

Robert Opora *, Radosław Breska **

* Uniwersytet Gdański [robert.opora@ug.edu.pl]

ORCID: 0000-0002-1560-4136

** Akademia Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni

[r.breska@amw.gdynia.pl]

ORCID: 0000-0002-7634-8068

Charakterystyka pacjentów kończących i przerywających stacjonarną terapię uzależnienia od alkoholu

Abstrakt: *Wprowadzenie.* Osoby uzależnione od alkoholu często nie kończą podejmowanego leczenia psychoterapeutycznego. O ile w leczeniu ambulatoryjnym pacjenci stale narażeni są na działanie czynników mogących utrudnić utrzymanie abstynencji i dokończenie leczenia, o tyle osoby leczone się w ośrodkach stacjonarnych doświadczają powyższych czynników w zredukowanym wymiarze. Pomimo tego znaczny odsetek pacjentów „wypada” z programów terapeutycznych realizowanych w ośrodkach stacjonarnych. Tak więc, celem podjętych badań było dokonanie porównania osób kończących i przerywających stacjonarną terapię uzależnień od alkoholu pod względem cech dostępnych w historiach choroby.

Metoda. Dane empiryczne uzyskano analizując dokumentację medyczną – historie choroby pacjentów uzależnionych od alkoholu przebywających w ciągu jednego roku w stacjonarnym oddziale odwykowym i podejmujących podstawowy program terapii uzależnień.

Wyniki. Uzyskane wyniki wskazują, że osoby z grupy badawczej w zacytnym odsetku (27,6%) nie kończą podejmowanego leczenia stacjonarnego. Mężczyźni statystycznie częściej od kobiet przerywali terapię, ponadto osoby niekończące terapii częściej żyły samotnie (kawalero- wie, rozwodnicy i panny) i pozostawały bez stałego dochodu. Nie sprzyja kończeniu terapii obecność zaburzeń i chorób psychicznych (depresji, halucynozy alkoholowej przy przyjęciu do szpitala, schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej). W mniejszym stopniu różniły badane grupy takie zmienne jak: miejsce zamieszkania, posiadanie dzieci, wykształcenie,

stan somatyczny przy przyjęciu, zobowiązanie sądowe do leczenia oraz karalność. Wśród deklarowanych motywów podejmowania terapii najsilniej sprzyjających jej ukończeniu należy wymienić poprawę relacji rodzinnych i motywy zdrowotne.

Wnioski. Warto poszerzać i uelastyczniać ofertę programów terapeutycznych ośrodków stacjonarnych uwzględniając trudności i deficyty osób niekończących terapii. W psychoterapii należy korzystać z metod i technik podtrzymywania motywacji pacjentów do dokonywania zmian.

Słowa kluczowe: Stacjonarny program terapii, efektywność oddziaływań, uzależnienie.

Wprowadzenie

Istnieje wiele kryteriów szacowania skuteczności oddziaływań terapeutycznych. Najczęstszym wskaźnikiem efektywnych oddziaływań terapeutycznych jest utrzymywanie abstynencji alkoholowej (Głowik 2008). Powszechnie przyjmuje się założenie, że aby osoba uzależniona była w stanie utrzymać przez dłuższy czas abstynencję alkoholową powinna ukończyć program terapii odwykowej. Ukończenie programu terapii uzależnień zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się u niej pozytywnych zmian w zakresie funkcjonowania osobistego, społecznego i aktywności prozdrowotnej (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda 2006). Z tego powodu pomyślne ukończenie programu terapii uzależnień można uznać za wskaźnik efektywnych oddziaływań psychokorekcyjnych.

Oddziaływania psychoterapeutyczne stanowią istotny element pracy resocjalizacyjnej. Z tego powodu warto nawiązać do badań wskazujących na to, że osoby, które są w stanie dotrwać do końca zaprojektowanych wobec nich oddziaływań resocjalizacyjnych (w tym też psychoterapeutycznych), rzadziej powracają do przestępstwa niż osoby, które z jakichkolwiek powodów przerywają uczestniczenie w podjętych programach korekcyjnych (Hollin i in. 2004). Na przykład z badań Merringtona i Stanley'a (2007) wynika, że osoby kończące programy resocjalizacyjne rzadziej wracają do przestępczości w porównaniu z osobami, które nie podejmują tych programów. Natomiast osoby, które decydują się na uczestnictwo w programie resocjalizacyjnym i nie kończą go, częściej powracają do przestępczości niż osoby, które w ogóle nie uczestniczyły w żadnym programie i zostały jedynie ukarane karą pozbawienia wolności.

W związku z powyższym, celem podjętych badań było dokonanie porównania osób kończących i przerywających stacjonarną terapię uzależnień od alkoholu pod względem cech dostępnych w historiach choroby.

Poznanie właściwości osób kończących i przerywających stacjonarną terapię uzależnień pozwoli na uwzględnianie większej ilości problemów pojawiających się u pacjentów oraz bardziej adekwatne formułowanie celów terapeutycznych i ich realizację.

Im precyzyjniejsze będziemy posiadali informacje o pacjentach przerywających terapię tym łatwiej będzie dostosować do ich potrzeb programy terapeutycz-

ne. Dzięki temu większa ilość osób będzie w stanie je ukończyć i ostateczny efekt terapeutyczny będzie wyższy.

Program terapeutyczny realizowany w stacjonarnym oddziale odwykowym nawiązuje do psycho-bio-społecznego modelu uzależnienia od alkoholu oraz strategiczno-strukturalnej terapii uzależnień. Program jest intensywny – pacjenci codziennie w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych uczęszczają na zajęcia grupowe o charakterze psychoedukacyjnym, ponadto biorą udział w spotkaniach grup Anonimowych Alkoholików na terenie oddziału i poza nim, także realizują prace „domowe”. Każdy pacjent odbywa 1–2 indywidualne sesje psychoterapeutyczne w tygodniu. Siedmiotygodniowy program terapeutyczny został podzielony na dwa etapy (4 tygodnie + 3 tygodnie), w pierwszym etapie tematy grup psychoedukacyjnych koncentrują się wokół zagadnień rozpoznawania uzależnienia, rozpoznawania destrukcyjnych skutków picia, strategii radzenia sobie z głodem alkoholowym i poznania procesu terapeutycznego. Drugi etap przygotowuje pacjentów do opuszczenia oddziału, tematy grup terapeutycznych dotyczą umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia oraz dostarczają podstawowych wiadomości dotyczących strategii zapobiegania nawrotom uzależnienia.

Metodologia badań i charakterystyka badanej populacji.

W oparciu o przedstawione powyżej spostrzeżenia z badań sformułowaliśmy następujące pytanie badawcze: Czy w zakresie badanych zmiennych istnieją różnice między pacjentami kończącymi i przerywającymi stacjonarną terapię uzależnień od alkoholu?

Za kryterium przerwania terapii uzależnień przyjęliśmy zaprzestanie uczestniczenia w zajęciach psychoterapeutycznych w związku z wcześniejszym wypisaniem pacjenta z oddziału terapii uzależnień lub też przeniesieniem go na inny oddział szpitala.

Badania polegały na analizie dokumentacji medycznej pacjentów uczestniczących w terapii na stacjonarnym oddziale terapii uzależnień od alkoholu w ciągu jednego roku. Przeanalizowano terapii historie chorób 283 pacjentów. Z czego 78 osób tj. 27,6% przerwało terapię z różnych powodów. Nieco niższą liczbę pacjentów bo 22% przerywających terapię uzależnień wskazała Fudała (2003), na przykładzie całodobowego oddziału WOTUW w Pruszkowie.

Najczęstszym powodem przerwania terapii pojawiającym się w historii choroby było nieprzestrzeganie przez pacjenta zasad regulaminu placówki. Niestety w dokumentacji pacjenta nie zawsze precyzyjnie zostały określone okoliczności wypisania go przed ukończeniem programu terapeutycznego. W historiach choroby, w których bardziej szczegółowo opisano okoliczności wypisu pacjenta ze szpitala, przerwanie terapii było najczęściej wynikiem decyzji personelu w związku z naruszeniem przez pacjenta regulaminu w postaci złamania abstynencji.

Rzadziej pojawiały się takie przyczyny jak trudna sytuacja rodzinna, otrzymanie pracy, konflikty interpersonalne czy problemy zdrowotne wymagające pilnej specjalistycznej interwencji medycznej somatycznej lub psychiatrycznej.

Podczas badania przeanalizowano 257 historii chorób pacjentów dostępnych w dziale statystyki szpitala. Pozostałe 26 historii były nie dostępne. Powody, dla których dokumentacja była niedostępna nie jest znana autorom artykułu. Najprawdopodobniej dokumentacja ta pozostawała na oddziałach szpitala w związku z ponowną hospitalizacją osoby.

Prezentacja wyników i ich omówienie

Zdecydowana większość pacjentów oddziału znajduje się między 30 a 59 rokiem życia. Najwięcej pacjentów przerywających terapię znajduje się między 30 a 39 rokiem życia (40,5%). Natomiast spośród pacjentów kończących terapię uzależnień najwięcej znajduje się między 50 a 59 rokiem życia (80%). Taki stan rzeczy można wyjaśnić faktem, że osoby starsze prawdopodobnie przez dłuższy czas spotykały się z negatywnymi konsekwencjami uzależnienia, również więcej razy bezskutecznie podejmowały próby poradzenia sobie z nałogiem i ostatecznie przy kolejnej próbie silniej były zdeterminowane, aby ukończyć terapię.

Nawiązując do wyników badań EZOP, najczęściej nadużywają alkoholu kobiety w wieku 30 – 39 lat i mężczyźni w przedziale wiekowym 40–49 lat. Rozpowszechnienie nadużywania alkoholu u mężczyzn w przedziale wiekowym 30–39 lat i 50 – 64 lat jest nieznacznie niższe. Najmniej zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu zaobserwowano u mężczyzn 18–29 lat (*Świątkiewicz 2012*).

W związku z powyższym można przypuszczać, że osoby starsze cechują się dłuższym stażem picia alkoholu i doświadczają większej destrukcji alkoholowej niż osoby młodsze, przez co są bardziej skłonne do uznania własnej bezsilności wobec alkoholu. Prawdopodobnie też starszym pacjentom łatwiej adaptować się do regulaminów, ponadto rzadziej wchodzi w konflikty i są bardziej konformistyczni. Jednocześnie na uwagę zasługuje fakt, że dość duża liczba pacjentów powyżej 50 roku życia nie jest w stanie wytrwać do końca psychoterapii. Nie można wykluczyć, że przyczyną tego stanu rzeczy są ograniczenia wynikające z trudności w zakresie funkcjonowania ich procesów poznawczych lub psychosomatycznego stanu zdrowia. Zwłaszcza, iż psychoterapia, w której uczestniczą zawiera wiele elementów psychoedukacyjnych.

Przy przyjętym w badaniach podziale na grupy wiekowe test chi kwadrat nie wskazał na istotne różnice statystyczne między osobami kończącymi i przerywającymi terapię.

Tabela 1. Liczba pacjentów kończących i przerywających terapię w zależności od wieku

Grupa	Do 19 lat	20–29 lat	30–39 lat	40–49 lat	50–59 lat	60–69 lat	Wiersz razem
P	0	4	30	20	14	4	72
% z wiersza	0,00%	5,56%	41,67%	27,78%	19,44%	5,56%	
U	3	12	44	61	57	8	185
% z wiersza	1,62%	6,49%	23,78%	32,97%	30,81%	4,32%	
Razem w kolumnie	3	16	74	81	71	12	257

P – Liczba pacjentów przerywających terapię, U – Liczba pacjentów kończących terapię

Źródło: badania własne.

Tabela 2. Podział pacjentów ze względu na kończenie terapii, wiek i ilość podejmowanych uprzednio leczeń odwykowych

Grupa	Wiek		Bez ter.	1 ter.	2 ter.	3 ter.	4 ter.	5 ter.	6 ter.	Wiersz
P/D	20–29 lat	L	1	2	0	0	1	0	0	4
		% z k.	13%	7%	0%	0%	20%	0%	0%	6%
P/D	30–39 lat	L	3	12	4	8	0	1	2	30
		% z k.	38%	43%	33%	57%	0%	50%	67%	42%
P/D	40–49 lat	L	2	8	3	5	1	0	1	20
		% z k.	25%	29%	25%	36%	20%	0%	33%	28%
P/D	50–59 lat	L	2	4	4	1	2	1	0	14
		% z k.	25%	14%	33%	7%	40%	50%	0%	19%
P	>60 lat	L	0	2	1	0	1	0	0	4
		% z k.	0%	7%	8%	0%	20%	0%	0%	6%
Ogół % z k.		L	8	28	12	14	5	2	3	72
			31%	26%	22%	38%	38%	33%	25%	
U	< 19 lat	Liczba	1	1	0	1	0	0	0	3
		% z k.	6%	1%	0%	4%	0%	0%	0%	2%
U	20–29 lat	L	0	5	5	0	0	1	1	12
		% z k.	0%	6%	12%	0%	0%	25%	11%	6%
U	30–39 lat	L	7	21	6	6	3	0	1	44
		% z k.	39%	26%	14%	26%	38%	0%	11%	24%
U	40–49 lat	L	4	27	14	7	4	1	4	61
		% z k.	22%	33%	33%	30%	50%	25%	44%	33%

Grupa	Wiek		Bez ter.	1 ter.	2 ter.	3 ter.	4 ter.	5 ter.	6 ter.	Wiersz
U	50–59 lat	L	6	22	14	9	1	2	3	57
		% z k.	33%	27%	33%	39%	13%	50%	33%	31%
U	>60 lat	L	0	5	3	0	0	0	0	8
		% z k.	0%	6%	7%	0%	0%	0%	0%	4%
Ogół % z k.		L	18	81	42	23	8	4	9	185
		% z k.	69%	74%	78%	62%	67%	75%		
Razem w kolumnach			26	109	54	37	13	6	12	257

P – Osoby przerywające terapię, U – Osoby kończące terapię, L– Liczba, % z k. – % z kolumny

Źródło: badania własne.

Ilość podejmowanych leceń odwykowych przez pacjentów nie ma istotnego statystycznie znaczenia dla przerywania terapii (chi kwadrat 3,9; $p=0,6$). W związku z tym nie można zakładać, że jeśli pierwsze leczenie nie powiodło się, to kolejne również zakończą się niepowodzeniem polegającym na jego przerywaniu. Fakt ukończenia terapii zależy nie tylko od samej struktury programu terapeutycznego i relacji terapeutycznej między pacjentem a terapeutą. Ważna jest również postawa pacjenta i gotowość jego do dokonania zmian w zakresie swojego funkcjonowania. Można przypuszczać, że pacjenci powracający na terapię wracają z wyższym poziomem zaangażowania, aby ją ukończyć. Warto więc przełamywać stereotypowe przekonania osób kwalifikujących do programów terapeutycznych, dotyczące negatywnego rokowania ukończenia terapii, przez osoby wcześniej przerywające leczenie.

Przyjęło się, że uzależnienie od alkoholu jest dolegliwością mężczyzn. Przyczyn takiego myślenia można poszukiwać w społecznym spostrzeganiu mężczyzn jako osób, które częściej sięgają i nadużywają alkoholu. Większa częstość występowania problemów alkoholowych w pewnym stopniu jest rezultatem istniejącej świadomości społecznej. Uzyskane wyniki z badań EZOP Polska wskazują na obecność wśród wielu mieszkańców Polski sztywnych i restrykcyjnych przekonań w odniesieniu do pozycji i ról społecznych osób doświadczających zaburzeń psychicznych. Niedostatek wiedzy i realnych doświadczeń stanowią źródło stereotypów społecznych wobec osób chorujących psychicznie, chorób psychicznych i instytucji opieki psychiatrycznej (Wciórka 2012). Także problemy wynikające z nadużywania alkoholu są bardziej widoczne u mężczyzn, na przykład związana z uzależnieniem przestępczość, wypadki czy problemy w pracy.

W zależności od płci destrukcyjny wpływ alkoholu może przejawiać się w inny sposób oraz środki oddziaływania mogą być zróżnicowane. Z tego powodu w podjętych badaniach zwrócono uwagę na różnice wynikające z płci osoby uzależnionej.

Płeć pacjenta okazała się zmienną istotnie statystycznie różnicującą osoby kończące terapię od osób przerywających ($p=0,03$; chi kwadrat Pearsona = 4,3). Mężczyźni częściej nie kończą terapii uzależnień (prawie 33%), w porównaniu z kobietami (21%).

Tabela 3. Pacjenci kończący i przerywający terapię w zależności od płci

Grupa		Mężczyźni	Kobiety	Wiersz
P	L	51	21	72
	% z w.	70,83%	29,17%	
U	L	105	80	185
	% z w.	56,76%	43,24%	
Razem w kolumnach		156	101	257

P – Osoby przerywające terapię, U – Osoby kończące terapię, L – Liczba, % z w. – % z wiersza
Źródło: badania własne.

Stan cywilny pacjenta ma istotne znaczenie dla prawdopodobieństwa ukończenia terapii ($p=0,02$; chi kwadrat Pearsona = 11,6). Najczęściej terapię przerywają kawalerowie (43%), rozwodnicy (34,5%) i panny (24%). Największą grupę badanych osób stanowią osoby pozostające w związku małżeńskim lub konkubinacie i te osoby w porównaniu z pozostałymi grupami rzadziej rezygnują z terapii. W związku z powyższym można przyjąć, że świadomość negatywnych konsekwencji picia, jakich doświadczają osoby bliskie może być istotnym czynnikiem podtrzymującym motywację do leczenia. Kawalerowie, osoby rozwiedzione i panny mogą nie mieć odpowiedniego społecznego wsparcia do wytrwania w postanowieniu ukończenia terapii. Dodatkowym czynnikiem, który może mieć demotywujące znaczenie dla pacjentów jest fakt, iż często dowiadują się oni o podjętej przez partnera ostatecznej decyzji o rozwodzie (lub też orzeczeniu sądu) podczas realizacji programu terapeutycznego.

W podjętych badaniach zwróciliśmy uwagę na podawane przez pacjentów motywy podejmowania terapii. Można przypuszczać, że były one pewnego rodzaju mechanizmami, które istotnie przyczyniły się do podjęcia decyzji w kwestii uczestniczenia w terapii. Podczas terapii zazwyczaj pacjenci doświadczają szeregu zwątpień, które niekorzystnie wpływają na poziom przejawianej przez nich motywacji. Wahania w obrębie poziomu motywacji zapewne wiążą się z zaburzeniem mechanizmów regulujących zachowaniem lub pojawieniem się innych konkurencyjnych bodźców m.in. subiektywnego odczucia korzyści płynących ze spożywanego alkoholu, takich jak poczucie zadowolenia. Z tego powodu personel wielokrotnie powraca do pierwotnych motywów pacjenta oraz posługuje się różnorodnymi interwencjami podnoszącymi jego motywację do dokonywania zmian. Interwencje te zazwyczaj dotyczą wielu obszarów stanowiących źródło motywa-

cji. Dzięki temu możliwe jest podtrzymanie decyzji o kontynuowaniu terapii oraz zwiększa się prawdopodobieństwo jej ukończenia. Wykorzystywane przez terapeutów zasoby motywujące pacjentów do dokonywania konstruktywnych zmian mają swoje źródło zarówno w samej osobie pacjenta jak i poza nią. W związku z tym można dostrzec u pacjentów zarówno motywacje wewnętrzne jak i zewnętrzne. Rheinberg (2006) za zachowania motywowane wewnętrznie uważa te, które podejmuje się dla siebie samego i jeśli dana osoba działa z własnego popędu. Natomiast z zewnętrzną motywacją mamy do czynienia wtedy, gdy motyw przejawianej aktywności znajduje się poza właściwym działaniem, czyli pacjent jest sterowany z zewnątrz. Podczas terapii terapeuci zmierzają do tego, aby pacjenci czuli się zdeterminowani wewnętrznie do utrzymywania abstynencji i nie spozstrzegali siebie jako osób sterowanych zewnętrznie. Powszechnie przyjmuje się, że motywacja wewnętrzna w większym stopniu zapewnia uzyskanie długotrwałych efektów terapeutycznych.

Według Reykowskiego (1992) proces motywacji jest mechanizmem regulującym czynności człowieka, których celem jest doprowadzenie do określonego efektu. Efektem może być: zmiana w fizycznym lub społecznym stanie rzeczy, zmiana w sobie, czy też zmiana własnego położenia fizycznego lub społecznego. Pacjenci uczestniczący w terapii odwykowej kierują się różnymi motywami. Zgodnie z założeniami modelu pracy terapeutycznej realizowanej na oddziale podstawowym celem, do którego powinni zmierzać pacjenci, jest zmiana dotychczasowego stylu życia, której warunkiem jest abstynencja alkoholowa. Zmiana dotychczasowego stylu życia wymaga od pacjentów intensywnej pracy nad sobą, relacjami społecznymi oraz swoim stanem zdrowia fizycznego i psychicznego. Zgodnie z zaleceniami dla trzeźwiejących alkoholików konieczne są również zmiany w zakresie swojego położenia fizycznego jak i społecznego. Aspekt ten przejawia się w życiu osoby uzależnionej od alkoholu w rezygnacji z pozostawania w miejscach, gdzie jest dostępny alkohol oraz w wycofaniu się z kontaktów z osobami nietrzeźwymi i nawiązaniu nowych kontaktów z osobami, które są w stanie uszanować decyzję pacjenta dotyczącą abstynencji alkoholowej. W związku z tym, iż w przyjętym w Polsce modelu leczenia zakłada się, że alkoholik utracił kontrolę nad spożyciem alkoholu do końca życia, należy uznać, że motywacja do utrzymywania abstynencji u alkoholika jest niekończącym się, płynnym i wyjątkowo złożonym procesem. Zróznicowane motywacje podejmowania terapii utrudniają odwoływanie się podczas rozmów kwalifikacyjnych do uniwersalnych wartości i celów. W efekcie przeprowadzonych badań, poniżej w tabeli zaprezentowane zostały najczęstsze motywacje podejmowania terapii zapisane w historii choroby pacjentów. Można więc wyodrębnić takie, które polegają na dążeniu do czegoś, np. utrzymania abstynencji oraz takie, które wiążą się z unikaniem czegoś, np. konsekwencji sądowych. Motywacja pacjentów może być efektem negatywnych czynników takich jak cierpienie, ból, zagrożenie oraz czynników dodatnich, np. doświadczane korzyści z abstynencji, pozytywny wizerunek siebie jako trzeźwej osoby. W pierwszym

etapie terapii motywacja pacjentów zazwyczaj jest zewnętrzna i wynika z negatywnych konsekwencji nadużywania alkoholu. W środowisku osób zajmujących się pracą z osobami uzależnionymi lub wśród rodzin osób uzależnionych często pojawia się pytanie, co należy zrobić, aby zmotywować osobę uzależnioną do podjęcia terapii. Istnieją pewne procedury interwencyjne wobec osób uzależnionych mających na celu spowodowanie tego, by osoby te podjęły terapię. Jednak nie zawsze gwarantują one rozpoczęcie przez nie terapii.

Motywy mogą powstać u pacjentów pod wpływem wielu czynników, takich jak: niezaspokojone potrzeby fizjologiczne, deprywacja potrzeb psychicznych, doświadczanie strachu, bólu, frustracji, stresu, konflikty z prawem i interpersonalne, zakłócenia w obrębie czynności umysłowych, czy dostrzeżenie zagrożenia wartości cenionych przez pacjenta.

Spośród najczęściej podawanych przez pacjentów na wstępie terapii motywów pojawiały się takie jak: chęć utrzymania abstynencji, niepokoje związane ze stanem własnego zdrowia, poprawa sytuacji rodzinnej oraz sądowe zobowiązanie do leczenia. Spośród tych motywów rozpoczęcia terapii najmniej skutecznym motywem jest sądowe zobowiązanie do leczenia odwykowego. Najrzadziej przerywały terapię osoby, które deklarowały rodzinne lub związane ze stanem zdrowia motywy do podjęcia terapii. Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że mimo wszystko chęć utrzymania abstynencji pojawiła się u 66% pacjentów, a sądowe zobowiązanie u 61% pacjentów, którzy ukończyli terapię odwykową.

W przedstawionej poniżej tabeli 5 można dostrzec, że dominującym motywem podjęcia terapii podawanym przez pacjentów jest chęć utrzymania abstynencji, z której utrzymaniem nie są w stanie poradzić sobie samodzielnie.

Tabela 4. Kończenie lub przerywanie terapii w zależności od stanu cywilnego i podawanych motywów przy przyjmowaniu pacjenta do szpitala

Grupa		Stan cywilny	Abstyn.	Zdrowie	Sąd	Rodzina	Brak Infor.	Wiersz
L	P	Kaw.	13	3	3	3	0	22
% z w.			59%	14%	14%	14%	0%	43%
L	P	Roz.	12	2	3	1	1	19
% z w.			63%	11%	16%	5%	5%	35%
L	P	Pan.	3	0	1	1	1	6
% z w.			50%	0%	17%	17%	17%	24%
L	P	Żon.	14	1	4	3	1	23
% z w.			61%	4%	17%	13%	4%	21%
L	P	Wd.	0	0	2	0	0	2
% z w.			0%	0%	100%	0%	0%	13%

Grupa		Stan cywilny	Abstyn.	Zdrowie	Sąd	Rodzina	Brak Infor.	Wiersz
L	Ogół		42	6	13	8	3	72
% z w.			58%	8%	18%	11%	4%	
L	U	Kaw.	16	3	3	6	1	29
% z w.			55%	10%	10%	21%	3%	57%
L	U	Roz.	18	8	6	3	1	36
% z w.			50%	22%	17%	8%	3%	65%
L	U	Pan.	9	2	1	6	1	19
% z w.			47%	11%	5%	32%	5%	76%
L	U	Żon.	31	15	9	30	1	86
% z w.			36%	17%	10%	35%	1%	79%
L	U	Wd.	7	4	1	2	0	14
% z w.			50%	29%	7%	14%	0%	88%
L	Ogół		81	32	20	47	4	184
% z w.			44%	17%	11%	26%	2%	
L	Rwk.		123	38	33	55	7	256

P – Osoby przerywające terapię, U – Osoby kończące terapię, L – Liczba, % z w. – % z wiersza, Kaw. – Kawaler, Roz. – Rozwiedziony, Pan. – Panna, Żon. – Żonaty/ zamężna, Wd. – Wdowiec/wdowa, Rwk. – Razem w kolumnach

Źródło: badania własne.

Tabela 5. Motywy deklarowane na początku terapii a kończenie lub jej przerywanie

Grupa		Abstyn.	Zdrowie	Sąd	Rodzina	Brak Infor.	Motywy Razem
P	L	42	6	13	8	3	72
	% z w.	58,33%	8,33%	18,06%	11,11%	4,17%	
U	L	82	32	20	47	4	185
	% z w.	66,13%	17,30%	10,81%	25,41%	2,16%	
Razem w kolumnie		124	38	33	55	7	257

P – Osoby przerywające terapię, U – Osoby kończące terapię, L – Liczba, % z w. – z wiersza

Źródło: badania własne.

W kontekście zmiennej „wyształcenie” test istotności statystycznej chi kwadrat okazał się nieistotny (chi kwadrat = 7,6; $p = 0,1$). Jednak na rozkładzie licznosci można dostrzec wyraźną zależność, że najczęstszymi pacjentami nie kończącymi terapii są osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Łącznie te dwie

grupy stanowią 67% osób przerywających terapię. Program terapii uzależnień realizowany w oddziale bazuje na koncepcji poznawczo – behawioralnej. W związku z tym niektóre podejmowane interwencje o charakterze poznawczym mogą być zbyt trudne, przez co niedostosowane do stylu uczenia niektórych pacjentów.

Tabela 6. Wykształcenie pacjentów a kończenie lub przerywanie terapii

Grupa		Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Brak.	Wiersz
P	L	21	38	10	2	1	72
	% z w.	29,17%	52,78%	13,89%	2,78%	1,39%	
U	L/A	44	75	50	9	7	185
	% z w.	23,78%	40,54%	27,03%	4,86%	3,78%	
Razem w kolumnie		65	113	60	11	8	257

P – Osoby przerywające terapię, U – Osoby kończące terapię, L– Liczba, % z w. – z wiersza

Źródło: badania własne.

Z poniższej tabeli wynika, że istnieją istotne różnice statystyczne między osobami kończącymi i przerywającymi terapię uzależnień od alkoholu w zależności od źródła utrzymania pacjenta (chi kwadrat =37,2; p =0,00). Osobami najrzadziej przerywającymi terapię są osoby posiadające źródło utrzymania w postaci pracy dorywczej, etatowej, emerytury lub pozostające na utrzymaniu rodziny. Najczęściej przerywają terapię osoby pozostające bez dochodu (84,62%). Tak duży procent osób będących bez dochodu nie kończących terapię może wskazywać na konieczność uwzględnienia zawodowych i materialnych potrzeb wynikających z sytuacji w jakiej pozostają.

Tabela 7. Źródło utrzymania a kończenie lub przerywanie terapii

Grupa	Rodzina	Inne	Zasiłki	Etat	Bez doch.	Emerytura	Praca dorywcza	Dział. gosp.	Renta, renta rodzinna	Gospodarstwo rolne	Brak infor.	Wiersz razem
P	17	13	15	10	11	2	3	1	0	0	0	72
% z w.	23,61%	18,06%	20,83%	13,89%	15,28%	2,78%	4,17%	1,39%	0,00%	0,00%	0,00%	
U	39	22	29	35	2	8	14	7	14	1	14	185
% z w.	21,08%	11,89%	15,68%	18,92%	1,08%	4,32%	7,57%	3,78%	7,57%	0,54%	7,57%	
Rwk.	56	35	44	45	13	10	17	8	14	1	14	257

P – Osoby przerywające terapię, U – Osoby kończące terapię, Rwk – Razem w kolumnach, % z w r. – z wiersza/in row.

Źródło: badania własne.

Wśród pacjentów sądowo zobowiązanych do leczenia istnieje różnica między liczbą osób sądowo zobowiązanych przy podejmowaniu terapii a liczbą osób w momencie kończenia terapii. W momencie rozpoczęcia terapii 22% osób było zobowiązanych do leczenia odwykowego przez sąd, natomiast część osób otrzymała sądowe zobowiązanie do leczenia w trakcie uczęszczania na terapię i pod koniec terapii liczba osób sądowo zobowiązanych wzrosła do 30%. Tak więc około 8% pacjentów zgłasza się na terapię spodziewając się w trakcie jej trwania sądowego zobowiązania do leczenia. Procent zobowiązanych sądownie pacjentów podejmujących terapię uzależnień na oddziale, na którym realizowane były badania jest zbliżony do krajowego odsetka całodobowych oddziałów z 2009 roku, w których osoby zobowiązane sądownie stanowiły 37%, z których 41% kończy podstawowy program terapii uzależnienia (Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości... 2009).

Uwzględniając fakt otrzymania sądowego zobowiązania niezależnie od tego czy miało ono miejsce przed rozpoczęciem terapii lub po jej podjęciu w badanej populacji pacjentów to 68% osób sądowo zobowiązanych przez sąd ukończyło terapię. Wobec niektórych osób takie postępowanie może przynieść efekt w postaci ukończenia programu terapii, co może dawać nadzieję na pewną poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego. Zwłaszcza, że dokonana analiza statystyczna wskazuje, że fakt posiadania sądowego zobowiązania do leczenia nie różnicuje w istotny sposób pacjentów kończących i przerywających terapię. Pragniemy nadmienić w tym miejscu, że sam fakt uczestniczenia tych osób w terapii odwykowej jest rezultatem ich dobrowolnej decyzji. Sądowe zobowiązanie do leczenia odwykowego wiąże się z umieszczeniem tych osób w szpitalu, doprowadzeniem do stanu równowagi biologicznej i motywowaniem do podjęcia terapii odwykowej. Tak więc sam pobyt w szpitalu nie oznacza uczestniczenia w terapii i jej ukończenia, gdyż do jej podjęcia konieczna jest osobista decyzja pacjenta.

Tabela 8. Liczba osób sądowo zobowiązanych do leczenia pod koniec terapii w grupie kończących i przerywających terapię

Grupa		Zobow. sądowe	Bez zobow.	Wiersz razem
P	L	47	25	72
	% z w.	65,28%	34,72%	
U	L	133	52	185
	% z. w./r.	71,89%	28,11%	
Razem w Kolumnie		180	77	257

P – Osoby przerywające terapię, U/F – Osoby kończące terapię, L – Liczba, % z w.– z wiersza

Źródło: badania własne.

Natomiast istotną statystycznie zależność dostrzegamy między osobami chorującymi na depresję (chi kwadrat = 9,2; $p=0,002$). Za kryterium doświadczania przez pacjenta depresji podczas uczestniczenia w terapii uzależnień przyjęto obecność takiego zapisu w dokumentacji medycznej pacjenta. Prawie co druga osoba cierpiąca na depresję nie kończy terapii, mimo iż z tego powodu jest równolegle leczona podczas pozostawania na oddziale terapii uzależnień. Oznacza to, że objawy depresyjne znacznie obniżają gotowość do aktywnego uczestniczenia w terapii odwykowej.

Terapeuci mogą napotkać na problemy diagnostyczne u alkoholików. Polegają one na trudnościach w odróżnieniu obniżonego nastroju będącego wynikiem abstynencji alkoholowej od faktycznego chorowania na depresję. W depresji obserwuje się spowolnienie, ogólny spadek energii oraz przeżywanie poczucia bezsensowności i bezwartościowości. Pacjenci zazwyczaj bardzo cierpią i nie potrafią temu cierpieniu w żaden sposób zaradzić. Pacjenci ci wycofują się z kontaktów, jednocześnie mają świadomość, że stają się uciążliwi dla otoczenia, co dodatkowo pogłębia ich zły stan psychiczny. W depresji osoby doświadczają zaburzeń procesów poznawczych. Głównie dotyczą one zaburzenia koncentracji uwagi oraz obecności katastroficznych myśli. Alkoholicy mają trudności ze spostrzeganiem siebie jako źródła wielu szkód i z braniem odpowiedzialności za swoje zachowanie, natomiast osoby uzależnione i chorujące na depresję mają nadmierną tendencję doszukiwania się różnych kłopotów własnych i cudzych w sobie. Może prowadzić to do zachowań suicydalnych.

Dość często osoby chorujące na depresję zaczynają używać alkoholu w celu złagodzenia objawów. Dzięki temu osiągają one chwilową ulgę, ale jednocześnie pogrążają się w pułapce uzależnienia. Sięgając po alkohol, który jest depresantem, doświadczają coraz częstszych sytuacji przynoszących dodatkowe cierpienie.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że najpierw należy leczyć depresję, a dopiero później można planować terapię uzależnienia. W przeciwnym razie pacjent będzie miał problemy z jej ukończeniem. Ewentualnie można podejmować próbę równoległego leczenia depresji i uzależnienia.

Na początku terapii uzależnienia najczęstszą metodą jest konfrontacja. Jednak konfrontowanie pacjenta, który cierpi na depresję nie będzie skuteczne. Z tego powodu nieuzasadniona jest praca nad destrukcją alkoholową, gdyż będzie nasilać wahania nastroju i pogarszać funkcjonowanie pacjenta. Biorąc pod uwagę wolniejsze tempo pracy należy ostrożnie posługiwać się najczęściej podejmowanymi wobec alkoholików metodami terapeutycznymi.

Stan psychiczny, w jakim osoba została przyjęta do szpitala, istotnie statystycznie różnicuje osoby kończące od przerywających terapię (chi kwadrat = 5,4; $p=0,004$).

U osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego w stanie halucynozy alkoholowej obserwujemy największy procent pacjentów przerywających podjętą terapię odwykową (62,5%). U osób, u których w momencie przyjmowania do szpitala ob-

serwowano objawy chorób psychicznych (schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej) obserwujemy w 36% przerywanie terapii odwykowej. Brak dodatkowych zaburzeń psychicznych pozwala pacjentom pomyślnie ukończyć terapię uzależnień. Również pomyślnie kończyły terapię osoby, które przyjęto w stanie po dokonanej próbie samobójczej i rozpoznano u nich uzależnienie od alkoholu.

Tabela 9. Stan psychiczny przy przyjmowaniu do szpitala a kończenie lub przerywanie terapii

Grupa		Prawidłowy stan	Halucynozą alkoholową	Psychoza	Zaburz. org.	Próba samob.	Wiersz razem
P	L	59	5	8	0	0	72
	% z w.	81,94%	6,94%	11,11%	0,00%	0,00%	
U	L/A	156	3	14	2	9	184
	% z w.	84,78%	1,63%	7,61%	1,09%	4,89%	
Razem w kolumnie		215	8	22	2	9	256

P – Osoby przerywające terapię, U – Osoby kończące terapię, L – Liczba, % w. – z wiersza

Źródło: badania własne.

Co drugi uczestnik terapii uzależnień miał konflikt z prawem. Natomiast w zakresie karalności nie dostrzegamy istotnych statystycznie różnic (chi kwadrat = 3,6; $p= 0,1$). Podobny procent pacjentów karanych i niekaranych przerywa terapię.

Tabela 10. Karalność a kończenie lub przerywanie terapii

Grupa / Group		Nie karani	Karani sądownie	Brak danych	Wiersz – razem
P	L	36	32	4	72
	% z w.	50,00%	44,44%	5,56%	
U	L	115	65	5	185
	% z w.	62,16%	35,14%	2,70%	
Razem w kolumnie		151	97	9	257

P – Osoby przerywające terapię, U – Osoby kończące terapię, L – Liczba, % z w. – z wiersza

Źródło: badania własne.

Podsumowanie i wnioski

Z przeprowadzonych badań wynika, że realizowany program terapii uzależnień posiada pewne ograniczenia. Głównie dotyczą one tego, że nie wszyscy pacjenci kończą rozpoczęty program terapeutyczny. Prawie co trzecia osoba po-

dejmująca terapię nie kończy jej. Częściej nie kończą mężczyźni, osoby młode, nie pozostające w związku małżeńskim, o niskim wykształceniu.

Istnieje konieczność uwzględnienia tych właściwości i odpowiedniego zaplanowania postępowania z pacjentami, ponieważ trudno spodziewać się, że te osoby będą w stanie samodzielnie poradzić sobie z problemem alkoholowym.

Zwiększenie odsetka osób podejmujących oraz kończących terapię przyczyniłoby się do istotnego postępu w zakresie oddziaływań terapeutycznych.

Obok problemu alkoholowego pacjenci uczestniczący w terapii cechują się wieloma dodatkowymi, złożonymi problemami osobistymi, rodzinnymi, zawodowymi i zdrowotnymi.

Warto rozważyć istotę tych problemów, bo być może istnieją inne ważniejsze trudności, jakimi należy zająć się, zanim osoba zostanie skierowana do tego rodzaju (strategiczno-strukturalnej) terapii uzależnień.

Większość osób rezygnujących z terapii to osoby z grupy podwyższonego ryzyka ze względu na brak podstawowych zasobów w postaci wspierającej więzi z bliskimi, wystarczającego źródła utrzymania, czy też posiadania własnego miejsca zamieszkania.

Osobom nie pozostającym w związkach, zwłaszcza kawalerom i rozwodnikom, trudniej jest wytrwać w terapii. Niekiedy te osoby formułują wypowiedzi, że nie mają dla kogo się zmieniać. Również pacjenci posiadający więcej niż dwoje dzieci rzadziej rezygnują z terapii. Uzyskane wyniki potwierdzają formułowane w literaturze przedmiotu opinie, że rodzina jest istotnym czynnikiem wspierającym proces terapii pacjenta.

W związku z powyższym można zakładać, że posiadanie własnej rodziny z dziećmi jest znaczącym predykatorem ukończenia terapii.

Istotnym czynnikiem ryzyka przerwania terapii uzależnień jest brak zatrudnienia. Pacjenci wyłączeni z rynku pracy częściej nie kończą podjętej terapii uzależnień. Zapewne dla pacjentów zatrudnienie stanowi zarówno źródło utrzymania jak i społecznego wsparcia.

Z tego powodu terapeuci realizujący programy terapeutyczne powinni intensywnie poszukiwać zasobów, które wspomogą podtrzymanie motywacji tych pacjentów do ukończenia terapii.

Dla ukończenia terapii większe znaczenie ma prawidłowe zdrowie psychiczne niż somatyczne. Według uzyskanych z badań danych depresja jest negatywnym predykatorem ukończenia terapii, zaś rozpoczęcie terapii uzależnień na oddziale szpitala po podjętej próbie samobójczej stanowi pozytywny predyktor zakończenia terapii. Wynik ten wymaga dalszego pogłębionego badania nad specyfiką i okolicznościami prób samobójczych podejmowanych przez osoby nadużywające alkoholu.

Należy zadbać, aby oddziaływania terapeutyczne wobec osób uzależnionych od alkoholu były wielowymiarowe i tak zaprojektowane, aby można było poprawić kompetencje społeczne pacjentów do prospołecznego rozwiązywania problemów.

Kolejną kwestią istotną dla oceny efektywności podejmowanych oddziaływań terapeutycznych jest fakt, że ewaluacji określonego programu warto byłoby dokonywać nie tylko w oparciu o bezpośrednie „twarde” wskaźniki (np. utrzymywanie abstynencji). Efektem pełnego lub też częściowego uczestniczenia w programie terapii odwykowej mogą być również takie konsekwencje jak: ograniczenie w czasie lub ilości spożywania alkoholu, zdobycie pewnych uniwersalnych kompetencji przydatnych w życiu czy też poznanie miejsca, w którym w razie potrzeby można szukać pomocy.

Przesadne posługiwanie się jednym podejściem terapeutycznym może doprowadzić do niedoceniania pojawiających się innowacji i zatrzymać rozwój innych podejść teoretycznych. Sytuacja taka jest niepożądana, gdyż populacja osób uzależnionych jest bardzo zróżnicowana i może się okazać, że określone podejście teoretyczne jest adekwatne tylko do wybranej grupy osób, a pozostałe osoby mogłyby więcej skorzystać z odmiennych interwencji terapeutycznych opartych na innych podstawach teoretycznych.

Kwestia efektywności oddziaływań terapeutycznych wobec osób uzależnionych będzie zawsze aktualna i dyskutowana. Warto podejmować badania nad efektywnością oddziaływań terapeutycznych ze względów humanitarnych jak i finansowych. Każda osoba powracająca do nałogu jest źródłem wielu kosztów, które ponosi nie tylko ona sama, ale najbliższa rodzina i społeczeństwo.

Abstract: The characteristic of the patients completing and discontinuing the residential treatment programme for alcohol dependence

Introduction. Patients addicted to alcohol often give up the psychotherapeutic treatment programs. On one side, in out-patients clinics they are exposed to several factors which make keeping abstinence difficult and finishing the treatment program. On the other side patients who participate in the stationary psychotherapy for addicted people are less exposed to this factors and a lot of them still are not able to finish the treatment program. The aim of the research was to describe and compare patients finishing and discontinuing the stationary psychotherapy program for alcoholics.

Method. The empirical data was taken from analyzing medical documentation, history of patients addiction staying over the year in a stationary department of the hospital and participating in the basic treatment program for alcoholics.

Result. Received results show that 27,6% of patients do not finish the taken treatment program for alcoholics. In the presentation there are statistically significant differences between patients who finished psychotherapy and discontinued.

The men statistically more often than women break the psychotherapy. Patients who discontinued the psychotherapy more often live alone (divorced or unmarried), and stayed without constant incomes. Personality disorders and mental diseases (depression, alcohol halucinosis during entering the hospital, schizophrenia, affective bipolar disorder). We found less significant differences in such variables as: place of living, staying with children, level of education, somatic state during entering the hospital, judicial commitment, and criminality.

The strongest motives declared by the patients, who help them to finish the psychotherapy were improving the family situation and health motives.

Conclusions. In the result we state, that it is necessary to increase and make more flexible the offer of therapeutic programs in the stationary clinical centers. It should be considered the difficulties and deficits of patients discontinued the therapeutic programs. During the psychotherapy should be used the motivational methods encouraging patients to the change.

Key words: Residential therapeutic treatment, effectiveness of treatment, addition.

Bibliografia

- [1] Fudała J., 2003, *Uzależnieni od różnych substancji psychoaktywnych w całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu na przykładzie pacjentów leczonych w WOTUW Pruszków*, „Świat Problemów”, nr 12/2003.
- [2] Głowik T., 2008, *Ewaluacja terapii*, „Terapia uzależnienia i współuzależnienia”, nr 1/2008.
- [3] Hollin, C, Palmer, E., McGuire, J., Hounsome, J., Hatcher, R., Bilby, C., Clark, C., 2004, *Pathfinder Programmes in the Probation Service: A Retrospective Analysis, Report 66/04*, Home Offices, London.
- [4] Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., 2006, *Integracyjna terapia uzależnień*, IPZ, Warszawa.
- [5] Merrington S., Stanley S., 2007, *Effectiveness: who counts what?*, [w:] *Handbook of probation*, (red.) L. Gelsthorpe, R. Morgan, Willan Publishing, Devon.
- [6] Reykowski J., 1992, *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*, PWN, Warszawa.
- [7] Rheinberg F., 2006, *Psychologia motywacji*, WAM Wydawnictwo, Kraków.
- [8] Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31.12.2009 r. Rada Ministrów. PARPA, <http://www.parpa.pl/images/image/sprawozdanie2009.pdf> [dostęp: 28.07.2015].
- [9] Świątkiewicz G., 2012, *Rozpowszechnienie zaburzeń związanych z alkoholem*, [w:] *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, (red.) J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- [10] Wciórka J., 2012, *Postawy wobec osób chorych psychicznie, chorób psychicznych i instytucji psychiatrycznych*, [w:] *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, (red.) J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.