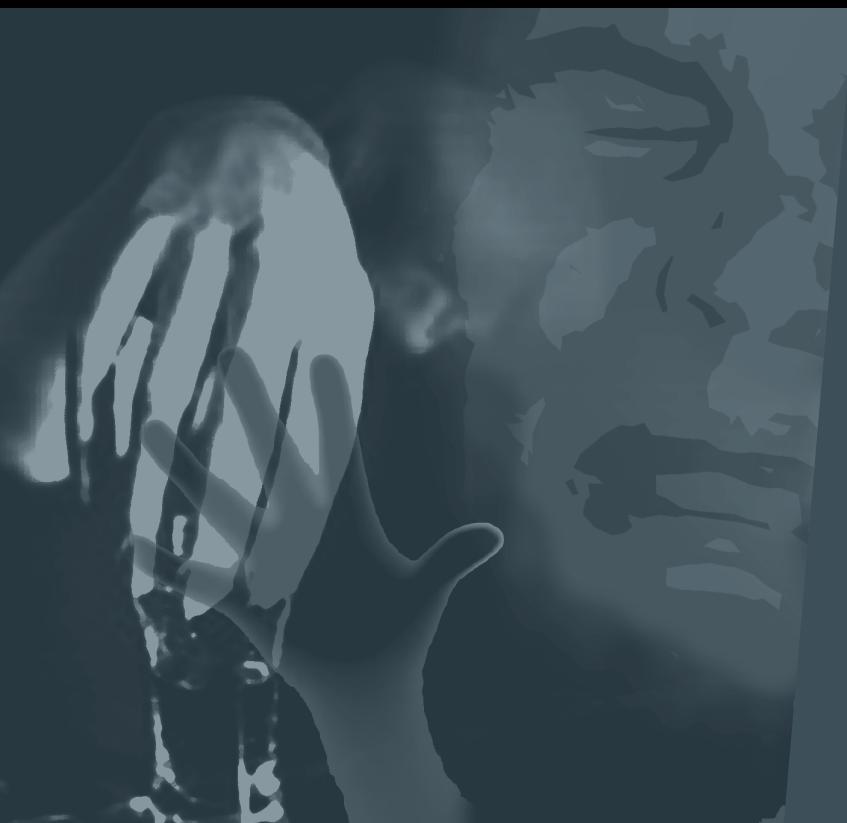


Małgorzata Dragan

Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu



Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu



Małgorzata Dragan

Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu



Recenzenci

Aleksandra Łuszczynska

Janusz Heitzman

Projekt okładki

Edwin Radzikowski

Redaktor prowadzący serii

Ewa Wyszyńska

Redaktor

Joanna Młodzińska

Redaktor techniczny

Martyna Choluś

Korektor

Elwira Wyszyńska

Skład i łamanie

Dariusz Dejnarowicz

Publikacja dofinansowana ze środków Wydziału Psychologii UW

Publikacja powstała przy wsparciu finansowym Fundacji na rzecz Nauki Polskiej

© Copyright by Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego 2008

ISSN 0509-7177

ISBN 978-83-235-2622-3 (PDF)

Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego

00-497 Warszawa, ul. Nowy Świat 4

<http://www.wuw.pl>; e-mail: wuw@uw.edu.pl

Dział Handlowy WUW: tel. (0 48 22) 55 31 333

e-mail: dz.handlowy@uw.edu.pl

Księgarnia internetowa: <http://www.wuw.pl/ksiegarnia>

Wydanie I

Prezentowane w książce badania są owocem współpracy z Panią Profesor Marią Lis-Turlejską, moim opiekunem naukowym w czasie przygotowywania rozprawy doktorskiej. Pragnęłabym złożyć Jej szczególne podziękowania. Chciałabym również gorąco podziękować wszystkim osobom biorącym udział w opisanym w książce badaniu, bez których nie mogłoby się ono odbyć. Słowa uznania za okazane zaufanie i bezcenną pomoc należą się także kierownikom i terapeutom pracującym w ośrodkach leczenia uzależnień, w których zostały przeprowadzone badania.

Małgorzata Dragan

Spis treści

Wprowadzenie	11
Część I. PTSD i uzależnienie od alkoholu: definicje, metody pomiaru i epidemiologia	15
Zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD)	15
Definicja zdarzenia traumatycznego	16
Typologia zdarzeń traumatycznych	17
Pozostałe kryteria diagnostyczne PTSD	19
Metody pomiaru zdarzeń traumatycznych i PTSD	23
Epidemiologia zdarzeń traumatycznych i PTSD	27
Badania nad rozpowszechnieniem zdarzeń traumatycznych ...	27
Badania nad rozpowszechnieniem PTSD	30
Czynniki ryzyka dla doświadczeń traumatycznych i PTSD	33
Uzależnienie od alkoholu	36
Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu	38
Metody pomiaru uzależnienia od alkoholu	42
Epidemiologia uzależnienia od alkoholu	44
Czynniki ryzyka rozwoju uzależnienia od alkoholu	45
Część II. Występowanie doświadczeń traumatycznych i PTSD u pacjentów uzależnionych: przegląd badań i implikacje praktyczne	49
Badania kliniczne nad współwystępowaniem PTSD i uzależnienia od alkoholu	50
Charakterystyka pacjentów po doświadczeniu traumy, z diagnozą PTSD i uzależnienia od alkoholu	56
Terapia pacjentów po doświadczeniu traumy, z diagnozą PTSD i uzależnienia od alkoholu	57

Część III. Kontekst teoretyczny i empiryczny badań nad rozpowszechnieniem zdarzeń traumatycznych i PTSD wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu	60
Wybrane koncepcje teoretyczne wyjaśniające rozwój PTSD	60
Koncepcja psychobiologiczna van der Kolka	61
Koncepcje poznawcze PTSD	65
Koncepcja Foa i współpracowników	65
Koncepcja Ehlers i Clarka	69
Wybrane koncepcje wyjaśniające mechanizmy powstawania uzależnienia od alkoholu	73
Neurobiologiczne podstawy efektów psychologicznych wywoływanych przez alkohol	75
Alkohol a regulacja emocjonalna	79
Integracja koncepcji dotyczących rozwoju PTSD i uzależnienia	85
Koncepcje teoretyczne wyjaśniające związek między doświadczeniami traumatycznymi, PTSD i uzależnieniem od alkoholu	86
Badania epidemiologiczne nad współwystępowaniem PTSD i uzależnienia od alkoholu	93
Związek przyczynowy i funkcjonalny między PTSD i uzależnieniem od alkoholu	95
Część IV. Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych i PTSD w grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu. Badania własne	99
Zastosowane narzędzia badawcze	101
Osoby badane	107
Charakterystyka demograficzna osób badanych	107
Charakterystyka osób badanych pod względem przebiegu uzależnienia i terapii	109
Procedura badań	112
Wyniki badań	114
Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych	114
Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych – wyniki analiz danych uzyskanych w Kwestionariuszu stresujących zdarzeń życiowych (SLESQ)	115
Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych – wyniki analiz danych uzyskanych w części 1 i 2 Skali do diagnozy stresu traumatycznego (PDS)	117

Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych – wyniki pozostałych analiz	120
Rozpowszechnienie PTSD	125
Rozpowszechnienie PTSD i poziom nasilenia objawów pourazowych	126
Występowanie PTSD a wskaźniki przemocy seksualnej i fizycznej	129
Poziom objawów pourazowych a liczba kategorii zdarzeń traumatycznych	131
Nasilenie objawów pourazowych a zdarzenia traumatyczne różnego rodzaju	132
Doświadczenia traumatyczne, PTSD a nasilenie objawów uzależnienia od alkoholu	134
Nasilenie objawów pourazowych a długość terapii uzależnienia i abstynencji	135
Występowanie PTSD a warunki badania	137
Podsumowanie i dyskusja wyników	137
Literatura	152

Wprowadzenie

Problem związku między doświadczeniami traumatycznymi a uzależnieniem od alkoholu od wielu lat znajduje się w obszarze zainteresowania badaczy i klinicystów. W ramach tej problematyki jednym z zagadnień podstawowych stała się potrzeba uzyskania wiedzy na temat skali występowania i natury doświadczeń traumatycznych oraz ich konsekwencji u osób, które mają problemy z alkoholem. Podstawowym, choć nie jedynym, celem opisanych w tej książce badań jest próba określenia rozpowszechnienia zdarzeń traumatycznych w grupie uzależnionych od alkoholu pacjentów. Kolejny cel to zbadanie rozpowszechnienia zaburzenia po stresie traumatycznym (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), będącego możliwą konsekwencją doświadczeń traumatycznych. Rozpowszechnienie jest podstawowym wskaźnikiem epidemiologicznym, który mówi o tym, jaka jest liczba występujących w określonej populacji wszystkich przypadków zaburzenia (choroby) (Bilikiewicz, 2000). Istnieje możliwość szacowania rozpowszechnienia bieżącego określającego liczbę osób w populacji, które spełniają kryteria zaburzenia w tym samym czasie. Drugi rodzaj wskaźnika to rozpowszechnienie w ciągu życia, który określa to, u jakiej liczby osób w badanej próbie wystąpiły kiedykolwiek objawy zaburzenia.

Seligman, Walker i Rosenhan (2003) podają, że próby określenia częstotliwości zaburzeń psychicznych w Stanach Zjednoczonych i Europie podejmuje się dopiero od czasu wprowadzenia

przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) do klasyfikacji DSM-III w 1980 roku zdefiniowanych operacyjnie kryteriów diagnostycznych. Badania nad rozpowszechnieniem zaburzeń mają przede wszystkim cel praktyczny, niezwykle istotny z punktu widzenia polityki zdrowotnej społeczeństw. Wiedza na temat skali występowania danych zaburzeń w populacji ogólnej, a także w grupach specyficznych, ma podstawowe znaczenie zarówno dla ich leczenia, jak i profilaktyki. Można przyjąć, że określanie skali rozpowszechnienia zaburzeń jest jednym z najważniejszych zadań badawczych w ramach psychologii klinicznej i psychiatrii.

Od ponad dwóch dekad prowadzi się także coraz więcej badań nad konsekwencjami szczególnie nasilonego stresu, określanego jako traumatyczny. Intensywne badania na ten temat wiążą się z wprowadzeniem w 1980 roku przez APA nowej osoby diagnostycznej – PTSD, który jest możliwą konsekwencją przeżycia stresora traumatycznego (traumy). W licznych badaniach wykazano, że chociaż po doświadczeniu traumy zdecydowana większość ludzi powraca do zdrowia, to zdarzenia traumatyczne stanowią ważny czynnik w etiologii zaburzeń psychicznych, również innych niż PTSD, a także źródło wielu odrębnych problemów natury psychologicznej (np. van der Kolk, McFarlane i Weisaeth, 1996).

W ciągu ostatnich dwudziestu lat prowadzi się coraz więcej badań dotyczących rozpowszechnienia zdarzeń traumatycznych i PTSD w grupach klinicznych pacjentów, którzy zgłosili się na leczenie psychiatryczne z powodu innych zaburzeń psychicznych. Badania te mają podstawowe znaczenie, ponieważ doświadczenia traumatyczne i współistniejące PTSD mogą zakłócać w znacznym stopniu proces leczenia. Występowanie doświadczeń traumatycznych i PTSD obok innych zaburzeń wiąże się zazwyczaj z gorszym ogólnym funkcjonowaniem, gorszym stanem zdrowia i większymi trudnościami w utrzymaniu się w terapii (np. Cohen i Levy, 1998; Riggs, Rukstalis, Volpicelli, Kalmanson i Foa, 2003). Tymczasem, biorąc pod uwagę fakt, iż obecnie istnieją stosunkowo skuteczne metody terapii osób po doświadczeniach traumy i z PTSD,

pacjenci z współwystępującymi problemami mogą być z powodzeniem poddawani równocześnie takiemu leczeniu (np. Foa, Keane i Friedman, 2000; Lis-Turlejska, 2002).

Biorąc pod uwagę skalę picia alkoholu, jak również częstotliwość występowania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu w populacji ogólnej, zagadnienie rozpowszechnienia zdarzeń traumatycznych i PTSD w grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu ma naprawdę duże znaczenie. Reynolds i współpracownicy (2005) podają, że w praktyce klinicznej, w diagnostyce pacjentów z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, bardzo często stwierdza się jednak brak wywiadu w kierunku doświadczeń traumatycznych i PTSD. W jednym z badań na przykład wykazano o 40% więcej przypadków PTSD u pacjentów leczących się z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji, którzy wcześniej byli diagnozowani w ramach programu leczenia nadużywania substancji (Dansky, Roitzsch, Brady i Saladin, 1997).

Można przypuszczać, że podobny problem dotyczy również leczenia odwykowego w Polsce. Jak dotychczas nie było badań nad rozpowszechnieniem PTSD wśród pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Opublikowano jedynie wyniki dwóch badań obejmujących nieduże próby pacjentów uzależnionych od alkoholu, których pytano przede wszystkim o doświadczenia traumatyczne (Bielawska-Batorowicz, 1998; Lis-Turlejska i Polak, 2002). Prowadzenie tego typu badań w Polsce wydaje się konieczne ze względu na specyfikę kulturową oraz specyfikę badanych populacji – na przykład wiele badań prowadzonych w ramach tej problematyki w Stanach Zjednoczonych dotyczyło populacji weteranów wojny w Wietnamie albo obejmowało grupy znacznie zróżnicowane pod względem etnicznym. Uogólnianie wyników badań uzyskiwanych w innych krajach może być problematyczne również ze względu na odnoszenie się w praktyce klinicznej i badawczej do innej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ICD-10, a nie DSM-IV) oraz ze względu na odmienność systemu

lecznictwa odwykowego i uzależnień w porównaniu do innych krajów. W Polsce istnieje system publicznych ośrodków świadczących usługi w zakresie leczenia uzależnień. Wiele z placówek należy do tzw. sieci objętej monitoringiem przebiegu i efektów terapii przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) i Instytut Psychologii Zdrowia (IPZ) PTP (Kucińska, 1998). PARPA i IPZ organizują również od wielu lat szkolenia zawodowe dla pracowników ośrodków leczenia uzależnień, co pozwala na ujednolicenie poziomu wykształcenia kadry i realizację tych samych programów terapeutycznych w różnych placówkach (Mellibruda, 1997).

W książce opisujemy próbę empirycznego określenia stopnia rozpowszechnienia różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych w ciągu życia oraz bieżącego rozpowszechnienia PTSD wśród pacjentów leczących się z powodu uzależnienia od alkoholu. Dokonujemy tu także analizy porównawczej pacjentów uzależnionych od alkoholu, u których stwierdzono występowanie doświadczeń traumatycznych i/lub PTSD z pacjentami bez doświadczeń traumatycznych i/lub PTSD, w zakresie różnych zmiennych dotyczących przebiegu uzależnienia i leczenia. Mamy nadzieję, że wypełni to lukę w badaniach nad rozpowszechnieniem doświadczeń traumatycznych i PTSD wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu. Może też dostarczyć nowych danych przez odniesienie podejmowanej problematyki do szerszego kontekstu funkcjonowania zdrowotnego w aspekcie psychicznym oraz przebiegu terapii uzależnienia.

Część I

PTSD i uzależnienie od alkoholu: definicje, metody pomiaru i epidemiologia

Zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD)

Zaburzenie po stresie traumatycznym¹ zostało wprowadzone do obowiązującego w Stanach Zjednoczonych systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) w 1980 roku (DSM-III) jako nowa jednostka nozologiczna. Po wprowadzeniu PTSD przez APA, również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uwzględniła w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) zespół objawów pourazowych jako reakcję na ciężki stres („zaburzenie stresowe pourazowe” – F43.1) (ICD-10, WHO, wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1998 i 2000). W obu klasyfikacjach podstawowym kryterium PTSD jest przeżycie stresującego zdarzenia. Przypisywanie szczególnej roli w etiologii PTSD stresorowi traumatycznemu sprawia, że zaburzenie to jest wśród zaburzeń psychicznych jednostką wyjątkową. Nie jest możliwe zdiagnozowanie PTSD, jeżeli jednostka nie przeżyła zdarzenia uznawanego za traumatyczne.

Definicja PTSD została oparta na koncepcji, która wyróżnia zdarzenia traumatyczne spośród innych stresujących doświadczeń życiowych, a zespół objawów pourazowych spośród innych reakcji na stres. Mimo że początkowo badania dotyczące stresu traumatycznego rozwijały się niezależnie wobec badań dotyczących stresu

¹ *Post-traumatic stress disorder*, inaczej zespół stresu pourazowego.

i radzenia sobie, obecne prace odwołują się w większości do tego paradygmatu badawczego (Lis-Turlejska, 1998). Stres doświadczany przez jednostkę w sytuacji ekstremalnej jest oczywistą przyczyną pojawiającego się w jego następstwie zaburzenia. Stanley Rachman w przedmowie do wydanej w roku 2000 publikacji na temat stresu traumatycznego pod redakcją Williama Yule'a (2000) zwraca uwagę, że mimo jasności co do przyczyn, rozwój PTSD jest zagadnieniem bardzo złożonym. Wynika to między innymi z tego, że do rozwoju PTSD przyczynia się wiele procesów psychologicznych, a jego objawy są różnorodne i nieprzewidywalne. Według autora, najlepsze zrozumienie problemu PTSD przynosi odniesienie do ogólnej koncepcji stresu i postrzeganie go w kategoriach zakłóceń w przetwarzaniu informacji i procesu powrotu do zdrowia.

Definicja zdarzenia traumatycznego

Podstawą wyodrębnienia PTSD spośród innych zaburzeń psychicznych jest przeżycie zdarzenia o charakterze urazu psychicznego (traumy) (kryterium A). W obowiązującym obecnie wydaniu DSM (DSM-IV-TR, APA, 2000) jako traumatyczne traktuje się zdarzenie związane ze śmiercią lub zagrożeniem życia bądź poważnym zranieniem, zagrożeniem fizycznej integralności własnej czy innych ludzi, podczas którego jednocześnie przeżywany jest intensywny strach, poczucie bezradności lub koszmaru (por. APA, 1994; Heitzman, 1995; Lis-Turlejska, 1998). Warto zauważyć, że w definicji tej podkreślono aspekt subiektywny – ważne jest to, w jaki sposób człowiek, który przeżył takie zdarzenie, interpretuje swoją sytuację. Dla porównania, w ICD-10, zdarzenie traumatyczne zostało zdefiniowane jako „stresujące wydarzenie lub sytuacja (oddziałujące krótko- albo długotrwale) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych”, które mogłyby „spowodować przenikliwie odczuwane cierpienie u niemal każdego”

(WHO, 1998, s. 96) lub „prawie dla każdego stanowić głęboko przejmujące nieszczęście” (WHO, 2000, s. 129). Wymieniono różne sposoby doświadczania traury. Pojęcie to obejmuje doświadczenie osobiste, bycie świadkiem, jak również inne sposoby konfrontacji (na przykład dowiedzenie się o zdarzeniu po fakcie). Główne rodzaje zdarzeń traumatycznych to udział w walkach zbrojnych (*combat trauma*), klęski żywiołowe, przemoc o charakterze przestępstwa (*criminal violence*) i katastrofy spowodowane przez człowieka (które razem z aktami przemocy określa się mianem tzw. *man-made disasters*).

Od roku 1980, kiedy to po raz pierwszy wprowadzono diagnozę PTSD w DSM, definicja zdarzenia traumatycznego w kolejnych wydaniach amerykańskiej klasyfikacji w znacznym stopniu zmieniła się (patrz: Lis-Turlejska, 1998, 2002). Od tego czasu do listy zdarzeń mogących powodować zaburzenia pourazowe dodano doświadczenie bycia świadkiem przemocy i tragiczną śmierć bliskiej osoby oraz nagłą, niespodziewaną śmierć bliskiej osoby z przyczyn naturalnych i diagnozę choroby zagrażającej życiu. Zakłada się, że w sytuacji wszystkich przytoczonych stresorów zdolności adaptacyjne człowieka mogą zostać przekroczone i dlatego też odmienne źródła stresu traumatycznego powodują podobne skutki psychologiczne (por. Yule, Williams i Joseph, 2000).

Typologia zdarzeń traumatycznych

Definicja zdarzenia traumatycznego uwzględnia różne sposoby jego doświadczania (doświadczenie osobiste, bycie świadkiem oraz inne sposoby konfrontacji). Do zdarzeń potencjalnie traumatycznych zalicza się walkę zbrojną; obozy koncentracyjne; tortury; klęski żywiołowe (powodzie, huragany, trzęsienia ziemi); przemoc o charakterze przestępstwa (przemoc fizyczną i seksualną – pobicia, napady, gwałty i wykorzystanie seksualne – zarówno w rodzinie, jak i poza nią); wypadki komunikacyjne; katastrofy związane