenia (picie ciągami, bez kontroli itd.), w okresie 12 miesięcy wystąpi u około 50% pacjentów.

Według Allsopa i Saundersa (1997) problemowi nawrotów w przebiegu leczonego uzależnienia od alkoholu zaczęto poświęcać więcej uwagi dopiero pod koniec lat siedemdziesiątych. Wymienieni autorzy przyczyn braku wcześniejszego zainteresowania tym tematem upatrują w dominującym dawniej poglądzie, że uzależnienie od alkoholu jest chorobą uniemożliwiającą kontrolowanie własnych zachowań alkoholowych, co powodowało, że jedynym celem, jaki sta-

wiano przed pacjentem, była dożywotnia abstynencja. Wyjaśnienie to wydaje się problematyczne choćby dlatego, że wśród badaczy zajmujących się problematyką nawrotów są i reprezentanci koncepcji alkoholizmu jako choroby. Wydaje się, że powodem zainteresowania klinicystów i badaczy czynnikami wpływającymi na nawroty picia były bardzo niskie odsetki osób uzależnionych, zdolnych do utrzymywania abstynencji wieloletniej. Współcześnie przynajmniej w Polsce nadal dominuje pogląd o niemożliwości kontrolowania zachowań związanych z piciem przez osoby uzależnione. Ten właśnie pogląd leży u podłoża poszukiwań takich metod pracy z pacjentem, które zapobiegając nawrotowi picia wydłużałyby okres abstynencji. Abstynencja do końca życia jest nadal celem pożądanym, ale realizm terapeutyczny uczy, że prawdopodobieństwo osiągnięcia takiego celu jest bardzo małe.

Mimo coraz szerszej oferty terapeutycznej i dynamicznego rozwoju grup samopomocowych, wyniki leczenia osób uzależnionych od alkoholu w Polsce są dalekie od zadowalających. Z badań prowadzonych na dużych próbach populacji leczących się alkoholików w latach 80. (Godwod-Sikorska, Bielewicz 1981; Bielewicz, Zieliński 1989) wynika, że zarówno w lecznictwie otwartym jak i zamkniętym proporcje osób utrzymujących 2-3 letnią abstynencję stanowiły 4-5% margines leczonych.

Liczne prace autorów zagranicznych opisują wielorakość czynników wpływających na wystąpienie nawrotu picia. Są wśród nich czynniki genetyczno-biologiczne (Godwin 1876; Grove, Godovet 1983; Schuckit, Clonninger, Dietrich 1979) jak i psychologiczno-psychopatologiczne (Gorski, Miller 1986; Sillberstain, Parson 1980) czy społeczne (Dulfano 1982, Kaufman, Kaufman 1982)

Wielu autorów zwraca uwagę na istotny czynnik uprawniający do orzekania czy w konkretnym przypadku mamy do czynienia z nawrotem picia. „Aby kogoś z problemem alkoholowym można było określić jako osobę z problemem nawracającym, osoba ta musi najpierw zaangażować się w proces zmiany swoich zachowań związanych z piciem alkoholu.” (Marlat, Gordon 1980) Można założyć, że wskaźnikiem takiego zaangażowania jest sam fakt podjęcia leczenia. Wiadomo jednak, że poddanie się detoksykacji nie musi być jednoznaczne z podejmowaniem jakichkolwiek zobowiązań odnośnie do zachowań po opuszczeniu szpitala. Wydaje się, że trafniejszym wskaźnikiem takiego zaangażowania są postanowienia, z jakimi pacjent opuszcza placówkę, która udzieliła mu pomocy. Na podstawie werbalnych deklaracji trudno jest orzekać na ile silna i ugruntowana jest decyzja zmiany zachowania. Mimo że werbalne deklaracje są często powierzchowne w praktyce są często jedynym dostępnym wskaźnikiem podjęcia decyzji o zmianie zachowania.

Tacy badacze i jednocześnie klinicyści jak Gorski, Miller, Marlatt i Gordon zajmowali się badaniem sytuacji podwyższających ryzyko nawrotu picia. Marlatt i Gordon (1980) po zbadaniu wpływu szeregu pojedynczych czynników poprzedzających nawrót picia podzielili je na dwie podstawowe grupy czynników interpersonalnych i intrapersonalnych. Według Marlatta czynniki intrapersonalne, a w szczególności ne-

gatywne stany emocjonalne, odgrywają większą rolę w procesie nawrotu niekontrolowanego picia niż czynniki interpersonalne.

Allsp i Saunders (1970) uważają, że do ustaleń wynikających z badań nad czynnikami nawrotów w przebiegu leczenia uzależnienia, należy się odnosić z dużą ostrożnością. Zwykle badania te miały charakter retrospektywny i mogły być obciążone błędem. Za źródło błędu autorzy tu wspomniani uważają nie tylko zawodną pamięć, ale również naturalną potrzebę pacjentów do przedstawiania przyczyny nawrotu w sposób racjonalny, a niekiedy dramatyczny.

Wydaje się, że jednym ze sposobów ograniczenia błędu może być zastosowanie podejścia prospektywnego. Śledzenie różnych aspektów funkcjonowania osoby uzależnionej na bieżąco powinno pozwolić uniknąć mitologizacji okoliczności poprzedzających nawrót picia.

OPIS PROCEDURY BADAWCZEJ

Cały program badawczy składał się trzech z etapów:

- badań pilotażowych,
- kwestionariuszowych badań retrospektywnych,
- kwestionariuszowych badań prospektywnych.

W 1995 roku przeprowadzono badania pilotażowe 50 pacjentów uzależnionych od alkoholu, przebywających z powodu nawrotu picia na oddziałach odwykowych. Od pacjentów zbierano informacje metodą wywiadu z dyspozycjami. W wywiadach pytano o sfery życia i funkcjonowania potencjalnie ważne w przebiegu uzależnienia od alkoholu i utrzymywania abstynencji po leczeniu (wywiad chorobowy, przebieg uzależnienia, historia leczenia, dolegliwości psychiczne i fizyczne, sytuacja rodzinna, finansowa, stosunki w pracy i kręgu towarzyskim).

Analiza i wnioski z tak zbieranego materiału oraz analiza literatury tematu posłużyły do ustalenia kryteriów doboru pacjentów do badań w dwóch kolejnych etapach oraz opracowania ustrukturalizowanej ankiety predyktorów nawrotów picia.

W badaniu retrospektywnym respondenci dokonywali samooceny własnego funkcjonowania w różnych fazach abstynencji poprzedzającej ostatnie leczenie.

W badaniu prospektywnym wywiad z respondentem był przeprowadzany w regularnych odstępach czasowych, a odpowiedzi na pytania opierały się na bieżących doświadczeniach osoby badanej.

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 psychiatry. 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, żółtaczka zakaźna, przebyty udar mózgowy itp.

Badanie retrospektywne w 1996 roku 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.

Badanie w 1997 roku miało charakter prospektywny. W badanej grupie średnia długość abstynencji wyniosła 3 miesiące (najkrótsza 2, najdłuższa 6 miesięcy). 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 różnic między wynikami uzyskanymi w grupie retrospektywnej i prospektywnej. Do analizy zmienności w czasie zastosowano jednostronne testy Friedmana i Cochra na dla próbek zależnych, a do badań zależności między różnymi czynnikami test Pearsona chi kwadrat lub statystykę gamma, mierzącą zgodność między dwoma zmiennymi kategorycznymi o uporządkowanych kategoriach. Istotność statystyczną dla wszystkich testów przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Charakterystyka socjo-demograficzna badanych grup

Zarówno w roku 1996 jak i w roku 1997 objęto badaniami jednakowo liczebne 100-osobowe grupy pacjentów. Proporcje płci w obu grupach były zbliżone. Również podobny był rozkład wieku, z taką samą średnią – 40 lat. W grupie retrospektywnej – więcej było osób w związkach małżeńskich, a w grupie prospektywnej rozwiedzionych. Pod względem wykształcenia także dostrzec można różnice. W grupie retrospektywnej więcej było osób z wykształceniem tylko podstawowym a grupie prospektywnej z wykształceniem wyższym. Rozkłady cech społeczno-demograficznych prezentuje tabela 1.

Wywiad alkoholowy

W 1996 roku 41 badanych przyznało, iż regularne picie alkoholu rozpoczęło przed ukończeniem 20 roku życia, a pozostali w 20 roku życia lub później, natomiast w 1997 roku odpowiednio 30 i 70 osób.

TABELA 1
Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych populacji w roku 1996 i 1997.

Rok badania	1996	1997
Liczba badanych	100	100
Płeć		
kobiety	15	10
mężczyźni	85	90
Wiek		
20-40 lat	41	47
41 i powyżej	59	53
średnia wieku	40 lat	40 lat
Stan cywilny		
panna/kawaler	19	23
zamężna/zonaty	46	34
wdowa/wdowiec	4	7
rozwidziona/rozwidziony	25	34
separacja	6	2
Wykształcenie		
podstawowe	21	9
zasadnicze zawodowe	32	35
średnie	32	39
pomaturalne	4	3
wyższe	7	14
brak danych	4	-
Zatrudnienie		
praca na pełnym etacie	41	44
renta, emerytura	10	14
bezrobotny	18	34
inne (na utrzymaniu rodziny, zasiłek socjalny, praca dorywcza)	31	8

Objawy uzależnienia od alkoholu, takie jak: palimpsesty, klinowanie, utrata kontroli picia i picie ciągami, większość badanych w obu grupach obserwowała u siebie od co najmniej 10 lat, natomiast mniejszość obniżoną tolerancję na alkohol i przebytą psychozę alkoholową (Tabela 2).

TABELA 2
Objawy zespołu uzależnienia od alkoholu – jak dawno występują w obu badanych grupach (%).

Nazwa symptomu	do 5 lat		6-10 lat		10 i więcej lat	
	96 r	97 r	96 r	97 r	96 r	97 r
Palimpsesty	15	23	22	27	56	43
Utrata kontroli picia	21	31	26	26	53	42
Klinowanie	23	30	22	24	55	45
Ciągi	20	34	28	25	52	41
Obniżona tolerancja	30	41	22	12	7	15
Psychoza alkoholowa	27	35	4	5	4	8

Przedstawione w tabeli wyniki były podstawą skonstruowania skali głębokości uzależnienia od alkoholu. Poszczególnym objawom przypisano wartości punktowe. Psychozie alkoholowej i obniżonej tolerancji na alkohol przypisano większą liczbę punktów. Sumy punktów uzyskanych przez poszczególnych pacjentów podzielono na 3 umowne kategorie, dzieląc badanych na osoby o płytkim, umiarkowanym i głębokim uzależnieniu. (Tabela 3).

TABELA 3
Procentowy rozkład głębokości uzależnienia w obu badanych grupach.

Głębokość uzależnienia	96 r	97 r
Uzależnienie płytkie (4-13 punktów)	29	18
Uzależnienie umiarkowane (14-26 punktów)	25	32
Uzależnienie głębokie (27-39 punktów)	45	50

Obie grupy, retrospektywna i prospektywna charakteryzowały się podobnym rozkładem głębokości uzależnienia.

W grupie retrospektywnej okresy abstynencji od alkoholu poprzedzające ostatni nawrót picia były bardzo zróżnicowane. Najkrótszy wynosił miesiąc, najdłuższy ponad cztery lata. Średni czas ostatniej abstynencji wyniósł niewiele ponad 6 miesięcy. Na podstawie rozkładu wyników podzielono badanych na trzy kategorie ze względu na czas trwania ostatniej abstynencji. (Tabela 4).

Stwierdzono statystycznie istotną zależność ($p < 0,002$) pomiędzy długością abstynencji a głębokością uzależnienia – im głębsze było uzależnienie, tym krótszy był czas abstynencji. W grupie prospektywnej z przyczyn obiektywnych nie udało się ustalić dokładnego momentu wystąpienia nawrotu, a tym samym precyzyjnie określić długość abstynencji (badania prowadzone były w odstępach czterotygodniowych).

TABELA 4
Proporcje pacjentów w trzech kategoriach długości abstynencji – badanie retrospektywne z 1996 roku.

Długość abstynencji	% pacjentów
do 3 miesięcy	37
do 6 miesięcy	20
6 i więcej m-cy	43

W badaniach w 1997 roku pytano pacjentów o długość ostatniego ciągu picia. U 29 osób intoksykacja alkoholem trwała do 7 dni, u 22 od 8 – do 14 dni, u 15 – od 15 do 30 dni, a u 34 osób dłużej niż 30 dni. Analizy statystyczne nie wykazały zależności między długością ciągu picia, a nasileniem objawów psychicznych w poszczególnych okresach abstynencji oraz głębokością uzależnienia. Istotna statystycznie okazała się zależność między długością ciągu picia, a nasileniem dolegliwości fizycznych w początkowym okresie abstynencji – im dłużej trwała

intoksykacja alkoholowa, tym bardziej były nasilone dolegliwości w początkowym okresie abstynencji ($p < 0,02$).

Kontakty z placówkami leczniczymi

Jednym z interesujących nas czynników była kwestia utrzymywania w okresie abstynencji kontaktów z placówkami zajmującymi się terapią osób uzależnionych od alkoholu. Zdecydowana większość pacjentów obu badanych grup korzystała z jakiejś formy pomocy w placówkach leczenia odwykowego, uczestniczyła w spotkaniach AA lub klubów pacjenta (Tabela 5) lub korzystała z innych form terapii (Tabela 6).

TABELA 5

Ranking popularności różnych placówek odwykowych w obu badanych grupach.

Rodzaj placówki	% wskazań		Ranga	
	96 r	97 r	96 r	97 r
Poradnia odwykowa	75	59	1	1
Oddział odwykowy	65	43	2	3
Ośrodek rehabilitacji	1	2	6	6
Oddział dzienny	4	6	5	5
Klub pacjenta	12	17	4	4
Grupa AA	37	45	3	2

TABELA 6

Ranking popularności metod terapeutycznych w obu badanych grupach.

Rodzaj terapii	% wskazań		Ranga	
	96 r	97 r	96 r	97 r
Terapia grupowa	48	33	3	4
Terapia indywidualna	21	34	4	3
Hipnoza	2	5	5	5
Esperal	63	46	1	2
Anticol	52	48	2	1

Dominują tradycyjne miejsca i metody leczenia odwykowego. Ponad jedna trzecia pacjentów korzystała z pomocy mocno popularyzowanego w ostatnich latach Ruchu AA. Zdecydowanie najczęściej wskazywano poradnię i oddział odwykowy, a wśród metod terapii esperal i anticol. Ranking placówek i metod terapeutycznych wskazuje nie tylko na preferencje osób uzależnionych od alkoholu, ale w dużej mierze jest funkcją dostępności ofert terapeutycznych.

W badaniach ewaluacyjnych nad efektywnością leczenia odwykowego coraz częściej podkreśla się zjawisko kumulowania się efektów różnych rozłożonych w czasie doświadczeń terapeutycznych. Często leczenie nie daje zauważalnej bezpośrednio po jego ukończeniu poprawy, ale jest czynnikiem wspomagającym efekty kolejnych prób leczenia. W badanej grupie zdecydowana większość pacjentów miała już za sobą jakieś doświadczenia terapeutyczne, co gdy uznać

prawdziwość takiego założenia, powinno podnosić prawdopodobieństwo uzyskania poprawy po ostatniej detoksykacji. Nasze analizy statystyczne nie potwierdziły istotnego wpływu „historii leczenia” na długość trwania ostatniej abstynencji. Wynik jednego badania nie ma oczywiście mocy rozstrzygającej, warto ten wątek kontynuować w przyszłych badaniach.

Mimo iż we współczesnym modelu leczenia odwykowego duży nacisk kładzie się na utrzymywanie kontaktu z grupami wsparcia (AA, Kluby Pacjenta, Kluby Abstynenta), zaledwie cztery osoby w obu grupach uznały, że rozluźnienie kontaktu z tymi grupami spowodowało nawrót picia alkoholu. Grupa retrospektywna w okresie środkowym i ostatnim abstynencji zdecydowanie rzadziej utrzymywała kontakty z grupami samopomocowymi niż grupa prospektywna. To jak liczne grupy badanych w 1996 i w 1997 roku podtrzymywały kontakt z różnymi instytucjami terapeutycznymi w różnych fazach abstynencji pokazuje tabela 7.

TABELA 7
Kontakty terapeutyczne w środkowym i ostatnim okresie abstynencji
w obu badanych grupach (%).

Nazwa placówki	Okres środkowy		Okres ostatni	
	96 r	97 r	96 r	97 r
Poradnia odwykowa	15	33	8	22
Klub pacjenta/ abstynenta	6	10	2	9
Grupa AA	31	57	14	47
Terapeuta indywidualny	13	35	6	21

W ostatnim, poprzedzającym nawrót picia okresie wyraźnie zmniejsza się liczba osób kontaktujących się z placówkami terapeutycznymi, dotyczy to wszystkich ich rodzajów w obu badanych grupach, a różnice pomiędzy środkowym a ostatnim okresem abstynencji były statystycznie istotne ($p < 0,01$). Być może waga podtrzymywania kontaktów terapeutycznych jest przez badanych niedoceniana, możliwe jest również, że stosowane metody terapeutyczne uznają za mało skuteczne w zapobieganiu nawrotom picia. Stosunkowo niską ocenę skuteczności pomocy, jaką można uzyskać w dostępnych instytucjach terapeutycznych (poradnia odwykowa) potwierdza liczba wskazań tych instytucji w odpowiedzi na pytanie o najbardziej skuteczne czynniki pomocne w utrzymywaniu abstynencji (Tabela 8).

Trudno interpretować różnice w rankingu wskazań pacjentów w 1996 i w 1997 roku odnośnie czynników pomagających w utrzymaniu abstynencji. Zdecydowanie największą wagę do pracy nad sobą i silnej woli oraz zatrudnienia i sytuacji finansowej przywiązywali pacjenci badani prospektywnie w 1997 roku.

Wskaźnikiem, którego zmienność była rozpatrywana, to kwestia zmienności poglądów na najbardziej skuteczne czynniki wspomagające utrzymywanie abstynencji. Uzyskane wyniki zawiera tabela 9.

Na liście znalazło się 15 potencjalnych wspomagających utrzymywanie abstynencji czynników. Wśród nich najczęściej wybierane były grupa AA i praca nad sobą. Jednak przekonanie o wspomagających możliwościach grupy AA w

TABELA 8
Ranking czynników pomocnych w utrzymywaniu abstynencji
w obu badanych grupach (%).

Nazwa czynnika	1996 r		1997 r	
	wskazania	ranga	wskazania	ranga
Rodzina	30	1	42	3
Poradnia odwykowa	5	6	6	7
Anticol i/lub esperal	6	5	0	8
Leki	1	8	0	8
Grupa terapeutyczna	14	2	11	6
Klub pacjenta lub abstynenta	8	4	6	7
Dobra praca, dużo pieniędzy	11	3	46	2
Grupa AA	14	2	41	4
Praca nad sobą, silna wola	3	7	63	1
Przyjaciele, otoczenie	3	7	21	5
Nikt i nic mi nie pomoże	1	8	0	8

TABELA 9
Zmienność w czasie poglądów na temat czynników ułatwiających utrzymywanie
abstynencji (badanie prospektywne 1997rok).

Nazwa czynnika	I badanie	II badanie	III badanie
Żona/konkubina	34	32	26
Syn	19	17	16
Córka	17	17	17
Ojciec	5	10	10
Matka	16	20	21
Rodzeństwo	8	5	8
Poradnia odwykowa	12	12	6
Anticol/esperal	5	0	0
Jakieś leki	0	1	0
Grupa terapeutyczna	30	24	11
Klub pacjenta	9	9	6
Grupa AA	49	44	41
Dobra praca	45	36	42
Dużo pieniędzy	7	4	4
Praca nad sobą	36	58	63

miarę zbliżania się momentu nawrotu picia malało. Rosło natomiast przekonanie o istotnym wpływie pracy nad sobą. Praca nad sobą jest jedynym czynnikiem wybieranym istotnie częściej w okresie poprzedzającym nawrót picia. Wprawdzie zmienia się również w tym samym kierunku częstość wyboru takich czynników wspomagających, jak dobra praca, matka i ojciec, ale nie są to zmiany osiagające istotność statystyczną. Okres poprzedzający nawrót picia charakteryzuje rzadsze wskazywanie na możliwość wsparcia ze strony wszystkich dostępnych

form terapii odwykowej. Dotyczy to zwłaszcza poradni odwykowej, która generalnie w rankingu czynników wspomagających utrzymywanie abstynencji lokuje się dość nisko. Wśród czynników tych, tak powszechnie znane, jak leczenie anticolem i esperalem, wymienione zostały przez zaledwie dwie osoby w I badaniu, w badaniach II i III nikt nie lokował leczenia disulfiramem wśród trzech najważniejszych wspomagających utrzymywanie abstynencji czynników.

Postawy i poglądy na temat uzależnienia od alkoholu

Za jeden z czynników mogących wpływać na podejmowanie, bądź nie, zmagają z uzależnieniem od alkoholu, po nawrocie picia, uznaliśmy za Gosssem postanowienia, jakie towarzyszyły pacjentom w momencie opuszczania placówki, w której byli leczeni. Tabela 10 pokazuje, jakie postanowienia towarzyszyły badanym w 1996 i 1997 roku po detoksykacji w początkowym okresie abstynencji.

TABELA 10
Postanowienia towarzyszące pacjentom po detoksykacji w początkowym okresie abstynencji w obu badanych grupach.

Rodzaj postanowienia	Liczba osób	
	96 r	97 r
Utrzymywanie jak najdłuższej abstynencji	68	78
Ograniczenie picia	2	4
Inne	14	8
Nie było żadnych postanowień	16	5

W obu badanych grupach zdecydowaną większość stanowiły osoby mające w planach modyfikację swoich zachowań po uprzednio przeżytym leczeniu. Wydaje się więc, że generalnie dominowały osoby zmotywowane do leczenia odwykowego. Realizacja owych postanowień okazała się dość szybko zbyt trudna dla znacznego odsetka badanych w obu grupach, o czym świadczą liczby dotyczące eksperymentowania z kontrolowanym pićem w czasie trwania abstynencji (Tabela 11).

TABELA 11
Eksperymenty z kontrolowanym pićem w obu badanych grupach (%).

Okres abstynencji	96 r	97 r
Środkowy	21	17
Ostatni	34	48

W obu badanych grupach różnice pomiędzy okresem środkowym a ostatnim w częstości eksperymentowania z pićem kontrolowanym były statystycznie istotne ($p < 0,006$). Liczba osób eksperymentujących rosła zdecydowanie przed nawrotem

picia. Przemawia to za tym, iż coraz częstsze eksperymentowanie z pićem kontrolowanym w czasie abstinencji zwiększa ryzyko jej przerwania.

Jednak eksperymenty z kontrolowanym pićem alkoholu rzadko były uznawane przez badanych za bezpośrednią przyczynę ostatniego wymagającego detoksykacji nawrotu picia. Listę werbalizowanych przyczyn przerwania abstinencji przez badanych w 1996 i 1997 roku zawiera tabela 12.

TABELA 12
Przyczyna przerwania abstinencji w obu badanych grupach (%).

Określenie powodu	96 r	97 r
Konflikty z bliskimi	17	25
Wpływ pijącego otoczenia	17	26
Eksperymenty z pićem kontrolowanym	8	2
Żadna konkretna przyczyna	18	17
Przykre emocje (bez powodu)	13	10
Problemy w pracy i finansowe	10	12
Zdarzenia pozytywne	4	4
Zerwanie kontaktu z grupą wsparcia (np.: AA)	4	4
Brak danych	9	1

W 1997 roku znacznie więcej osób podało jako przyczynę przerwania abstinencji konflikty z bliskimi i wpływ pijącego otoczenia.

W badaniach w 1997 roku zapytywano pacjentów w poszczególnych okresach abstinencji o przekonania odnośnie alkoholizmu jako nieuleczalnej choroby oraz o wiarę w nieszkodliwość picia kontrolowanego przez osoby uzależnione (Tabela 13).

TABELA 13
Przekonania na temat alkoholizmu i picia kontrolowanego w badaniach w 1997 r (%).

Kategoria odpowiedzi	Alkoholizm nieuleczalny			Wiara w piće kontrolowane		
	okres początkowy	okres środkowy	okres ostatni	okres początkowy	okres środkowy	okres ostatni
Zdecydowanie tak	51	55	42	6	0	3
Raczej tak	19	15	21	11	8	5
I tak i nie	2	6	21	6	14	36
Raczej nie	19	20	7	18	20	17
Zdecydowanie nie	9	4	9	59	58	39

W miarę oddalania się od doświadczeń związanych z ostatnią intoksykacją alkoholową maleje proporcja osób zdecydowanie potwierdzających, że alkoholizm jest chorobą nieuleczalną oraz że piće kontrolowane jest dla osoby uzależnionej nieosiągalne. W obu przypadkach różnice są statystycznie istotne ($p < 0,01$).

WNIOSKI

1. Badania retrospektywne wykazały wpływ głębokości uzależnienia na czas trwania abstynencji. Zależność ta okazała się być odwrotnie proporcjonalna do głębokości uzależnienia. Jest to kolejne potwierdzenie potencjalnie większej skuteczności wczesnej interwencji terapeutycznej.

2. W miarę oddalania się doświadczenia ostatniej hospitalizacji związanej z przerwaniem abstynencji pacjenci zmieniają swoje poglądy zarówno na temat istoty uzależnienia od alkoholu, jak i użyteczności placówek terapeutycznych. Poglądy, które w pierwszej fazie abstynencji były bardziej zdecydowane, stają się chwiejne. Być może jest to mechanizm racjonalizacji umożliwiający bądź ułatwiający podejmowanie prób tak zwanego picia kontrolowanego.

3. Próby picia kontrolowanego bardzo rzadko były werbalizowane przez pacjentów jako powód nawrotu. Wśród bezpośrednich przyczyn ostatniego ciągu picia dominowały konflikty z otoczeniem lub niekorzystny wpływ otoczenia.

4. Rozluźnienie kontaktów z placówkami terapeutycznymi i grupami wsparcia okazało się czynnikiem podnoszącym prawdopodobieństwo nawrotu. Poglądy pacjentów na temat podtrzymującej roli tych instytucji ulegały ewaluacji w kierunku coraz mniejszego ich doceniania.

5. Wśród czynników intrapersonalnych istotne znaczenie dla wystąpienia nawrotu picia miały poglądy i postawy wobec choroby alkoholowej. Wśród interpersonalnych – podtrzymywanie kontaktów z placówkami leczniczymi i grupami wsparcia.

STRESZCZENIE

Artykuł prezentuje wyniki badań na temat czynników zwiastujących nawroty picia w przebiegu leczenia uzależnienia od alkoholu i jest pierwszą z trzech publikacji poświęconych tym badaniom, jakie ukażą się w kolejnych numerach Alkoholizmu i Narkomanii. Celem badań było ustalenie listy potencjalnych inter i intrapersonalnych czynników nawrotów oraz zbadanie ich mocy predykcyjnej. Dokonano również porównania różnic między wynikami badań prowadzonych metodą retrospektywną a wynikami na podstawie obserwacji prospektywnej. Badaniami objęci byli pacjenci warszawskich stacjonarnych placówek odwykowych. Wyniki uzyskane z zastosowaniem metody retrospektywnej nie różniły się od tych, jakie odnotowano przy podejściu prospektywnym. Obie metody potwierdziły, że w okresie poprzedzającym przerwanie abstynencji pacjenci rzadziej kontaktują się z placówkami leczniczymi i grupami samopomocowymi. Ich werbalizowane poglądy na temat skuteczności pomocy, jaką można uzyskać w tych placówkach, ewoluują w kierunku przypisywania im mniejszego znaczenia. Zmianie ulegają również poglądy na temat istoty uzależnienia od alkoholu. W miarę oddalania się od doświadczenia ostatniej detoksykacji malała proporcja osób potwierdzających, że alkoholizm jest chorobą nieuleczalną i że picie kontrolowane jest dla osoby uzależnionej nieosiągalne. Wyniki uzyskane na podsta-

wie badania retrospektywnego potwierdziły, że długość abstynencji jest odwrotnie proporcjonalna do głębokości uzależnienia.

Zenon Kulka, Grażyna Świątkiewicz, Antoni Zieliński
Interpersonal and intrapersonal predictors of relapses to drink.

SUMMARY

This article is the first of three publications, presenting the results of studies on relapse to drink predictors in the course of alcohol dependence treatment, which will appear in consecutive issues of „Alkoholizm i Narkomania”. The aim of the study was to establish a list of potential intra and inter-personal factors relating to relapses, and to examine their predictive value. Comparison was also made between the results obtained in studies conducted by retrospective method and studies based on prospective observation. The subjects for this study were recruited from the in-patient alcohol dependence treatment units in Warsaw. The results obtained by the retrospective method did not differ from those obtained by the prospective approach. Both methods confirmed that in the period preceding the failure to sustain abstinence the patients loosen their contacts with treatment units and self-help groups. Their verbalized attitudes towards efficacy of the help that can be obtained from these sources tend to depreciate the significance of such help. Also, their views as to the essence of alcohol dependence tend to change. As the time passed from the experience of the last detoxication increased, there was a decrease in the proportion of persons admitting that alcoholism is an incurable disease, and that controlled drinking is unobtainable for people with alcohol dependency. The results did not show any influence of the intensity of therapeutic experiences on the length of abstinence period.

Key words: alcohol / dependence / relapse / predictors

PIŚMIENNICTWO

1. Allsop, S., Saunders B. (1997): Nawroty i problemy związane z nadużywaniem alkoholu. *Nawroty w uzależnieniach* Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, str.15-38
2. Bielewicz A., Zieliński A (1989): Krytyka polskiego systemu leczenia odwykowego *Społeczna kontrola zachowań dewiacyjnych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego
3. Dulfano C. (1978): Family therapy of alcoholism. *Practical Approaches to Alcoholism Therapy*. Plenum Press. N.Y.
4. Godwin D. (1976): *Is alcoholism Hereditary?* Oxford University Press. N.Y.
5. Gorski T.T., Miller M. (1986): *Staying sober. A guide for relapse prevention*. Independence Press, Missouri.
6. Gossop, M. (red.) (1997): *Nawroty w uzależnieniach* Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, str.9

7. Grove W.M., Cadoret R.J (1983): Genetic factors in alcoholism. *Biology of Alcoholism*. Vol. 7, Plenum Press. N.Y.
8. Marlat, G.A., Gordon, J.R. (1980): Detrminants of relapse: implications for the maintenance of behaviour change. Davidson and S.M, Davidson (red) *Behavioral medicine: changing health lifestyle*, New York: Guilford Press
9. Orford, J., Edwards, G. (1997) *Alcoholism*: Oxford University Press
10. Schuckit M.A., T.K. Cloninger C.R., Deitrich R.A. (1985): The genetics of alcoholism – a summary of the proceedings of the Conference convened at the University of California. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*.
11. Siegel, S., Castellan, N.J. (1988): *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. McGraw Hill Inc
12. Sillberstein J.A., Parsons O.A. (1980): Neuropsychological Impairment in female alcoholics. *Current in Alcoholism*. Vol.VII.