

Ekspozycja na doświadczenia traumatyczne wśród osób uzależnionych od alkoholu

Exposure to traumatic experiences among people addicted to alcohol

Justyna Skotnicka

Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie

Summary

Aim. The aim of this study was to analyze differences in experiencing traumatic events between people addicted to alcohol and non-addicted individuals.

Material. The study involved 240 people – 120 people were addicted to alcohol (clinical group), including 60 women and 60 men, and 120 people were not addicted to alcohol (control group), including 60 women and 60 men.

Methods. All people from the study group were asked to complete: The TAA-SR traumatic events assessment questionnaire, the structured interview checking the presence of experienced trauma and the severity of post-traumatic symptoms (PTSD) according to DSM-IV, and the personal survey.

Results. People addicted to alcohol experienced more traumas than non-addicted ones. The number of traumas of addicted women was significantly lower compared to addicted men. People addicted to alcohol reported the first experience of trauma much faster than non-addicted ones. The vast majority of people from the clinical group (addicted individuals) declared that the addiction symptoms occurred after experiencing the first trauma.

Conclusions. The present studies point to high, i.e., approx. 70%, presence of at least one traumatic event over the life of people addicted to alcohol.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, zdarzenie traumatyczne, trauma

Key words: alcohol addiction, traumatic event, trauma

Wstęp

Wielowymiarowe podejście do poszukiwania czynników sprzyjających rozwojowi uzależnień, a także prowadzenie skutecznej terapii uzależnienia od alkoholu od lat stanowią wyzwanie dla nauki. Literatura z tego zakresu dostarcza niejednoznacznych wyników. Wskazuje, że jest to zjawisko o złożonej etiologii bio-psycho-społecznej [1–3].

Coraz więcej badań dowodzi również, że doświadczenie traumatycznych zdarzeń może być istotną przyczyną rozwoju uzależnienia, a w konsekwencji – niepowodzenia w terapii [4–6]. Liczne doniesienia naukowe zwracają uwagę, że w populacji uzależnionych osób obserwuje się wiele stresujących, traumatycznych wydarzeń. Alkohol zaś pozwala tłumić emocje związane z tego rodzaju urazami (np. lęk i bezsilność, odczuwane niejednokrotnie przez ofiary) [7, 8].

Badania wskazują, że u osób, które doznały traumy, ryzyko pojawienia się problemów związanych z alkoholem jest większe [9–11]. Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych częściej niż większość innych grup deklarują doświadczenie traumy i częściej rozwijają się u nich symptomy zaburzenia pourazowego [5, 12]. Seligman i wsp. [10] stwierdzili, że rozwój zaburzeń powstałych na skutek doświadczonej traumy może warunkować zaistnienie takich zaburzeń jak np. zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Nieliczne jak dotąd badania przeprowadzone w Polsce potwierdzają wysoki współczynnik występowania traumatycznych wydarzeń w grupach osób uzależnionych od alkoholu [13–16].

Współwystępowanie tych dwu zjawisk jest istotne nie tylko z powodu swojej znacznej częstotliwości, ale też ze względu na bardziej złożone postępowanie kliniczne w odniesieniu do tych pacjentów. Związek pomiędzy doświadczeniami traumatycznymi a zaburzeniami wynikającymi z zażywania środków psychoaktywnych ma wpływ na leczenie. Takie osoby częściej są diagnozowane z powodu innych zaburzeń psychicznych, mają więcej problemów psychospołecznych i somatycznych, częściej korzystają z opieki zdrowotnej, a zarazem słabiej reagują na leczenie w porównaniu z pacjentami cierpiącymi jedynie na PTSD lub zaburzenia związane z zażywaniem środków psychoaktywnych [17, 18].

Cel

Podstawowym celem podjętych w niniejszej pracy badań była próba odpowiedzi na pytanie o występowanie różnic w doświadczeniu zdarzeń traumatycznych wśród osób uzależnionych od alkoholu (grupa kliniczna) oraz wśród osób nieuzależnionych (grupa kontrolna). Na podstawie tak sformułowanego głównego problemu wyodrębniono następujące cele szczegółowe:

1. Sprawdzenie i omówienie różnic w zakresie doświadczonych wydarzeń traumatycznych pomiędzy grupą osób uzależnionych od alkoholu a grupą osób nieuzależnionych oraz pomiędzy kobietami a mężczyznami uzależnionymi od alkoholu.
2. Analiza porównawcza pomiędzy grupą osób uzależnionych od alkoholu a grupą osób nieuzależnionych w zakresie średniego wieku, w którym dana osoba doświadczyła pierwszej traumy.
3. Sprawdzenie sekwencji czasowej dotyczącej rozwoju uzależnienia i doświadczenia pierwszego zdarzenia traumatycznego wśród osób uzależnionych od alkoholu.

Material

W badaniu wzięło udział 260 osób – 120 osób uzależnionych od alkoholu (grupa kliniczna), w tym 60 kobiet i 60 mężczyzn, oraz 140 osób nieuzależnionych od alko-

holu (grupa kontrolna). Ostatecznie do analiz w grupie kontrolnej wykorzystano 120 właściwie wypełnionych arkuszy, w tym od 60 kobiet i 60 mężczyzn. Grupa kliniczna składała się z osób ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu przebywających na Oddziale Terapii Uzależnień w Szpitalu Psychiatrycznym. Diagnoza została przeprowadzona przez lekarza psychiatrę i specjalistę terapii uzależnień. Grupę tę tworzyły osoby, które wkrótce miały przystąpić do podstawowego cyklu terapii uzależnień tzw. grupy wstępnej w wymienionym ośrodku.

W wypadku osób z grupy kontrolnej dobór miał charakter celowy. Zastosowano go wobec osób, które deklarowały brak problemów z alkoholem, dobranych z populacji ogólnej. Grupę kontrolną stanowili pracownicy Szpitala Psychiatrycznego (pracownicy biurowi, fizyczni) oraz studenci jednej z polskich uczelni wyższych.

Badania wykonywane były w sali terapeutycznej (w wypadku studentów – w sali uniwersytetu) w obecności psychologa (autorki artykułu) pełniącego również funkcję terapeuty uzależnień w wyżej wymienionym szpitalu. Liczebność grupy nie przekraczała 15 osób. Średni wiek w grupie osób uzależnionych od alkoholu wynosił 43,1 roku ($SD = 9,16$). Średni wiek w grupie kontrolnej wynosił 38,9 roku ($SD = 10,02$).

W grupie osób uzależnionych od alkoholu 11 osób (9%) miało wykształcenie podstawowe, 28 osób (23%) – zawodowe, 62 osoby (52%) – średnie, a 19 badanych (16%) – wyższe. Natomiast w grupie osób bez uzależnień 29 osób (24%) miało wykształcenie zawodowe, 47 (39%) – średnie, a 44 osoby (37%) – wyższe.

Udział w badaniu był dobrowolny. Osoby badane kwalifikujące się do udziału w badaniu zapoznano z jego celem i procedurą. Procedura badań składała się z wypełnienia testu TAA-SR, wywiadu ustrukturyzowanego sprawdzającego obecność doświadczenia traumy i nasilenie symptomów potraumatycznych oraz ankiety osobowej.

Metoda

Kwestionariusz Oceny Wydarzeń Traumatycznych (TAA-SR)

Autorami kwestionariusza są Gray, Elhai, Owen i Monroe (wstępna polska adaptacja: Chojnacka-Szawłowska, 2010). Kwestionariusz dotyczy różnych rodzajów wyjątkowo stresujących doświadczeń życiowych, na które narażony jest człowiek. Zadanie polega na podaniu, które z wymienionych wydarzeń traumatycznych dotyczy osoby badanego. Kwestionariusz służy do jakościowej analizy zdarzenia oraz (nieobligatoryjnie) oceny jego intensywności w 6-stopniowej skali.

Wywiad ustrukturyzowany sprawdzający obecność doświadczenia traumy i nasilenie symptomów potraumatycznych (PTSD) według DSM-IV

Wywiad został przygotowany na podstawie definicji PTSD przedstawionej w DSM-IV-TR [19] i służy do sprawdzenia obecności zdarzeń traumatycznych i poziomu nasilenia symptomów potraumatycznych. Należy podkreślić, że w związku z tematyką poruszaną w niniejszym artykule, mającym na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie o różnice w liczbie doświadczanych traum między osobami uzależnionymi od alko-

holu a niezależnymi, do analizy wykorzystano pytania sprawdzające obecność doświadczenia traumatycznego zdarzenia (A1. Czy kiedykolwiek doświadczyłeś, byłeś świadkiem lub zostałeś skonfrontowany ze zdarzeniem lub zdarzeniami, w których ktoś poniósł śmierć, doznał poważnych obrażeń lub istniało bezpośrednie zagrożenie życia/zdrowia albo w którym sam doznałeś obrażeń, zagrożone było Twoje życie/zdrowie?) z jednocześnie przeżywanym intensywnym strachem, poczuciem bezradności i grozy (A2. Czy Twoją reakcją na to zdarzenie charakteryzowały intensywny strach, bezradność lub przerażenie?).

Pozostałe pytania odnoszą się do tych reakcji i odczuć, które sprawdzają obecność i nasilenie objawów potraumatycznych (np. PTSD). Wobec tego, poza pytaniem o obecność traumatycznego stresora, wywiad zawiera 17 pytań należących do trzech grup kategorii symptomów (badani udzielali odpowiedzi „tak” lub „nie”) dotyczących: ponownego odtwarzania traumy (B), uporczywego unikania wszelkich bodźców przypominających traumę (C) oraz utrzymujących się objawów psychofizjologicznego pobudzenia (D).

Należy wspomnieć, że doświadczenie zdarzenia traumatycznego nie jest równoznaczne z rozwojem PTSD. Zbiór objawów PTSD traktowany jest jako wzorzec możliwych reakcji w efekcie doświadczonej traumy. Dlatego nie wszystkie objawy poszczególnych kryteriów muszą wystąpić z jednakowym nasileniem u jednostek z rozpoznaniem PTSD. W wypadku grupy objawów A muszą pojawić się co najmniej dwa objawy, w wypadku grupy B – przynajmniej jeden, grupy C – co najmniej trzy, grupy D – przynajmniej dwa [19]. Zastosowano także metryczkę zawierającą dane demograficzne oraz pytania dotyczące wieku, w jakim byli badani, gdy doszło do inicjacji alkoholowej.

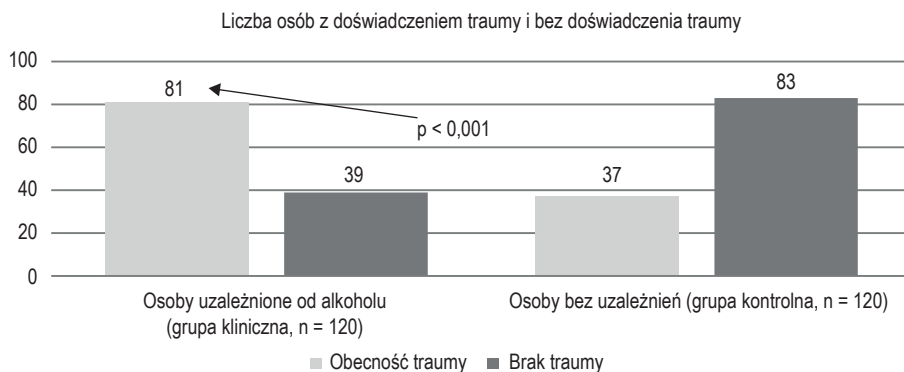
Projekt badania został zaakceptowany przez Komisję ds. Etyki Badań Naukowych. Średni czas badania to 20 minut.

Wyniki

Analiza niezależności dla dwóch zmiennych – χ^2 Pearsona wykazała, że w grupie osób uzależnionych od alkoholu jest więcej takich, które doświadczyły przynajmniej jednej traumy ($n = 81$) w porównaniu z grupą osób niezależnych od alkoholu ($n = 37$). Zależność między testowanymi zmiennymi jest istotna statystycznie. Wynik dla testu χ^2 Pearsona wynosi: $\chi^2(1, N = 240) = 32,28; p < 0,001$ (zob. wykres 1).

Osiemdziesiąt jeden badanych osób z grupy klinicznej doświadczyło przynajmniej jednego zdarzenia traumatycznego wyróżnionego w kwestionariuszu TAA-SR i wywiadu ustrukturyzowanego, co stanowiło 67,5% spośród 120 osób uzależnionych od alkoholu. W grupie kontrolnej natomiast przynajmniej jedno zdarzenie traumatyczne relacjonowało 37 osób, co stanowiło 30,83% badanej próby.

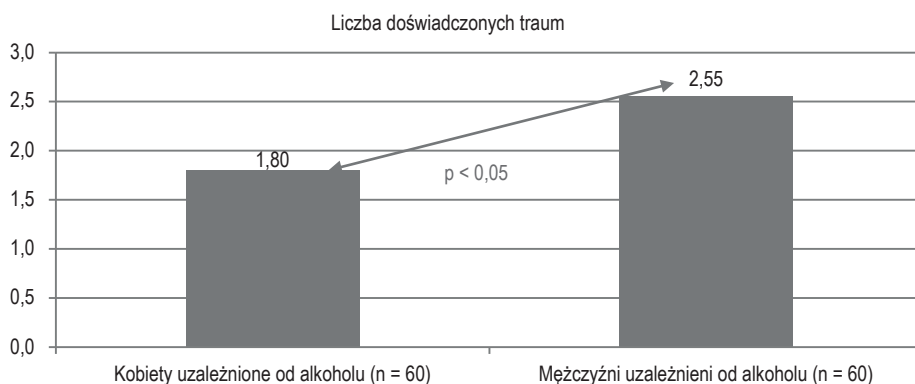
Najczęściej podawanym przez uzależnione osoby rodzajem wydarzeń traumatycznych była przemoc fizyczna w okresie dzieciństwa (22,2% osób), a także poważny wypadek zagrażający zdrowiu bądź życiu (13,6%). Dość duża liczba badanych (12,3%) padła ofiarą napaści fizycznej ze strony znanej sobie osoby, tyle samo doświadczyło nagłej utraty kogoś bliskiego.



Wykres 1. Liczba osób z doświadczeniem traumy i bez doświadczenia traumy w grupie osób uzależnionych od alkoholu (grupa kliniczna, n = 120) oraz w grupie osób nieuzależnionych (grupa kontrolna, n = 120). Analiza zależności dwóch zmiennych testem χ^2 Pearsona

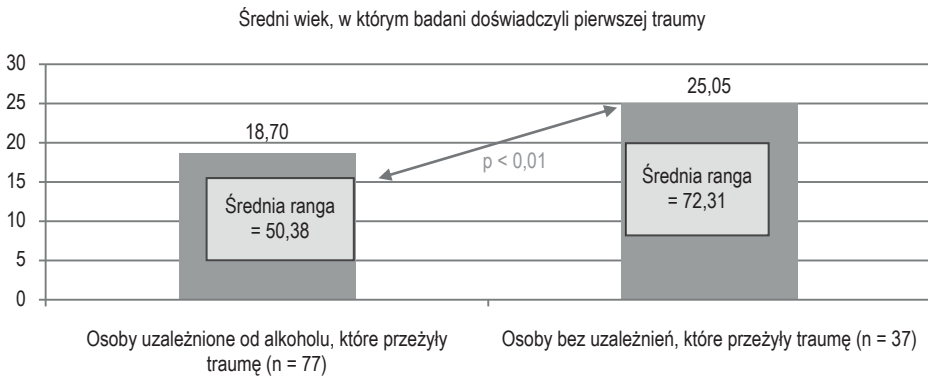
Natomiast w grupie kontrolnej najwięcej osób (21,6%) doświadczyło wypadku zagrażającego zdrowiu lub życiu, a 18,9% badanych było świadkiem innej sytuacji budzącej ogromny strach i przerażenie. Badani z grupy kontrolnej także doświadczyli napaści z użyciem siły fizycznej ze strony kogoś sobie znanego (10,8%). Równie często deklarowali przebytą poważną chorobę zagrażającą życiu bądź utratę bliskiej osoby.

Kolejną analizę podjęto w celu sprawdzenia, czy istnieją różnice w liczbie przeżytych traum wśród mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu. Analiza testem t -Studenta dla prób niezależnych wykazała, że uzależnieni mężczyźni doświadczyli średnio więcej traum ($M = 2,55$; $SD = 2,30$) niż uzależnione kobiety ($M = 1,80$; $SD = 1,73$). Różnica ta jest istotna statystycznie – wynik testu t dla prób niezależnych wynosi: $t(110) = 2,02$; $p < 0,05$ (zob. wykres 2).



Wykres 2. Średnia liczba doświadczonych traum wśród kobiet uzależnionych od alkoholu (n = 60) oraz wśród mężczyzn uzależnionych od alkoholu (n = 60). Porównanie testem t -Studenta dla prób niezależnych

W kolejnej analizie w grupie osób uzależnionych od alkoholu oraz w grupie osób nieuzależnionych porównano średni wiek, w jakim byli badani, gdy doświadczyli pierwszej traumy. Ze względu na niespełnione warunki niezbędne do zastosowania testu *t*-Studenta wykonano test nieparametryczny dla prób niezależnych – *U* Manna–Whitneya. Na podstawie analizy (przeprowadzonej za pośrednictwem kwestionariusza TAA-SR) stwierdzono, że średni wiek, w jakim badani doświadczyli pierwszej traumy, wśród osób uzależnionych od alkoholu jest niższy ($M = 18,70$ roku; $SD = 9,55$; średnia ranga = 50,38) niż wśród osób nieuzależnionych ($M = 25,05$ roku; $SD = 9,68$; średnia ranga = 72,31). Różnica ta jest istotna statystycznie – wynik testu *U* Manna–Whitneya wynosi: $U = 876,50$; $p < 0,01$ (zob. wykres 3).

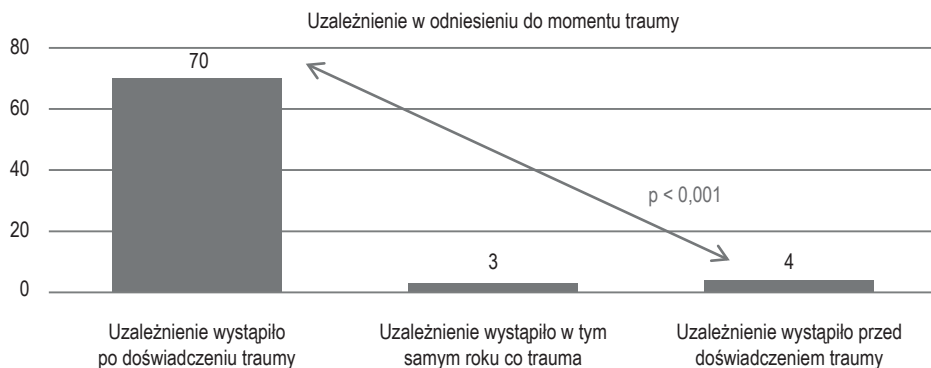


Wykres 3. Średni wiek, w którym osoby przeżyły pierwszą traumę – wśród osób uzależnionych od alkoholu, które przeżyły traumę (n = 77) oraz wśród osób nieuzależnionych od alkoholu, które przeżyły traumę (n = 37). Porównanie średnich rang testem nieparametrycznym *U* Manna–Whitneya dla prób niezależnych

Aby sprawdzić, czy uzależnienie występuje częściej po doświadczeniu traumy, czy przed nią, została wykonana analiza χ^2 dla jednej zmiennej. Analiza ta wykazała, że wśród 77 osób, które są uzależnione od alkoholu i jednocześnie doświadczyły przynajmniej jednej traumy (dane pochodzą z kwestionariusza TAA-SR), 70 osób deklaruje, że trauma wystąpiła wcześniej niż uzależnienie, 3 osoby deklarują, że uzależnienie i trauma wystąpiły w tym samym roku, a tylko 4 osoby – że doświadczyły pierwszej traumy w momencie, kiedy były już uzależnione. Rozkład tej zmiennej odbiega istotnie statystycznie od rozkładu równolicznych grup – wynik testu χ^2 Pearsona dla jednej zmiennej wynosi: $\chi^2 (2) = 114,88$; $p < 0,001$ (zob. wykres 4).

Omówienie wyników

Badania wykazały, że 81 badanych osób z grupy klinicznej doświadczyło przynajmniej jednego zdarzenia traumatycznego wyróżnionego w kwestionariuszu TAA-SR i wywiadzie ustrukturyzowanym sprawdzającym obecność doświadczenia trauma-



Wykres 4. Liczba osób, u których uzależnienie wystąpiło po wystąpieniu traumy, w tym samym momencie co trauma oraz przed doświadczeniem traumy. Porównanie testem χ^2 dla jednej zmiennej

tycznego i nasilenie symptomów potraumatycznych (PTSD), co stanowiło około 70% spośród 120 osób uzależnionych od alkoholu. W grupie kontrolnej natomiast obecność w biografii przynajmniej jednego zdarzenia traumatycznego zgłaszało 37 osób, czyli około 31% badanej próby. Zatem liczba osób, które doświadczyły przynajmniej jednej traumy, jest zdecydowanie większa w grupie osób uzależnionych od alkoholu niż w grupie osób nieuzależnionych od alkoholu.

Wyniki niniejszej pracy korespondują także z innymi polskimi badaniami dotyczącymi rozpowszechnienia wydarzeń traumatycznych wśród uzależnionych osób [13, 15, 16]. Na przykład Dragan i Lis-Turlejska [14] wykazały, że 80% pacjentów uzależnionych od alkoholu relacjonowało doświadczenie w swym życiu przynajmniej jednego zdarzenia traumatycznego.

Ogólny wskaźnik rozpowszechnienia przemocy interpersonalnej wśród osób uzależnionych wyniósł 51%, co oznacza, że co drugi pacjent uzależniony od alkoholu może mieć za sobą doświadczenie związane z przemocą fizyczną i/lub seksualną. Rezultat ten jest porównywalny z wynikami relacjonowanymi przez pacjentów uzależnionych od alkoholu [20], u których rozpowszechnienie przemocy interpersonalnej wynosiło ponad 59%.

Wyniki badań niniejszej pracy wykazały, że osoby uzależnione od alkoholu w porównaniu z osobami bez uzależnień niemal trzykrotnie częściej były ofiarami przemocy fizycznej doznanej w okresie dzieciństwa. Konsekwencje takiej traumy mogą trwać przez całe życie, szczególnie gdy wystąpiła w dzieciństwie czy wczesnej młodości, gdyż stają się wtedy „fundamentem”, na którym młody człowiek, a później dorosła osoba kształtuje swoją tożsamość oraz relacje z innymi. Zdarzenia takie pozostawiają głęboki uraz, ponieważ dana osoba ze względu na niedojrzałość emocjonalną do uporania się z silnymi emocjami potraumatycznymi wykorzystuje głównie nieświadome mechanizmy obronne. W związku z tym brak świadomej kontroli nad urazowym zdarzeniem i niskie kompetencje w zakresie radzenia sobie ze stresem mogą sprzyjać zwiększonej podatności na rozwój symptomów pourazowych (w tym także PTSD) w razie kolejnych

traumatycznych wydarzeń [21]. Konsekwencje doświadczeń traumatycznych mogą się kumulować i doprowadzić do utworzenia wtórnych trudności życiowych i zaburzeń, np. depresji czy innych zaburzeń nastroju, lęku [21–26], problemów z samoregulacją, w tym uzależnienia od alkoholu [27].

Kolejnym krokiem było sprawdzenie różnic w zakresie liczby doświadczonych traum pomiędzy uzależnionymi kobietami a uzależnionymi mężczyznami. Okazało się, że średnia liczba traum doświadczonych przez uzależnione kobiety w porównaniu z uzależnionymi mężczyznami była istotnie statystycznie mniejsza. Wyniki te korespondują z innymi badaniami dotyczącymi rozpowszechnienia zdarzeń traumatycznych w populacji ogólnej. Z wielu badań wynika, że ekspozycja na czynniki traumatyczne jest wyższa wśród mężczyzn w porównaniu z kobietami, odwrotna zaś tendencja występuje w wypadku zapadalności na PTSD, która jest wyższa wśród kobiet [28]. Kessler i wsp. [29] wykazali, że rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych wyniosło 61% dla mężczyzn i 51% dla kobiet.

Wyniki niniejszej pracy można również odnieść do polskich badań dotyczących obecności wydarzeń traumatycznych w biografiach kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych wyróżnionych w PDS okazało się wyższe wśród mężczyzn uzależnionych od alkoholu w porównaniu z uzależnionymi kobietami [15].

W analizie porównawczej między grupą osób uzależnionych od alkoholu a grupą osób nieuzależnionych od alkoholu w zakresie średniego wieku, w którym dana osoba doświadczyła pierwszej traumy, odnotowano istotną statystycznie różnicę. Porównanie obu grup wykazało, że osoby uzależnione deklarowały doświadczenie pierwszej traumy wcześniej niż osoby z grupy kontrolnej. Być może istotne znaczenie ma nie samo zdarzenie traumatyczne, ale również wiek, w jakim był badany, gdy do niego doszło, a także liczba przeżytych traum oraz rodzaj doświadczenia, związanego np. z przemocą w relacjach interpersonalnych.

Wciąż otwarte pozostaje pytanie, czy przeżycie zdarzenia traumatycznego jest czynnikiem, który skłania ofiary do sięgania po alkohol, czy jednym ze skutków jego używania. Obserwowalna w wielu przypadkach, w tym również w badaniach własnych, tendencja dotycząca większej liczby deklarowanych traum wśród osób uzależnionych od alkoholu daje przesłanki, by sądzić, że teoria „samoleczenia” jest najbardziej trafnym wyjaśnieniem przyczynowym. Chilcoat i Breslau [30] wykazali, że osoby cierpiące na PTSD nadużywają substancji psychoaktywnych cztery razy częściej niż jednostki niecierpiące na pourazowe zaburzenia. Zdają się za tym przemawiać także wyniki badań własnych, z których wynika, że objawy uzależnienia od alkoholu pojawiły się w sekwencji czasowej po doświadczonej pierwszej traumie.

Zdecydowana większość osób z grupy klinicznej (91%) deklarowała, że objawy uzależnienia pojawiły się po doświadczeniu pierwszej traumy. Dlatego można przyjąć, że dla niektórych osób spożywanie alkoholu było lub nadal jest swego rodzaju ucieczką czy sposobem radzenia sobie z przykrymi wspomnieniami o doświadczonej traumie i związanymi z nią objawami potraumatycznymi. Należy wspomnieć, że doświadczenie zdarzenia traumatycznego nie jest jednoznaczne z rozwojem PTSD. Pomimo że występowanie wydarzeń traumatycznych jest dość powszechne, to ich

zdolność wywoływania stresu pourazowego jest wypadkową wielu innych czynników. Rozmiar i charakter objawów obserwowane u ofiar zdarzeń traumatycznych zależne są od wielu czynników, często określanych mianem czynników ryzyka stresu pourazowego [28–30]. Zdarza się, że interwencja zorientowana właśnie na czynniki ryzyka może przyczynić się do zmniejszenia reakcji pourazowej.

Ograniczenia badań wiążą się z tym, że oszacowanie występowania doświadczeń traumatycznych w różnych badaniach jest zależne od samej definicji zdarzenia traumaticznego oraz od rodzaju zastosowanych przez autorów narzędzi, a zatem porównań należy dokonywać z należytą ostrożnością. Osoby uzależnione od alkoholu spełniały istotne kryterium diagnostyczne alkoholizmu, z powodu którego rozpoczęły terapię. Natomiast były przed procesem lub w trakcie procesu szczegółowej diagnostyki psychiatrycznej, której wynikami autorka artykułu nie dysponowała.

Badania dowodzą również, że wśród osób leczących się z powodu jednego zaburzenia istnieje duże prawdopodobieństwo występowania innych zaburzeń [31]. Osoby takie zazwyczaj decydują się na leczenie wówczas, gdy współwystępują u nich symptomy różnych zaburzeń. Jednakże istnienie takiej zależności można też uznać za sygnał świadczący o złożoności i istotności zjawiska, jakim jest uzależnienie od alkoholu.

Wnioski

Przeprowadzone badania wskazują na wysokie, wynoszące około 70%, występowanie przynajmniej jednego zdarzenia traumaticznego w biografii osób uzależnionych od alkoholu.

Wyniki badań mogą wpisywać się w dyskusję nad czynnikami ryzyka uzależnienia od alkoholu. Efekty przeprowadzonych analiz mogą być wskazówką do pracy terapeutycznej wśród pacjentów z podwójnym rozpoznaniem: uzależnieniem od alkoholu i objawami zaburzeń potraumatycznych. Rozpoznanie współwystępowania obu zaburzeń jest bardzo ważne dla powodzenia terapii. Występowanie różnych zaburzeń, w tym objawów potraumatycznych, u pacjentów uzależnionych niesie ze sobą większe ryzyko niepowodzenia w terapii, mniejszą jej efektywność oraz wzrost śmiertelności z powodu nieprzerwanego nadużywania alkoholu bądź nawrotu [4, 15, 17].

Piśmiennictwo

1. Woronowicz BT. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina–Warszawa: Parpamedia; 2009.
2. Cierpiałkowska L, Ziarko M. *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne; 2010.
3. Franczak K, Wilde K. *Traumatyczne i osobowościowe predyktory uzależnienia od alkoholu*. W: Widera-Wysoczańska A, Kuczyńska A red. *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*. Warszawa: Difin; 2011. S. 299–312.
4. Najavits LM. *Poszukiwanie bezpieczeństwa. Terapia PTSD i nadużywania substancji psychoaktywnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010.

5. Ouimette P, Read J, Brown PJ. *Consistency of retrospective reports of DSM-IV Criterion A traumatic stressors among substance use disorder patients*. J. Trauma. Stress 2015; 18(1): 43–51.
6. Coffey SF, Schumacher JA, Brady KT, Cotton BD. *Changes in PTSD symptomatology during acute and protracted alcohol and cocaine abstinence*. Drug Alcohol Depend. 2007; 87: 241–248.
7. Lisansky-Gomberg ES. *Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety*. W: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. *Alkohol a zdrowie. Kobiety i alkohol*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpa Media; 1997.
8. De Bellis MD. *Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders*. Psychoneuroendocrinology 2002; 27(1–2): 155–170.
9. Kolk van der BA, McFarlane AC, Weisaeth L. red. *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press; 1996.
10. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003.
11. Stewart SH. *Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review*. Psychol. Bull. 1996; 120(1): 83–112.
12. Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Baldacchino A. *Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population*. Drug Alcohol Depend. 2005; 77(3): 251–258.
13. Bielawska-Batorowicz E, Golińska L. *Przemoc związana z rodziną pochodzenia w doświadczeniach osób z problemem alkoholowym*. Przegląd Psychologiczny 1998; 41(3–4): 83–96.
14. Dragan M, Lis-Turlejska M. *Lifetime exposure to potentially traumatic events in a sample of alcohol-dependent patients in Poland*. J. Trauma Stress 2007; 20(6): 1041–1051.
15. Dragan M. *Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 2008.
16. Miturska E. *Zaburzenie stresu pourazowego wśród mężczyzn i kobiet uzależnionych od alkoholu*. W: Widera-Wysoczańska A, Kuczyńska A. red. *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*. Warszawa: Difin; 2011. S. 313–327.
17. Ouimette P, Brown PJ, Najavits LM. *Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders*. Addict. Behav. 1998; 23(6): 785–795.
18. Riggs DS, Rukstalis M, Volpicelli JR, Kalmanson D, Foa EB. *Demographic and social adjustment characteristics of patients with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Potential pitfalls to PTSD treatment*. Addict. Behav. 2003; 28(9): 1717–1730.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revised)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
20. Rice C, Mohr CD, Del Boca FK, Mattson ME, Young L, Brady K i wsp. *Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in alcoholism treatment sample*. Journal of Studies on Alcohol. 2001; 62(1): 114–123.
21. Dudek B. *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
22. Rutkowski K. *Lęk i depresja w zespole stresu pourazowego*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 971–981.
23. Borys B, Majkowicz M. *Zmiany psychiczne u ofiar pożaru hali widowiskowej Stoczni Gdańskiej obserwowane w latach 1995–1999*. Psychiatr. Pol. 2004; 38(4): 661–671.
24. Borys B, Majkowicz M. *Radzenie sobie ze stresem przez osoby, które doświadczyły urazu psychicznego*. Psychiatr. Pol. 2004; 38(4): 651–659.

25. Dąbkowska M. *Ocena wybranych funkcji poznawczych u ofiar przemocy domowej*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 837–849.
26. Lis-Turlejska M, Szumił S, Okuniewska H. *Aktualny poziom stresu potraumatycznego w próbie osób, które w dzieciństwie przeżyły II wojnę światową*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(2): 145–156.
27. Widera-Wysoczańska A, Kuczyńska A. *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*. Warszawa: Difin; 2011.
28. Breslau N. *Epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder*. W: Yehuda R red. *Psychological trauma*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1998.
29. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52(12): 1048–1060.
30. Chilcoat HD, Breslau N. *Investigations of casual pathways between PTSD and drug use disorders*. Addict. Behav. 1998; 23(6): 827–840.
31. Dragan M. *Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 2008.

Adres: Justyna Skotnicka
Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego
10-228 Olsztyn, ul. Wojska Polskiego 35
e-mail: jskotnicka@wp.pl

Otrzymano: 23.02.2017
Zrecenzowano: 26.04.2017
Otrzymano po poprawie: 10.05.2017
Przyjęto do druku: 8.06.2017