

Jan Chodkiewicz  
Zakład Psychologii Zdrowia  
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

# Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej — przegląd piśmiennictwa

## *Prevention of relapses in alcohol dependence — the literature overview*

### **Abstract**

*The article presents an overview of the conceptions and investigations on alcohol dependence relapses. Studies on variables like stress, personal resources, social, demographic and situational factors which play an important role in relapses were described. Research conducted so far seem to be insufficient, often leads to inconsistent conclusions and do not integrate different aspects of this problem. The interactive and multidimensional model of relapse need to be created. The results of empirical research should have application in therapeutic practice.*

**key words:** alcohol dependence, relapse conception, relapse prevention

### **Wstęp**

Teoretycy i praktycy zajmujący się problematyką leczenia uzależnień zgodnie uważają, że nawroty są podstawowym problemem terapii [1]. Nawrót choroby, chociaż różnie rozumiany [2], zawsze kojarzy się z kryzysem i niebezpieczeństwem, zarówno dla samego pacjenta, jak i jego otoczenia. Mimo że dla większości zaburzeń psychicznych typowy jest ich fazowy przebieg, w uzależnieniach nawrót często wiąże się ze szczególnie dramatycznymi skutkami. Zapewne każdy terapeuta potrafi przytoczyć przykłady pacjentów, dla których nawrót zakończył się tragicznie — w odniesieniu do ich zdrowia, a nawet życia. Wielu uzależnionych pacjentów, przerywając abstynencję, całkowicie powróciło do dawnych nałogowych zachowań, rezygnując z wszelkich dalszych prób leczenia, z wszystkimi tego fatalnymi konsekwencjami.

Waga problematyki związanej z nawrotami skłania do podejmowania licznych badań i refleksji nad czynni-

kami, które mogą się okazać pomocne w zapobieganiu nawrotom, a poszukiwania wydają się zmierzać w trzech kierunkach. Pierwszy, związany z rozumieniem nawrotu jako złamania abstynencji, koncentruje się na poszukiwaniu zmiennych psychologicznych i socjodemograficznych, powiązanych z tym faktem [3–6]. Drugi kierunek zwraca uwagę na decydującą dla występowania nawrotów rolę sytuacji życiowych przeżywanych przez osobę uzależnioną [7–10]. Z kolei ujęcie trzecie, wiążące się z rozumieniem nawrotu jako pogorszenia samopoczucia pacjenta, które może, choć nie musi, doprowadzić do sięgnięcia po alkohol, zwraca uwagę na symptomy owego pogorszenia i podejmowanie działań zaradczych w celu zapobieżenia przekształceniu się tak rozumianego nawrotu w złamanie abstynencji [11].

Opisane wyżej próby rozumienia i zapobiegania nawrotom nie przynoszą, jak dotąd, zadowalających rezultatów, czego przejawem jest wysoki odsetek pacjentów powracających po terapii do picia [9, 12]. Również liczne modele nawrotów — zarówno addytywne, jak i jednowymiarowe — są uważane za niewystarczające i nieobejmujące całej złożoności omawianego zjawiska [13]. Przyczynami tego stanu rze-

Adres do korespondencji:  
dr n. hum. Jan Chodkiewicz  
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego  
ul. Smugowa 10/12, 91–133 Łódź  
tel. kom.: 0605 346 935  
e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

czy są między innymi niejednoznaczne i często sprzeczne wyniki badań oraz heterogeniczność grupy osób uzależnionych od alkoholu.

Kolejnym problemem w podejściu do nawrotów wydaje się, sygnalizowany przez Millera i Hestera [14], brak współpracy teoretyków i praktyków zajmujących się uzależnieniami. Zdaniem autorów, powoduje to sytuację, w której nie modyfikuje się programów terapeutycznych na podstawie wyników badań empirycznych oraz stosuje się wiele oddziaływań, co do których skuteczności brakuje potwierdzeń w literaturze naukowej.

Celem niniejszego artykułu jest dokonanie przeglądu badań nad czynnikami istotnymi w zapobieganiu nawrotom u pacjentów uzależnionych od alkoholu oraz refleksja nad dalszymi kierunkami poszukiwań. Podjęto również próbę znalezienia w prezentowanych wynikach implikacji praktycznych, pomocnych w prowadzeniu terapii odwykowej.

### **Rola zmiennych psychologicznych i socjodemograficznych**

Największa liczba prowadzonych badań jest związana z poszukiwaniem zmiennych, zmniejszających prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotu. W tym zakresie występuje również najwięcej kontrowersji.

#### **Zmienne psychologiczne**

Duża liczba doniesień dotyczących roli czynników psychologicznych w występowaniu nawrotów jest związana ze **stresem i radzeniem sobie**. Badania Mellibrudy i Pommersbach [15] ujawniły zależność między natężeniem stresujących wydarzeń życiowych a przerwaniem abstynencji, nie stwierdzono natomiast związku między skutecznością kontroli abstynencji a sposobami radzenia sobie ze stresem (mierzonymi za pomocą kwestionariusza WCO Folkman i Lazarusa). Z kolei badania Chodkiewicza [6] wykazały znaczenie natężenia odczuwanego stresu, rzadkiego wykorzystywania aktywnych strategii radzenia sobie oraz częstego stosowania takich strategii, jak: zaprzeczanie, powstrzymanie się od działania, zaprzestanie działań (mierzonych za pomocą Inwentarza COPE Carvera i wsp.) jako predyktorów złamania abstynencji w okresie roku od zakończenia terapii odwykowej u pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Badania zagraniczne, dotyczące łamania abstynencji przez osoby, które ukończyły terapię, wskazują, że najwyższy odsetek nawrotów występował u tych pacjentów, którzy w czasie poprzedzającym nawrót przeżyli stresujące wydarzenie życiowe i charakteryzowali się przy tym wysoką koncentracją na sobie [16]. W innych

z kolei badaniach [17] wykazano silny związek między stresem a nawrotem picia, jednak nie stwierdzono istotnej zależności między poziomem stresu w tygodniu poprzedzającym nawrót a faktem jego wystąpienia. Autorzy badania doszli do wniosku, że w tym wypadku istotną rolę może odgrywać stały wysoki poziom odczuwanego stresu i deficyty w zakresie konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Moos i wsp. [18] w badaniach nad skutecznością terapii wykazali, że utrzymywanie abstynencji trwało dłużej u tych pacjentów, którzy przeżyli mniej stresujących sytuacji i częściej stosowali aktywne strategie radzenia sobie. Badania te wykazały również, że warunki życiowe i czynniki związane z radzeniem sobie ze stresem w większym stopniu wpływają na długoterminowe wyniki leczenia niż cechy charakteryzujące pacjentów w okresie poprzedzającym leczenie. Również badania Murphy i Hoffman [19] wskazywały na istotną rolę aktywnego radzenia sobie ze stresem w utrzymaniu abstynencji w okresie roku po zakończeniu terapii. W badaniach, których celem było wyodrębnienie czynników wpływających na utrzymanie abstynencji przez alkoholików w okresie 6 miesięcy, 2 lat i 10 lat po terapii, Moos [20] wykazał istotny negatywny wpływ stosowania unikowych strategii radzenia sobie ze stresem. Okazało się, że są to te same strategie, które stosowano w trakcie rozwoju uzależnienia, toteż dalsze ich stosowanie prowadziło do powstawania nowych rodzajów uzależnień i nasilenia stresu. Również Kinney i Leaton [21] wśród czynników warunkujących skuteczną terapię wymieniali umiejętność stosowania aktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, które jednostka mogłaby wykorzystać w trudnych sytuacjach zamiast dotychczasowej „ucieczki w alkohol”.

Kolejną szeroko analizowaną grupą zmiennych są **zasoby osobiste** jednostki, a zwłaszcza poczucie własnej skuteczności i wsparcie społeczne. Według Sheridana i Radmacher [22] nawrót picia jest najbardziej prawdopodobny wówczas, gdy oczekiwanie pozytywnych skutków spożywania alkoholu, dotyczące na przykład złagodzenia przykrego stanu emocjonalnego, nałoży się na przekonanie związane z brakiem możliwości poradzenia sobie z sytuacją (np. „nie dam rady bez alkoholu”). Według behawioralno-poznawczej koncepcji nawrotów picia podjęcie abstynencji pozwala jednostce doświadczyć wzrostu subiektywnego poczucia kontroli oraz poczucia własnej skuteczności. Poczucie to utrzymuje się do momentu znalezienia się w sytuacji podwyższonego ryzyka. Jeśli jednostka poradzi sobie, prawdopodobieństwo nawrotu maleje i zwiększa się poczucie własnej skuteczności.

Z czasem wzrasta liczba sytuacji ryzyka, z którymi jednostka radzi sobie bez alkoholu, dalej więc umacnia się jej poczucie własnej skuteczności i wiara w zdolność radzenia sobie. Zatem kluczowe dla zapobieżenia nawrotom jest doskonalenie umiejętności zaradczych pacjenta oraz poczucia własnej skuteczności. Zgodnie z tą koncepcją pojedyncze „wpadki” (przerwanie abstynencji) w 90% prowadzą do pełnego nawrotu choroby (rozumianego jako całkowity powrót do poprzednich, nałogowych zachowań), dlatego że wypicie alkoholu powoduje nagły spadek poczucia własnej skuteczności (tzw. szok nawrotu), który u wielu uzależnionych i tak jest niski na skutek wcześniejszych, nieudanych prób podjęcia abstynencji [8, 10, 23]. Opisywana koncepcja jest powszechnie stosowana w terapii odwykowej, choć zarzuca się jej niedoskonałości i brak pełnej empirycznej weryfikacji [24, 25]. Wyniki badań empirycznych wskazują, że poczucie własnej skuteczności jest predyktorem utrzymania abstynencji [6, 25–27]. Poczucie to nie jest jednak trwałą i statyczną cechą osobniczą, lecz konsekwentnie się zwiększa pod wpływem leczenia. Według Riska i Watzla [28] u osób z problemem alkoholowym niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się ze zwiększonym ryzykiem przerwania abstynencji w okresie 6 miesięcy od ukończenia terapii. Według innych badań [29] poczucie własnej skuteczności pozwala lepiej przewidywać utrzymanie abstynencji przez pacjentów w okresie 6 miesięcy od zakończenia leczenia niż takie czynniki, jak: głębokość uzależnienia, ilość alkoholu wypijanego przed leczeniem czy sprawność pamięci. Również Lindenmeyer [9] uważa, że to, czy kontakt uzależnionego z alkoholem doprowadzi do rozpoczęcia picia, zależy przede wszystkim od jego własnego poczucia skuteczności, a co za tym idzie — stopnia kontroli sytuacji. Poczucie własnej skuteczności jest ściśle związane ze sposobami radzenia sobie ze stresem. Saunders i Allsop [30] sądzą, że związek ten jest na tyle ścisły, że skuteczna terapia musi obydwie umiejętności rozwijać równolegle, gdyż pojedynczo nie są one w stanie pomóc pacjentowi. Wysokie poczucie własnej skuteczności może chronić pacjenta przed działaniem ostrego czynnika stresującego, zmniejszając jego nasilenie, pozwala także inicjować posiadane umiejętności zaradcze. Niskie poczucie własnej skuteczności utrudnia efektywne wykorzystywanie posiadanych umiejętności radzenia sobie ze stresem i powoduje zwiększenie oczekiwania poniesienia porażki, co znacznie podwyższa prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotu [8, 31]. Wsparcie społeczne definiuje się jako zasoby dostarczane jednostce poprzez interakcje z innymi ludźmi [22]. Wiele badań wskazuje na pozytywny związek

między wsparciem a zdrowiem jednostki oraz radzeniem sobie ze stresem [22, 32]. W badaniach Mellibrudy i Pommersbach [15] potwierdzono wpływ wsparcia społecznego na skuteczność kontroli abstynencji. Najważniejsze było wsparcie członków najbliższej rodziny i przyjaciół. Ważne było jednak nie tylko otrzymywanie wsparcia, ale przede wszystkim udzielanie go innym alkoholikom. Analogicznie Jakubik i Kowaluk [33] wskazują, że wsparcie społeczne jest istotnie większe w grupie osób utrzymujących abstynencję.

Obok problematyki związanej ze stresem i zasobami osobistymi w literaturze przedmiotu podkreśla się rolę **zaburzeń towarzyszących** oraz **czynników emocjonalnych** w powstawaniu nawrotów choroby oraz znaczenie uzyskania wglądu we własne emocje, uznając to ostatnie za jedno z kryteriów zdrowienia w chorobie alkoholowej [34–36]. Badania Kucińskiej i Mellibrudy [37], dokonane przy użyciu Skali Klinicznych Objawów Psychopatologicznych (SCL-90), potwierdziły istnienie różnic między nasileniem takich objawów, jak: depresja, lęk, poziom wrogości, nadwrażliwość interpersonalna i fobie, występujących na początku terapii ambulatoryjnej między osobami, które ją ukończyły, a osobami, które ją przerwały. W badaniach dokonanych przy użyciu Kwestionariusza STAI Spielbergera Hauser i wsp. [38] u alkoholików stwierdzili podwyższenie stanu i cechy lęku w stosunku do grupy kontrolnej oraz stopniowe obniżanie się wysokości badanych zmiennych wraz z wydłużaniem się okresu abstynencji. W badaniach tych okazało się również, że osoby przerywające abstynencję (nawet sporadycznie) przejawiają wyższy poziom lęku niż osoby utrzymujące stabilną abstynencję. W badaniach zachodnich współwystępujące objawy psychopatologiczne, w tym związane z lękiem, uznano za jeden z czynników pozwalających przewidywać skuteczność terapii [39]. Podaje się również, że wysoki poziom lęku obniża skuteczność niektórych oddziaływań terapeutycznych w ramach terapii uzależnienia. Niestety, nie badano znaczenia wglądu w przeżywane emocje jako czynnika prognostycznego w zapobieganiu nawrotom.

Spośród pozostałych zmiennych psychologicznych warto jeszcze zwrócić uwagę na **poziom samooceny** oraz **akceptacji uzależnienia jako choroby**. Analizując wyniki badań dotyczących samooceny jako predyktora utrzymywania abstynencji, Hauser i wsp. [38] przytaczają dane dotyczące zaburzeń samooceny u pacjentów uzależnionych, polegających na zbyt idealistycznym postrzeganiu swoich możliwości. Autorki zwracają również uwagę na pojawienie się zmian samooceny w trakcie utrzymywania abstynencji, roz-

ważają więc możliwość uznania jej za jeden z predyktorów późniejszej trzeźwości. Jednak badania katanestyczne, dokonane za pomocą skali *Q-sort*, nie potwierdziły tych zależności. Zaburzenia w zakresie samooceny uznano za względnie stałą i niezmienną cechę osobowości, która nie spełnia wymogów czynnika prognostycznego. Badania Gąsiora i wsp. [40], wykonane przy użyciu Testu Przymiotnikowego ACL Gougha i Heilbruna, wykazały istnienie wielu zmian osobowościowych, które dokonały się u pacjentów w trakcie terapii na oddziale odwykowym. Wzrosło natężenie potrzeb związanych ze spełnianiem celów i dążeń oraz z kontaktami interpersonalnymi, nastąpiły zmiany w sposobach odnoszenia się do siebie i realizowania siebie. Nie przeprowadzono jednak badań dotyczących dalszych losów analizowanych pacjentów. Badania Murphy i Hoffman [19] dowiodły znaczenia wzrostu poziomu samoakceptacji jako czynnika prognostycznego w utrzymaniu abstynencji w okresie 18 miesięcy od przerwania picia. Z kolei w badaniach Heilbruna i Tarboxa [41], a także Coopera [42] rozbieżność między realnym i idealnym obrazem siebie była wyznacznikiem poprawy funkcjonowania pacjentów, ale nie miała wartości predykcyjnej. Natomiast w badaniach Chodkiewicza [43] poziom samoakceptacji (mierzony za pomocą wskaźnika podobieństwa profilu „ja realnego” i „ja idealnego” w teście ACL) okazał się predyktorem utrzymywania abstynencji w okresie roku od zakończenia terapii. Jednym z celów terapii odwykowej jest wykształcenie u pacjentów przekonania, że alkoholizm jest chorobą nieuleczalną. W badaniach Kulki i wsp. [44] wśród czynników intrapersonalnych wpływających na przerwanie abstynencji wymieniono właśnie to przekonanie — badani, którzy uważali alkoholizm za chorobę nieuleczalną, istotnie rzadziej przeżywali nawroty niż osoby wierzące w możliwość „picia kontrolowanego”. Również w przytaczanych już badaniach Chodkiewicza [6] akceptacja uzależnienia jako choroby (mierzona za pomocą Skali Akceptacji Choroby Felton i wsp.) okazała się jednym z predyktorów pozwalających przewidywać występowanie nawrotów u pacjentów ambulatoryjnych.

### **Zmienne socjodemograficzne**

W sprawozdaniach z efektów leczenia alkoholików konsekwentnie podkreślany jest fakt, że takie cechy, jak: stan cywilny, stabilizacja społeczna i zawodowa, są znaczące dla skutków leczenia. Saunders i Allsop [30] piszą: „psychologiczne konstrukty odgrywają w zapobieganiu nawrotów ważną rolę, ale należy zdać sobie sprawę, że są to dosyć płynne zmienne, pozo-

stające pod wpływem warunków codziennej egzystencji danej osoby (...). Jeśli w swoim życiu dana osoba może liczyć na oparcie w postaci dobrych stosunków interpersonalnych, dobrej pracy i kontaktów rodzinnych, udana zmiana zachowania jest bardziej prawdopodobna niż w przypadku człowieka dotkniętego złymi warunkami mieszkaniowymi, brakiem pracy i zaburzonymi kontaktami z innymi ludźmi” (s. 221). Powyższe spostrzeżenie potwierdzają wyniki przeprowadzonych badań, zgodnie z którymi status socjoekonomiczny, małżeński i związany z zatrudnieniem są uznanymi czynnikami pozwalającymi na przewidywanie wyników leczenia [39]. Przytaczane już badania Moosa [20] dotyczące czynników wpływających na utrzymanie abstynencji przez alkoholików w okresie 6 miesięcy, 2 lat i 10 lat po terapii wykazały pozytywny wpływ takich czynników, jak stabilna sytuacja rodzinna i zawodowa oraz dobre funkcjonowanie małżeńskie. Z kolei Glatt [45] udowodnił, że żonaci mężczyźni znacznie częściej kończą terapię, wymagają też mniej wsparcia terapeutycznego i leczenia w porównaniu z innymi grupami. Natomiast Edwards [46] zwrócił uwagę na zatrudnienie jako istotny czynnik pozwalający przewidywać utrzymanie abstynencji. Badania Seelye [47] wskazały na rolę statusu społeczno-zawodowego w dalszym funkcjonowaniu pacjentów uzależnionych (osoby z wyższym statusem funkcjonowały znacznie lepiej). Również Sobell i wsp. [3] ustalili, że takie zmienne, jak: wiek, wykształcenie czy status zawodowy, w istotny sposób wpływają na efekty leczenia. Badania Juczyńskiego i wsp. [4], zmierzające do określenia wyznaczników efektywności leczenia odwykowego, wykazały istotną rolę stabilizacji zawodowej i małżeńskiej. Zmienne te, obok liczby hospitalizacji odwykowych, długości przerw w picu oraz sposobu leczenia odwykowego (stacjonarne), okazały się najlepszymi wyznacznikami efektów leczenia. Z innych ważnych zmiennych powiązanych z zapobieganiem nawrotom Kulka i wsp. [44] wymieniają podtrzymywanie kontaktów z placówkami leczniczymi i grupami wsparcia po zakończeniu terapii.

### **Rola zmiennych sytuacyjnych**

Zwolennicy koncepcji przypisującej decydującą w występowaniu nawrotów rolę czynnikom sytuacyjnym uważają, że skoro badania nad predyktorami utrzymywania abstynencji nie przynoszą jednoznacznych rezultatów, należy zwrócić szczególną uwagę na wydarzenia poprzedzające nawrót [9, 10]. Jednym z najbardziej znanych ujęć dotyczących takich wydarzeń jest koncepcja autorstwa Marlatta i Gordon [7], którzy na podstawie analizy wydarzeń wiążących się

z łamaniem abstynencji przez pacjentów uzależnionych od alkoholu, heroiny i papierosów wyodrębnili 8 najczęściej wymienianych przyczyn. Były to:

- sytuacje związane z przeżywaniem nieprzyjemnych uczuć (np.: nuda, poczucia samotności, lęku, depresji);
- sytuacje konfliktowe związane z odczuwaniem złości i agresji (w pracy lub w rodzinie);
- wpływ otoczenia, namowa (koledzy proponujący napić się);
- przyjemne wydarzenia i sytuacje życiowe (sukcesy, zakochanie się);
- sytuacje towarzyskie (wizyta w lokalu, przyjęcie, uroczystości rodzinne);
- dolegliwości somatyczne (ból, problemy ze snem);
- próby „picia kontrolowanego”;
- nagle pojawiający się głód (np. w wyniku zobaczenia ulubionego trunku).

Według autorów, około 60% przypadków łamania abstynencji występuje z powodu 3 pierwszych przyczyn wymienionych powyżej, a 40% z powodu kolejnych przyczyn wymienionych powyżej [7, 9, 10, 48]. Na podstawie koncepcji Marlatta i Gordon Helen Annis i wsp. skonstruowali *Inwentory of Drug-Taking Situations* (IDTSA) oraz *Inventary of Drinking Situation* (IDS) [48–50]. Inwentarze zawierające listę różnych sytuacji służą wyodrębnieniu wydarzeń najbardziej ryzykownych dla pacjenta, aby można było się na nich skoncentrować w trakcie leczenia. Wypełniając Inwentarz, osoby badane zaznaczają, jak często w ostatnim roku piły alkohol w każdej z wyodrębnionych sytuacji. Metody te stosuje się w wielu krajach w zapobieganiu nawrotów u pacjentów, którzy przerwali abstynencję po rozpoczęciu leczenia i ponownie rozpoczynają terapię; służą również ustaleniu „profilu ryzyka” w odniesieniu do osób rozpoczynających terapię po raz pierwszy [48, 51]. Z koncepcją sytuacji ryzykownych, wyodrębnionych przez Marlatta i Gordon [7], są związane również modele powstawania nawrotów autorstwa Annis [52] i Litmana [53], które jednak nie były weryfikowane empirycznie. Analizując wyniki nielicznych badań prowadzonych w tym zakresie (wydaje się on mieć dotąd głównie znaczenie praktyczne), można zauważyć, że wysokie ryzyko nawrotu u kobiet dotyczyło sytuacji związanych z odczuwaniem nieprzyjemnych emocji, natomiast u mężczyzn — sytuacji związanych ze społeczną presją picia i również z odczuwaniem nieprzyjemnych emocji [54, 55]. Ponadto osoby samotne (zarówno mężczyźni, jak i kobiety) częściej przerywały abstynencję w przypadku występowania dolegliwości somatycznych oraz nieprzyjemnych

uczuć w porównaniu z osobami pozostającymi w stałym związku [55].

### Implikacje praktyczne oraz kierunki dalszych poszukiwań

Powyższy, z konieczności ograniczony, przegląd zarówno współczesnych, jak i dawniejszych badań oraz ujęć problematyki nawrotów wydaje się prowadzić do następujących wniosków praktycznych:

- wśród wyróżnionych w wielu badaniach czynników związanych z występowaniem nawrotów niezwykle ważna rola przypada radzeniu sobie ze stresem oraz zasobom osobistym; trening ukierunkowany na radzenie sobie ze stresem, zwiększenie poczucia własnej skuteczności oraz odbudowę sieci wsparcia społecznego powinien być, być może już od początku terapii, jej integralną częścią;
- konieczne jest rozszerzenie diagnozy psychologicznej pacjentów, co może pozwolić na identyfikację szczególnie zagrożonych wystąpieniem nawrotu — w stosunku do takich osób pomoc terapeutyczna powinna być zintensyfikowana;
- w Polsce w diagnozowaniu pacjentów uzależnionych należy uwzględnić metody ukierunkowane na wyodrębnienie sytuacji ryzykownych w ujęciu Marlatta i Gordon [7] oraz Annis [50] — zastosowanie tych metod może zwiększyć koncentrację pacjenta i terapeuty na sytuacjach stanowiących szczególne zagrożenie wystąpieniem nawrotu, a dzięki temu — znacznie podwyższyć skuteczność terapii [56]; obecnie stosowane ujęcie dotyczy zagrożenia dla osób uzależnionych oraz wskazówki dla „zdrowiejących alkoholików” w sposób raczej ujednolicony;
- od początku terapii należy uwzględniać nie tylko sam fakt uzależnienia od alkoholu, ale i indywidualne cechy psychologiczne i socjodemograficzne pacjentów, co wymaga większej indywidualizacji podejścia terapeutycznego — wymienione zmienne mogą znacznie utrudniać, a nawet uniemożliwiać skuteczną pracę nad psychologicznymi mechanizmami uzależnienia; indywidualizacja podejścia terapeutycznego jest szczególnie wskazana w odniesieniu do pacjentów, którym mimo ukończenia terapii odwykowej nie udaje się zachować abstynencji;
- w odniesieniu do niektórych pacjentów należy się zastanowić nad sensownością włączenia do terapii elementów związanych z poszukiwaniem pracy i osiągnięciem stabilizacji socjalnej — próby takie, w odniesieniu do leczenia odwykowego, są proponowane przez niektóre ujęcia terapeutyczne [9];
- wprowadzaniem zmian w programach terapeutycznych

tycznych powinna towarzyszyć stała ewaluacja osiągniętych wyników, między innymi w aspekcie występowania nawrotów.

W odniesieniu do dalszych kierunków badań nad fenomenem nawrotów wskazane wydaje się:

- podjęcie badań nad związkami między zmiennymi psychologicznymi a zmiennymi sytuacyjnymi powiązanych z ich występowaniem — badania takie, dotąd nieprzewodzone, mogłyby być próbą integracji różnych ujęć dotyczących omawianej problematyki oraz przyczynić się do poprawy skuteczności terapii;
- dalsze badania nad nawrotami powinny uwzględniać wśród indywidualnych zmiennych także czynniki temperamentalne oraz związek nawrotów

z przynależnością do typów alkoholizmu wyróżnionych między innymi przez Cloningera, Zuckera i Babora; typologie alkoholizmu i problematyka temperamentalnych czynników ryzyka uzależnień budzą obecnie ogromne zainteresowanie badaczy i wydają się bardzo obiecujące [57, 58];

- w zapobieganiu nawrotom duże nadzieje wiąże się ze stosowaniem leków nowej generacji [10, 59]; konieczne są badania nad zależnościami między skutecznością tych leków a zmiennymi indywidualnymi, charakteryzującymi pacjentów;
- wskazane jest dalsze podejmowanie prób tworzenia wielowymiarowego i interakcyjnego modelu nawrotu w chorobie alkoholowej, w którym zostanie uwzględnione bardzo szerokie spektrum zmiennych.

### Streszczenie

*W pracy dokonano przeglądu dawniejszych oraz aktualnych koncepcji i badań nad nawrotami w chorobie alkoholowej. Omówiono między innymi badania dotyczące roli stresu, radzenia sobie, zasobów osobistych, zmiennych socjodemograficznych oraz sytuacyjnych w łamaniu abstynencji przez pacjentów. Dotychczasowe poszukiwania w tej dziedzinie wydają się niewystarczające; często prowadzą do niejednoznacznych wniosków oraz nie integrują różnych ujęć omawianej problematyki. Istnieje potrzeba stworzenia interakcyjnego i wielowymiarowego modelu dotyczącego powstawania nawrotów. Wyniki badań empirycznych powinny znajdować większe niż dotychczas zastosowanie w praktyce terapeutycznej.*

**słowa kluczowe:** uzależnienie od alkoholu, koncepcje nawrotów, zapobieganie nawrotom

### PIŚMIENNICTWO

1. Allsop S., Saunders B. Nawroty i problemy związane z nadużyciem alkoholu. W: Gossop M. (red.). Nawroty w uzależnieniach. PARPA, Warszawa 1997: 15–39.
2. Chodkiewicz J. Zasoby osobiste a występowanie nawrotów u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. W: Cierpiakowska L. (red.). Oblicza współczesnych uzależnień. UAM, Poznań 2006; 175–185.
3. Sobell L., Sobell M., Ward E. Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness: recent advances. Pergamon, New York 1980.
4. Juczyński Z., Szamborska J., Jędrzejczyk A. Wyznaczniki efektywności leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Psychiatria Polska 1992; 5: 411–420.
5. Kulka Z., Świątkiewicz G., Zieliński A. Społeczne predyktory nawrotów picia alkoholu. Alkoholizm i Narkomania 1999; 34: 81–99.
6. Chodkiewicz J. Czynniki prognostyczne skutecznej terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Wiadomości Psychiatryczne 2004; 7/1: 9–15.
7. Marlatt G.A., Gordon J.R. Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. W: Davidson P., Davidson S. (red.). Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. Brunner, New York 1980; 410–457.
8. Marlatt G.A., Gordon J.R. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. Guilford Press, New York 1985: 3–67.
9. Lindenmeyer J. Alkoholabhängigkeit. Hogrefe, Göttingen 2005: 51–68.
10. Lindenmeyer J. Lieber schlau als blau. Beltz Verlag, Weinheim 2005: 156–168.
11. Woronowicz B. Nawrót <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=sloownik&op=spis&id=2108> z 11.11.2004
12. Orford J., Edwards G. Alcoholism. University Press, Oxford 1997.
13. Siffman S. Problemy pojęciowe w badaniach nad nawrotami. W: Gossop M. (red.). Nawroty w uzależnieniach. PARPA, Warszawa 1997; 125–150.
14. Miller W.R., Hester R.K. Treating addictive behaviors: process of change. Plenum, New York 1986: 175–204.
15. Mellibruda J. Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin. IPZ, Warszawa 1999: 43–50.
16. Hull J.G., Young R.D., Jouriles E. Applications of the self-awareness model of alcohol consumption: Predicting patterns of use and abuse. J. Personal. Soc. Psychology 1986; 51: 790–796.
17. Hall S.M., Havassy B.E., Wasserman D.A. Commitment to abstinence and acute stress in relapse to alcohol, opiates and nicotine. J. Cons. Clin. Psychol. 1990; 58/2: 174–181.
18. Moos R.H., Finney J.W., Cronkite R.C. Alcoholism Treatment: Context, Process, and Outcome. Oxford University Press, New York 1990.
19. Murphy S., Hoffman A. An empirical description of phases of maintenance following treatment for alcohol dependence. J. Subst. Abuse 1993; 5: 131–143.
20. Moos R. Stress and coping theory and evaluation research. Evaluation Review 1992; 16/5: 534–553.
21. Kinney J., Leaton G. Zrozumieć alkohol. PARPA, Warszawa 1996: 163–194.
22. Sheridan C.L., Radmacher S.A. Psychologia zdrowia. IPZ, Warszawa 1998: 298–310.
23. Seligman M. Co możesz zmienić, a czego nie możesz. Media Rodzina, Poznań 1994.

24. Körkel J., Lauer G. Der Rückfall des Alkoholabhängigen. W: Körkel J. (red.). Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Springer, Berlin 1992; 3–122.
25. Heather N., Stallard A. Czy w modelu Marlatta dostatecznie doceniono znaczenie umiarkowanego „głodu” w procesie nawrotu? W: Gossop M. (red.). Nawroty w uzależnieniach. PARPA, Warszawa 1997; 150–173.
26. Velicer W.F., DiClemente C.C., Rossi J.S., Prochaska, J.O. Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addict. Behav.* 1990; 15: 271–283.
27. Demmel R., Beck B., Richter D., Reker T. Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: relation to alcohol use, self-efficacy, and treatment outcome. *Eur. Addict. Res.* 2004; 10: 133–138.
28. Risk F., Watzl H. Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addict. Behav.* 1983; 4: 243–250.
29. Sandahl C., Lindberg S., Ronnenberg S. Efficacy expectations among alcohol dependent patients — a Swedish version of the situational confidence questionnaire. *Alcohol* 1990; 25/1: 67–73.
30. Saunders B., Allsop S. Nawroty — polemika. W: Gossop M. (red.). Nawroty w uzależnieniach. PARPA, Warszawa 1997; 205–226.
31. Marlatt G.A. Craving for alcohol, loss of control and relapse: a cognitive-behavioral analysis. W: Nathan P., Marlatt G., Loberg T. (red.). *Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment*. Plenum, New York 1978; 223–240.
32. Schwarzer R. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen 1992.
33. Jakubik A., Kowaluk B. Wsparcie społeczne a utrzymanie abstynencji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 1997; 1/26: 98–105.
34. Volpicelli J. Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. W: Rosenhan D., Seligman M. (red.). *Psychopatologia*. PTP, Warszawa 1994; t. 2: 51–102.
35. Mellibruda J. Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 1997; 3/28: 277–307.
36. Dodziuk A., Kapler L. *Nałogowy człowiek*. Biblioteka Świata Problemów, Warszawa 1999.
37. Kucińska M., Mellibruda J. Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia przez pacjentów uczestniczących w programie badawczym APETA. *Alkoholizm i Narkomania* 1997; 3/28: 373–389.
38. Hauser J., Szczepańska W., Głodowska A. Analiza czynników psychologicznych i psychospołecznych u pacjentów z zespołem zależności alkoholowej. *Psychiatria Polska* 1994; 6: 701–710.
39. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. VIII Raport specjalny dla Kongresu USA. PARPA, Warszawa 1995.
40. Gąsior K., Kaleta-Kupiecka M., Karliński W., Kupiecki A. Reakcja na terapię u osób z rozpoznaniem różnego typu alkoholizmu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1994; 3: 325–329.
41. Heilbrun A., Tarbox A. Cognitive structure and behavioral regulation in alcoholics: implication for treatment outcome. *Brit. J. of Add.* 1978; 13/2: 65–73.
42. Cooper S. The influence of self-concept on outcomes of intensive alcoholism treatment. *J. Stud. Alcohol* 1983; 44/6: 1087–1095.
43. Chodkiewicz J. *Predyktory efektywności terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu*. Niepublikowana praca doktorska 2002.
44. Kulka Z., Świętkiewicz G., Zieliński A. Interpersonalne i intrapersonalne predyktory nawrotów picia alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 1998; 2/3: 229–242.
45. Glatt M.M. Najczęstsze kontrowersje wokół alkoholizmu. W: Dodziuk A. (red.). *Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie*. PTP, Warszawa 1993; 63–100.
46. Edwards G. *The Treatment of Drinking Problems*. Grant McIntyre, London 1982.
47. Seelye E. Relationship of socioeconomic status, psychiatric diagnosis and sex to outcome of alcoholism treatment. *J. Stud. Alcohol* 1979; 40/1: 57–62.
48. Annis H.M., Davis C. Relapse Prevention. W: Hester R.K., Miller W.R. (red.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Pergamon Press, New York 1989; 407–421.
49. Annis H., Graham J., Davis C. *Inventory of Drinking Situations. Users Guide*. Addiction Research Foundation, Toronto 1987.
50. Annis H.M., Martin G., Graham J.M. *Inventory of Drug Taking Situations (Alcohol) IDTSA. Users guide*. Addiction Research Foundation, Toronto 1992.
51. Chiazzi E.J. *Preventing Relapse in the Addictions*. Pergamon Press, New York 1991.
52. Annis H.M. *Treatment of Alcoholic Women*. W: Edwards G., Grant M. (red.). *Alcoholism Treatment in Transition*. Croom Helm, London 1980; 128–139.
53. Litman G.K. *Alcoholism survival. The prevention of relapse*. W: Miller W.R., Hester R.K. (red.). *Treating addictive behaviors: process of change*. Plenum, New York 1986; 311–406.
54. Maludzińska E., Zakrzewska M., Rybakowski J., Ziółkowski M. Ocena sytuacji zwiększających ryzyko picia u kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu leczonych w warunkach ambulatoryjnych. *Alkoholizm i Narkomania* 1999; 2/35: 195–211.
55. Chodkiewicz J. Sytuacje wysokiego ryzyka u osób uzależnionych od alkoholu. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2006; 3/48: 9–12.
56. Körkel J., Schindler C. *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen*. Springer, Berlin 2003.
57. Cierpiałkowska L. Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień (na przykładzie alkoholizmu). W: Cierpiałkowska L. (red.). *Oblicza współczesnych uzależnień*. UAM, Poznań 2006; 17–43.
58. Hornowska E. Uzależnienia a temperament. Wokół temperamentalnego czynnika ryzyka uzależnień. W: Cierpiałkowska L. (red.). *Oblicza współczesnych uzależnień*. UAM, Poznań 2006; 43–73.
59. Kűfner H. Behandlungsfaktoren bei Alkohol und Drogenabhängigkeiten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1995; 24: 170–183.