

Robert Opora  
Uniwersytet Gdański

Radosław Breska  
Akademia Marynarki Wojennej

# Charakterystyka pacjentów przerywających stacjonarną terapię uzależnień uzyskana na podstawie analizy dokumentów medycznych

Characteristic of Patients Stopping the Stationary Alcohol Therapy Obtained on the Basis of the Analysis of the Medical Documentation

## ABSTRAKT

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 leczące się w ośrodkach stacjonarnych doświadczają powyższych czynników w zredukowanym wymiarze. Pomimo tego, znaczny odsetek pacjentów nie kończy programów terapeutycznych realizowanych w ośrodkach stacjonarnych. Celem podjętych badań było dokonanie charakterystyki osób przerywających stacjonarną terapię uzależnień od alkoholu. Wykorzystano w tym celu dane dostępne w historiach choroby pacjentów.

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.

## SŁOWA KLUCZOWE

terapia, uzależnienie od alkoholu, alkohol, stacjonarne leczenie, resocjalizacja

## KEYWORDS

therapy, alcohol addiction, alcohol, stationary treatment, social rehabilitation

SPI Vol. 21, 2018/1  
ISSN 2450-5358  
e-ISSN 2450-5366  
DOI: 10.12775/SPI.2018.1.009  
Nadesłano: 2.01.2018  
Zaakceptowano: 30.03.2018  
Raporty z badań

Uzyskane wyniki wskazują, że osoby z grupy badawczej w znacznym odsetku (27,6%) nie kończą podejmowanego leczenia stacjonarnego. Mężczyźni statystycznie częściej od kobiet przerywali terapię, ponadto osoby niekończące terapii często żyją samotnie (kawalerowie, rozwodnicy i panny). Kończeniu terapii nie sprzyja obecność zaburzeń i chorób psychicznych (depresji, halucynozy alkoholowej przy przyjęciu do szpitala, schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej). Wśród pacjentów rezygnujących ze stacjonarnej terapii uzależnień najczęściej były osoby, które wcześniej jednorazowo podejmowały próbę terapii odwykowej.

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.

## ABSTRACT

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

The empirical data was taken from analysing medical documentation and the history of patient addiction of those who had stayed for over a year in a stationary department of the hospital participating in the basic treatment program for alcoholics.

The received results show that 27,6% of patients do not finish the taken treatment program for alcoholics. Men statistically more often than women break off this psychotherapy treatment. Patients who discontinued the psychotherapy more often live alone (divorced or unmarried). Personality disorders and mental diseases (depression, alcohol hallucinations when entering the hospital, schizophrenia, bipolar affective disorder). Among patients who gave up stationary addiction therapy, the most common were people who had previously attempted addiction therapy once.

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

## Teoretyczne podstawy badań

Od kilkunastu lat w Polsce podstawową formą leczenia osób uzależnionych od alkoholu są oddziaływania psychoterapeutyczne, a w ofercie terapeutycznej większości placówek odwykowych dominują programy nawiązujące do psycho-bio-społecznego modelu uzależnienia i strategiczno-strukturalnej terapii uzależnień.

Przyjęcie powyższego modelu pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu ujednoliciło ofertę terapeutyczną, co jest widoczne zarówno w zakresie tematów omawianych podczas pracy terapeutycznej, jak również w stosowanych metodach terapeutycznych. Spójność oddziaływań terapeutycznych poprawiła efektywność terapeutyczną mierzoną zdolnością pacjentów do utrzymywania abstynencji oraz ułatwiła współpracę placówek odwykowych. Dodatkowo dostarczyła też narzędzi ułatwiających finansowanie i kontrolowanie usług terapeutycznych.

Obok szeregu korzystnych zmian w lecznictwie odwykowym można dostrzec pewne jego słabości. Otóż przyjęcie jednego dominującego modelu pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu przejawia się w budowaniu ofert terapeutycznych placówek odwykowych „pod kątem potrzeb określonego pacjenta”, tj. statystycznie najczęściej podejmującego leczenie.

Najczęstszym podstawowym wskaźnikiem wykorzystywanym do szacowania efektywności oddziaływań terapeutycznych wobec osób uzależnionych od alkoholu jest utrzymywanie abstynencji<sup>1</sup>. Z uwagi na dobrowolność podejmowania terapii, zazwyczaj badania nad efektywnością terapii odwykowej bazują na populacji osób, które ukończyły terapię. Natomiast nieuwzględnianie osób niepodjęających leczenia oraz osób przerywających leczenie zafałszowuje obraz efektywności terapii. W konsekwencji obserwujemy zanik różnorodności oferty terapeutycznej, co może utrudniać korzystanie z usług pewnej grupie pacjentów.

Przedwczesne zakończenie terapii uzależnień może skutkować negatywnymi konsekwencjami dla pacjenta. W badaniach Irvina D. Yaloma przeprowadzonych wśród 35 pacjentów, którzy porzucili

---

<sup>1</sup> T. Głowik, *Ewaluacja terapii*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2008, nr 1, s. 9–12.

heterogeniczne, interakcyjne ambulatoryjne grupy terapeutyczne, za-  
ledwie u trzech osób dostrzeżono nieznaczną poprawę<sup>2</sup>. Przedwczes-  
ne zakończenie terapii przez jednego pacjenta może mieć również  
negatywny wpływ na pozostałe osoby z grupy terapeutycznej, które  
mogą odczuwać zagrożenie i zniechęcenie. W rezultacie może dojść  
do „efektu fali”, polegającego na tym, że jedna osoba rezygnująca  
z terapii może pociągać za sobą inne. Przerwanie terapii stanowi po-  
rażkę danego pacjenta, ale również prowadzi do szkód u pozostałych  
uczestników programu.

Ze względu na złożoność interakcji pomiędzy zmiennymi cha-  
rakteryzującymi pacjenta, grupę i terapeutę, przypadki porzucania  
terapii przez pewną liczbę pacjentów są nieuniknione. Zapewne zja-  
wisko to nie jest jedynym problemem wymagającym namysłu, ale za-  
wsze stanowi duże wyzwanie dla specjalistów.

## Cel i uzasadnienie

Interesujące spostrzeżenie dotyczące realizacji programów psy-  
chokorekcyjnych zawierają wyniki badań uzyskane przez Simona  
Merringtona i Stephena Stanleya<sup>3</sup>, z których wynika, że osoby koń-  
czące 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 przestępczo-  
ści niż osoby, które w ogóle nie uczestniczyły w żadnym programie  
i zostały jedynie ukarane karą pozbawienia wolności. Analizowane  
przez nich programy psychokorekcyjne zawierały wiele wspólnych  
interwencji poznawczo-behawioralnych z dominującym w Polsce  
modelem terapii uzależnień. Teza ta stała się inspiracją dla autorów  
niniejszego artykułu, gdyż w pewnym stopniu nawiązuje ona do po-  
siadanych przez nich własnych doświadczeń klinicznych, wskazują-  
cych na bardzo częste i szybkie powracanie do picia alkoholu przez  
osoby przerywające terapię uzależnień.

<sup>2</sup> I. Yalom, M. Leszcz, *Psychoterapia grupowa*, przeł. R. Andruszko, Kraków 2006, s. 198–212.

<sup>3</sup> S. Merrington, S. Stanley, *Effectiveness: Who counts what?*, w: *Handbook of probation*, red. L. Gelsthorpe, R. Morgan, Devon 2007, s. 428–458.

W związku z powyższym, przedmiotem badania uczyniono cechy pacjentów przerywających terapię uzależnień. Celem podjętych badań było poznanie dostępnych w dokumentacji medycznej cech pacjentów przerywających stacjonarną terapię uzależnień od alkoholu. Dostrzeżenie tych aspektów w większym stopniu pozwoli na bardziej adekwatne formułowanie celów terapeutycznych i ich osiąganie. Ponadto, im precyzyjniejszy będzie dobór pacjentów, tym większa liczba osób będzie w stanie ukończyć odpowiednie do ich potrzeb programy terapeutyczne, przez co ostateczny efekt terapeutyczny będzie lepszy.

## Podstawy metodologiczne podjętych badań

Głównym problemem badawczym było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Jakie można dostrzec prawidłowości w dokumentacji medycznej opisujące pacjentów przerywających stacjonarną terapię uzależnień?

W badaniach zastosowano strategię badań ilościowych i posłużono się techniką badania dokumentów w celu zgromadzenia ilościowych danych o pacjentach przerywających terapię<sup>4</sup>. Analizie poddane zostały dokumenty medyczne pacjentów odbywających terapię uzależnień w 2014 roku w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim.

Z podjętych badań wynika, że we wspomnianym szpitalu w 2014 roku 283 pacjentów uczestniczyło w stacjonarnej terapii uzależnień, z czego 78 osób, tj. 27,6%, przerwało terapię z różnych powodów. Dla porównania można wskazać na statystyki Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Pruszkowie, w którym było nieco mniej osób przerywających terapię uzależnień, tj. 22%<sup>5</sup>.

Na oddziale terapii uzależnień w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim 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

<sup>4</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001, s. 90–100.

<sup>5</sup> J. Fudała, *Pacjenci uzależnieni od różnych substancji psychoaktywnych w całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu na przykładzie pacjentów leczonych w WOTUW Pruszków*, „Świat Problemów” 2003, nr 12, s. 8–14.

okoliczności jego wcześniejszego wypisania. 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 przerwania 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 72 historie chorób pacjentów przerywających terapię (51 mężczyzn i 21 kobiet). Sześć przypadków zostało pominiętych ze względu na trudności z dotarciem do historii choroby, które prawdopodobnie znajdowały się w innych oddziałach szpitala w związku z ponowną hospitalizacją pacjenta. Ze względu na wspólny problem osób badanych oraz stosunkowo niewielką populację osób badanych w podjętych badaniach nie różnicowaliśmy materiału badawczego ze względu na płeć. Podjęte badania miały udzielić odpowiedzi na pytanie badawcze: Jakimi cechami w momencie przyjęcia do szpitala charakteryzują się pacjenci przerywający stacjonarną terapię uzależnień? 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.

## Prezentacja uzyskanych wyników

Przeprowadzone w Polsce wyniki badań EZOP wskazują<sup>6</sup>, że 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.

W związku z powyższym, w podjętych badaniach zwróciliśmy uwagę na wiek pacjentów przerywających terapię uzależnień.

<sup>6</sup> G. Świątkiewicz, *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, Warszawa 2012, s. 254–262.

Większość osób rezygnujących z terapii znajdowało się w przedziale wiekowym między 31 a 40 rokiem życia. Z upływem wieku dostrzegamy zmniejszającą się tendencję do wycofywania się pacjentów z terapii. Może to być związane z procesem uznawania własnej bezsilności wobec alkoholu, gdyż bywa tak, że osobom młodszym trudniej się pogodzić z koniecznością utrzymywania całkowitej abstynencji.

Większość osób (52,7%) przerywających program terapii uzależnień posiada wykształcenie zawodowe. Na drugiej pozycji są osoby z wykształceniem podstawowym (29,2%). Uwzględniając te dane, warto zwrócić uwagę na to, na ile realizowany program terapii uzależnień koreluje ze stylem uczenia się tych pacjentów oraz ich możliwościami poznawczymi.

Program terapii realizowany jest przez siedem tygodni. Pacjenci najczęściej przerywają terapię w pierwszych jej tygodniach: w drugim tygodniu 27,8% osób przerwało terapię, w trzecim i czwartym tygodniu terapii po 16,7%. Siedem tygodni terapii podzielonych jest na dwie części. Pierwsza część trwa cztery tygodnie i poświęcona jest na konfrontację pacjenta ze skutkami spożywania alkoholu, uzyskanie tożsamości alkoholowej, uznanie własnej niezdolności do kontrolowania picia alkoholu i poznanie strategii leczenia choroby alkoholowej. Druga część programu terapii uzależnień trwa trzy tygodnie. Jej tematyka obejmuje zapobieganie nawrotom, radzenie sobie z napięciem emocjonalnym oraz kształtowanie umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia<sup>7</sup>.

Istnieje wiele możliwości wyjaśnienia powodów, dla których pacjenci rezygnują z rozpoczętej terapii. Po pierwsze, w związku z tym, że pierwsza część terapii zakłada konfrontację pacjentów z negatywnymi skutkami spożywania przez nich alkoholu, nie można wykluczyć, że dla niektórych z nich zetknięcie się z osobistymi stratami wynikającymi z nadużywania alkoholu jest źródłem napięcia, z którym nie są gotowi poradzić sobie w sposób konstruktywny. Po drugie, w sytuacji nadmiernej konfrontacji dochodzi do nasilenia się mechanizmów uzależnienia. Wówczas taka osoba zniechęca się i wycofuje z dokonywania jakiegokolwiek zmiany swojego funkcjonowania. Po trzecie, początkowy okres terapii zbiega się z niedawno rozpoczętą

---

<sup>7</sup> J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna terapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Warszawa 2006, s. 57–60.

abstynencją, podczas której ujawniają się dotąd ukrywane problemy. Najczęściej problemy te dotyczą stanu zdrowia lub wiążą się z nasilaniem się pewnych rys osobowościowych. Świadomość pacjentów staje się większa. Zaczynają zdawać sobie sprawę z poczynionych zaniedbań, zaistniałych skutków własnego zachowania, konieczności podjęcia pewnego działania. Wszystko to może doprowadzić osobę uzależnioną od alkoholu do podjęcia decyzji o rezygnacji z terapii.

W 30,1% przerwanie terapii wiązało się z naruszeniem regulaminu oddziału. Jak widać, jedna trzecia pacjentów rezygnujących z psychoterapii ma trudności w dostosowaniu się do zasad panujących na oddziale. Regulamin oddziału dotyczy następujących kwestii: zakazu używania środków odurzających, palenia papierosów, konieczności dostosowania się do leczenia prowadzonego przez personel medyczny i terapeutyczny, zasad opuszczania terenu szpitala, zakazu kontaktowania się z osobami posiadającymi alkohol lub będącymi pod wpływem alkoholu, możliwości kontrolowania przez personel stanu trzeźwości pacjentów, zasad uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych, przestrzegania higieny i wywiązywania się z obowiązków oraz kształtowania relacji interpersonalnych.

Regulamin oddziału odwykowego ma na celu przede wszystkim określenie niezbędnych warunków, koniecznych do rozpoczęcia pracy terapeutycznej oraz wdrożenie osób uzależnionych do przestrzegania podstawowych zasad funkcjonowania społecznego<sup>8</sup>. Przede wszystkim regulamin oddziału ma służyć „trzeźwemu” życiu pacjentów, a nie być przeszkodą w ich terapii. W związku z tym, że co tydzień na terapię dochodzą nowe osoby, regulamin oddziału odwykowego jest omawiany regularnie raz w tygodniu podczas zebrania społeczności. Każdy punkt regulaminu jest dyskutowany z pacjentami i wyjaśniany w sytuacji pojawiających się wątpliwości. Jeżeli pacjenci napotkają na jakiegokolwiek trudności w dostosowaniu się do regulaminu oddziału, mogą zawsze zgłosić się do personelu z prośbą o pomoc. Niestety niektórzy pacjenci mimo tego, że znają regulamin oddziału i rozumieją go, decydują się na naruszanie zawartych w nim zasad. W sytuacji naruszenia regulaminu przez pacjenta zespół terapeutyczny podejmuje decyzję co do dalszego postępowania z danym pacjentem.

<sup>8</sup> W. Miller, A. Forcehimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, przeł. M. Cierpisz, Kraków 2014, s. 360–382.



Konsekwencją poważnego złamania regulaminu (np. naruszenie zasady abstynencji, opuszczenie szpitala bez pisemnej przepustki, zachowania agresywne) może być wypisanie z oddziału.

Jedną z cech osób uzależnionych jest umiejętność „wciągania” osób ich otaczających w swój świat, między innymi po to, aby unikać konsekwencji zachowań nałogowych. Pojawia się więc pytanie, na ile osoba, która nie jest w stanie dostosować się do obowiązującego regulaminu oddziału odwykowego, będzie skłonna przestrzegać poza oddziałem zaleceń dla „trzeźwiejących” alkoholików.

W 64% pacjenci zrezygnowali z terapii na własny wniosek. Swoją rezygnację najczęściej wyjaśniali uzyskaniem pracy bądź sytuacją rodzinną.

Zaledwie 13,9% osób przerywających leczenie jest zatrudniona na zasadach umowy o pracę, jedna osoba prowadzi własną działalność gospodarczą. Jedna trzecia badanych osób (33,4%) pozostaje bez własnego dochodu lub jest na utrzymaniu pozostałych członków rodziny. Również prawie jedna trzecia (29,2%) pacjentów przerywających terapię cechuje się na tyle złym stanem zdrowia, że ma przyznaną rentę z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub zasiłek stały z pomocy społecznej.

Dominująca część pacjentów przerywających terapię ma niestabilną sytuację zawodową. Większość z nich przerywa terapię na początku jej trwania, przez co traci możliwość wykształcenia nowych kompetencji społecznych, które służą nie tylko utrzymaniu abstynencji, lecz również mogą być przydatne w poszukiwaniu lub utrzymaniu posiadanego zatrudnienia.

Kolejną kwestią uwzględnioną w badaniach była okoliczność przyjęcia pacjenta do szpitala. W badanej grupie najczęstszym motywem zgłaszania się pacjentów do szpitala była chęć utrzymania abstynencji. Można przypuszczać, że ich stan psychofizyczny w momencie zgłoszenia się do szpitala był bardzo zły, a oni sami nie potrafili poradzić sobie z utrzymaniem abstynencji. Większość tych pacjentów (88,9%) już wcześniej, co najmniej raz, podejmowała terapię uzależnień w różnych formach (stacjonarną i niestacjonarną). Najczęściej z leczenia rezygnowały osoby, które uczestniczyły już raz w terapii odwykowej. Zazwyczaj była to terapia niestacjonarna, gdyż praktyka jest taka, że osoby uzależnione najpierw próbują się leczyć w poradniach odwykowych, a dopiero kiedy okazuje się, że w ich przypadku

nie przyniosło to pożądanych skutków, decydują się na terapię w warunkach stacjonarnych. Psychoterapia w warunkach stacjonarnych cechuje się tym, że osoba uzależniona pozostaje w bezpieczniejszych dla niej warunkach, gdzie ograniczona jest ilość wyzwalaczy stymulujących sięganie po alkohol oraz w krótszym czasie przygotowuje się pacjenta do utrzymywania abstynencji<sup>9</sup>. Po ukończonej psychoterapii na stacjonarnym oddziale odwykowym osoba uzależniona powinna na trzeźwo radzić sobie w swoim miejscu zamieszkania i kontynuować swoje leczenie.

Spośród osób przerywających terapię 33,3% stanowią pacjenci, którzy byli sądowo zobowiązani do leczenia<sup>10</sup>. Ze względu na tak liczną grupę tych osób, warto rozważyć przygotowanie innej koncepcji postępowania z tymi pacjentami.

Pacjenci w różny sposób są kierowani na oddział terapii uzależnień. Z tego powodu warto się przyjrzeć, czy na przerywanie psychoterapii ma znaczenie sam sposób kierowania na nią. Najczęściej (36,4%) z psychoterapii rezygnowali pacjenci, którzy byli kierowani przez innych lekarzy niż psychiatry. Wskazuje to na fakt, że duża część pacjentów przerywających terapię posiadała współistniejące inne zaburzenia somatyczne lub powikłania choroby alkoholowej, które mogą wywoływać stany napięcia, często utrudniają koncentrację na leczeniu i zmniejszają motywację do trzeźwienia.

W drugiej kolejności terapię przerywały osoby, które zostały na nią skierowane przez sąd (26,4%). Wiemy, że pacjenci sądownie zobowiązani do leczenia charakteryzują się znacznym poczuciem krzywdy w związku z postanowieniem sądu, co często przekłada się na opór w relacji terapeutycznej. Pacjenci tacy często podważają stosowane metody terapeutyczne oraz zalecenia – także te dotyczące abstynencji.

W następnej kolejności (20,9%) były osoby, które uzyskały skierowanie z poradni zdrowia psychicznego lub szpitala psychiatrycznego w związku z występującymi objawami psychiatrycznymi. Często pacjenci uzależnieni podejmują, jeszcze przed właściwym leczeniem

<sup>9</sup> I. Yalom, M. Leszcz, *Psychoterapia grupowa*, dz. cyt., s. 67–94.

<sup>10</sup> Por. Rada Ministrów RP, *Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2009 roku*, Warszawa 2011, <<http://www.parpa.pl/images/image/sprawozdanie2009.pdf>> [dostęp: 28.07.2015].

odwykowym, próby radzenia sobie z towarzyszącymi uzależnieniu zaburzeniami bez konieczności utrzymywania abstynencji. Liczą, że za pomocą farmakoterapii pozbędą się najczęściej występujących zaburzeń lękowych i depresyjnych. Warto też zwrócić uwagę na niedostateczny (szczególnie w mniejszych miejscowościach) dostęp do specjalisty terapii uzależnień.

Jedynie dwie osoby zostały skierowane na terapię przez poradnię odwykową. Prawdopodobnie były to osoby, które w związku z trudnościami w utrzymywaniu abstynencji nie były w stanie korzystać z leczenia w trybie ambulatoryjnym.

Równocześnie z uzależnieniem prawie u jednej trzeciej z grupy osób badanych występowały zaburzenia somatyczne, a u około połowy osób zaobserwowano zaburzenia psychiczne przejawiające się takimi właściwościami, jak: nadaktywność psychoruchowa, depresyjność oraz zaburzenia z objawami psychotycznymi lub próbami samobójczymi. U 12,6% badanych osób zdiagnozowano zmiany organiczne.

W historii choroby pacjentów znalazły się informacje na temat ich sytuacji rodzinnej. Spośród badanych osób 20,8% mieszka samotnie, a 8,4% jest osobami bezdomnymi. Łącznie jedna trzecia osób przerywających terapię pozostaje w szczególnej grupie ryzyka ze względu na częstsze pozostawanie w samotności, co dla osób uzależnionych może być źródłem nieprzyjemnego napięcia.

Zaledwie 31,9% pozostaje w związku małżeńskim, a 2,7% w związku nieformalnym. Pozostałe osoby (65,1%) to panny, kawalerowie lub osoby rozwiedzione. W związku z tym dwie trzecie osób z grupy jest pozbawiona dość istotnego czynnika wspierającego terapię, jakim jest więź z pozostałymi członkami rodziny. Jedynie 26,4% osób nie posiada dzieci.

W dokumentacji medycznej pacjentów znajdowały się również adnotacje na temat konfliktu z prawem. W przypadku 41,7% osób miało miejsce naruszenie normy prawnej. Większość tych czynów miała związek z alkoholem.

Aż 44,4% osób było zobowiązanych w przeszłości do sądowego leczenia odwykowego, zarówno w trybie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym.

## Wnioski z badań

Zrealizowane badania zainspirowały nas do kontynuowania podobnych analiz wśród osób kończących terapię odwykową. Dzięki temu będzie możliwe porównanie tych grup i precyzyjniejsze scharakteryzowanie osób przerywających terapię. Jednak na tym etapie podjętych badań można już sformułować wstępne wnioski.

Z przeprowadzonych badań wynika, że realizowany program terapii uzależnień posiada pewne ograniczenia. Głównie chodzi o to, że nie wszyscy pacjenci kończą rozpoczęty program terapeutyczny. Najczęściej przerywają oni terapię we wstępnej fazie, której podstawową charakterystyką jest niestabilność. Później grupa stabilizuje się i podejmuje pracę terapeutyczną.

Prawie co trzecia osoba podejmująca terapię nie kończy jej. Wiele osób odmawia już w pierwszych tygodniach kontynuowania terapii.

Istnieje zatem konieczność alternatywnego postępowania z tymi osobami, ponieważ trudno się spodziewać, że osoby te będą w stanie samodzielnie poradzić sobie z posiadanym problemem alkoholowym.

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

Oprócz problemu alkoholowego pacjenci uczestniczący w terapii mają dodatkowe, złożone problemy osobiste, rodzinne, zawodowe i zdrowotne.

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.

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

W podjętych badaniach przeanalizowano wyłącznie te zmienne dotyczące pacjentów, które zostały uwzględnione w dokumentacji medycznej. Zapewne istnieją jeszcze inne zmienne charakteryzujące pacjentów, a które są znaczące z perspektywy przerywania terapii. Zmienne związane z pacjentem, determinujące przedwczesne zakończenie terapii, pozostają pod wpływem wielu innych zmiennych

związanych z grupą, terapeutą i innymi pacjentami, co komplikuje prowadzenie badań. W celu uzyskania wiarygodnych analiz statystycznych należy stworzyć dużą liczbę grup terapeutycznych, co wymaga dużej populacji pacjentów. Od standaryzowanych metod terapeutycznych oczekuje się oszacowania ich skuteczności, co jednak w przypadku terapii grupowej jest skomplikowane, gdyż każda osoba i każda grupa są inne i wymagają indywidualnego traktowania.

## Implikacje dla praktyki terapeutycznej

Kwestią istotną dla oceny efektywności podejmowanych oddziaływań terapeutycznych jest fakt, że ewaluacji określonego programu warto byłoby dokonywać nie tylko na podstawie bezpośrednich, „twardych” wskaźników (np. utrzymywanie abstynencji). Zazwyczaj każdy bezpośredni wskaźnik pomiaru jest w pewnym stopniu zniekształcony. Efektem pełnego lub też częściowego uczestniczenia w programie terapii odwykowej mogą być również takie konsekwencje, jak: ograniczenie w czasie lub ilości spożywania alkoholu, zdobycie uniwersalnych kompetencji przydatnych w życiu czy też poznanie miejsca, w którym w razie potrzeby można szukać pomocy.

Nadmierne posługiwanie się jednym tylko podejściem terapeutycznym może doprowadzić do niedoceniań 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 w odniesieniu do wybranej grupy osób, a pozostałe osoby mogłyby bardziej skorzystać z innych interwencji terapeutycznych opartych na odmiennych podstawach teoretycznych.

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

## Tabelaryczne zestawienie wyników badań

**Tabela 1.** Płeć osób badanych

Płeć	Liczba	Procent
Mężczyźni	51	70,8
Kobiety	21	29,7
Razem	72	100

Źródło: badania własne.

**Tabela 2.** Wiek osób przerywających stacjonarną terapię uzależnień

Wiek	Liczba	Procent
18–30	4	5,5
31–40	30	41,6
41–50	20	27,7
51–60	14	19,4
61–70	4	5,5
Razem	72	100

Źródło: badania własne.

**Tabela 3.** Wykształcenie osób przerywających terapię

Wykształcenie	Liczba	Procent
zawodowe	38	52,7
średnie	10	13,8
podstawowe	21	29,2
wyższe	2	2,7
brak danych	1	1,4
Razem	72	100

Źródło: badania własne.

Tabela 4. Moment przerwania stacjonarnej terapii uzależnień

Tydzień wypisu	Liczba	Procent
pierwszy	11	15,3
drugi	20	27,8
trzeci	12	16,7
czwarty	12	16,7
piąty	6	8,4
szósty	5	6,9
siódmy	6	8,4

Źródło: badania własne.

Tabela 5. Powody przerwania terapii

Powody rezygnacji	Liczba	Procent
decyzja pacjenta	46	63,9
przekroczenie regulaminu	22	30,6
inne	4	5,6

Źródło: badania własne.

Tabela 6. Źródło utrzymania

Źródło utrzymania	Liczba	Procent
bez dochodu	11	15,3
renta	17	23,6
inne	13	18,1
zasilek stały	4	5,6
praca etatowa	10	13,9
praca dorywcza	14	19,2
emerytura	2	2,8
samodzielna działalność gospodarcza	1	1,4

Źródło: badania własne.

**Tabela 7.** Motywacja do leczenia podawana przez pacjentów przy przyjęciu do szpitala

Motywacja do leczenia	Liczba	Procent
utrzymanie abstynencji	42	58,3
motywy zdrowotne	6	8,3
decyzja sądu	19	26,5
motywy rodzinne	4	5,6
motywy związane z pracą	1	1,4
Razem	72	100

Źródło: badania własne.

**Tabela 8.** Dotychczasowa liczba terapii odwykowych niestacjonarnych i stacjonarnych

Liczba wcześniejszych terapii odwykowych	Liczba	Procent
0	8	11,1
1	28	38,9
2	12	16,7
3	14	19,4
4	5	6,9
5	2	2,8
6	3	4,2

Źródło: Badania własne.

**Tabela 9.** Podmiot kierujący na leczenie odwykowe

Skierowanie	Liczba	Procent
bez skierowania	8	11,1
pogotowie ratunkowe	2	2,8
poradnia zdrowia psychicznego lub szpital psychiatryczny	15	20,9



Skierowanie	Liczba	Procent
poradnia odwykowa	2	2,8
inny lekarz niż psychiatra	26	36,4
sąd	19	26,4
Razem	72	100

Źródło: badania własne.

Tabela 10. Stan zdrowia pacjentów rezygnujących z psychoterapii uzależnień od alkoholu

Stan zdrowia	Liczba	Procent
wyrównany	40	55,6
nadaktywny	5	6,9
depresyjny	19	26,4
psychotyczny	4	5,6
psychotyczny z próbami samobójczymi	4	5,6
powikłania somatyczne	20	27,8*

\* Suma procentów jest większa od 100%, gdyż niektóre objawy współwystępowały.

Źródło: badania własne.

Tabela 11. Osoby zamieszkujące w domu z pacjentem

Z kim mieszka	Liczba	Procent
sam	15	20,8
z rodziną	47	65,3
z innymi osobami	2	2,8
bezdomny	8	11,2
Razem	72	100

Źródło: badania własne.

**Tabela 12.** Stan cywilny

<b>Stan cywilny</b>	<b>Liczba</b>	<b>Procent</b>
kawaler/panna	28	38,8
rozwidziony(a)	19	26,3
w związku małżeńskim	23	31,9
w związku nieformalnym	2	2,7
Razem	72	100

Źródło: badania własne.

**Tabela 13.** Liczba dzieci

<b>Dzieci</b>	<b>Liczba</b>	<b>Procent</b>
0	19	26,4
1	12	16,7
2	27	37,5
3	6	8,3
4	3	4,2
5	3	4,2
6 i więcej	2	2,8

Źródło: badania własne.

**Tabela 14.** Karalność

<b>Karalność</b>	<b>Liczba</b>	<b>Procent</b>
nie	36	50
tak	32	44,4
brak danych	4	5,6
Razem	72	100

Źródło: badania własne.

Tabela 15. Wcześniejsze zobowiązania sądowe

Wcześniejsze zobowiązania sądowe	Liczba	Procent
nie	47	65,3
tak	25	34,7
Razem	72	100

Źródło: badania własne.

## Bibliografia

- Fudała J., *Pacjenci uzależnieni od różnych substancji psychoaktywnych w całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu na przykładzie pacjentów leczonych w WOTUW Pruszków*, „Świat Problemów” 2003, nr 12, s. 8–14.
- Głowik T., *Ewaluacja terapii*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2008, nr 1, s. 9–12.
- Merrington S., Stanley S., *Effectiveness: Who counts what?*, w: *Handbook of probation*, red. L. Gelsthorpe, R. Morgan, Willan Publishing, Devon 2007, s. 428–458.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna terapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006.
- Miller W., Forcehimes A., Zweben A., *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, przeł. M. Cierpisz, Wydawnictwo UJ, Kraków 2014.
- Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
- Rada Ministrów RP, *Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2009 roku*, Warszawa 2011, <<http://www.parpa.pl/images/image/sprawozdanie2009.pdf>>.
- Świątkiewicz G., *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 2012, s. 254–262.
- Yalom I., Leszcz M., *Psychoterapia grupowa*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo UJ, Kraków 2006.



## ADRES DO KORESPONDENCJI:

Dr hab. Robert Opora, prof. UG  
Uniwersytet Gdański  
Instytut Pedagogiki  
e-mail: [innro@univ.gda.pl](mailto:innro@univ.gda.pl)

Dr Radosław Breska  
Akademia Marynarki Wojennej  
Instytut Studiów Edukacyjnych  
e-mail: [r.breska@amw.gdynia.pl](mailto:r.breska@amw.gdynia.pl)