



POROVNANIE KRÁTKO- A DLHODOBO ABSTINUJÚ- CICH ALKOHOLIKOV S ALKOHOLIKMI V LIEČBE A KONTROLNÝMI OSOBAMI – II. ČASŤ

A. NOCIAR

Oddelenie pre výskum mentálneho zdravia VÚMI v Pezinku,
riaditeľ: prof. MUDr. J. Pogády, DrSc.

Výsledky II. (Osobnostné dotazníky)

Predošlá časť výsledkov ukázala, že pred sledovaním osobnostných charakteristík pacientov bola psychometricky overená miera syndrómu závislosti (ADS), i miera problémov súvisiacich s pitím (MAST). Súbežne použitá séria osobnostných dotazníkov potom umožnila vykonať exploračnú štúdiu s dvoma hlavnými cieľmi:

1. Zmapovať osobnostné premenné v čase, keď sa jednotlivец dostáva na ambulantnú alebo na ústavnú liečbu, t. j. v úvodných etapách liečby, alebo pred terapeutickým zásahom.

2. Zmapovať osobnostné faktory po terapeutickom zásahu, ktorý bol neúspešný (opakované ústavné liečby), alebo naopak – viedol k zastaveniu ďalšieho rozvoja alkoholizmu, pričom nastal, alebo sa predpokladateľne odohráva návrat k norme, t. j. pri krátko- i dlhodobej abstinencii.

Počas intenzívnej a účinnej psychoterapie nastávajú zmeny v sebaobrazu a v sebahodnotení alkoholikov; pri doliečovaní zase v ich spoločenskom prostredí, čo vyplýva zo zmien v spôsobe života, z novej sociálnej roly atď. Vzrast závislosti od alkoholu okrem fyzických následkov vedie aj k charakteristickým osobnostným, neskôr k prechodným a napokon ťažkým a ireverzibilným psychopatologickým poruchám. Zastavenie tohto vývoja a ďalšie osobnostné fungovanie však nie je dosť preskúmané. Úspech liečby zároveň znamená, že Jellinekom (1960, s. 80) uvádzané rozhodujúce pôsobenie patofyziologických činiteľov v neskorších fázach vývoja alkoholizmu, (po úvodnej fáze, kde sú významné aj psychologické faktory) sa končí a rozhodujúcu úlohu – ak nenastali nenapraviteľné organické zmeny – začínajú hrať psychologické a sociálne činitele, ktoré už boli druhotné a zúčastňovali sa skôr na udržiavaní celého problému.

Údaje z literatúry ukázali, že akceptovanie niektorých tradičných predstáv o alkoholizme (a tým aj akceptovanie obvyklého cieľa liečby – abstinencie), súvisí aj s tým, do akej miery je pacient alkoholovo závislý. Dalo sa tiež predpokladať, že akceptovanie týchto predstáv bude odlišné u pacientov liečených ambulantne, alebo ústavne. Preto bol zostavený 12-položkový tzv. Dodatok k ADS (ADD), ktorý sa podával súbežne s predbežnou verziou ADS a vyplnilo ho 416 subjektov (tab. 13).

Z uvedenej tabuľky je zrejmé, že relatívne vysoký počet ľahšie závislých neakceptuje obraz seba ako „alkoholika“, z čoho môže prameniť ich úmysel „vyskúšať si to“ a vrátiť

sa k spoločenskému pitiu. U ťažko závislých je trend opačný. Ľahšie závisní si tiež viac myslia, že by ešte dokázali pitie obmedziť; že sa po prvom pohári nerozpijú; a skoro žiaden z nich nevypil nekonzumný alkohol; zatiaľ čo u ťažko závislých je to spravidla naopak. Celkovo sa zdá, že svojím spôsobom „oficiálnu abstinentskú ideológiu“ liečby odmietajú tí, ktorí sú ľahko alebo len mierne závislí; akceptujú ju však tí, ktorí sú podstatne, či ťažko závislí od alkoholu, a to bez ohľadu na typ liečby.

Popri skríningoch a škálach, zostavených na odhad psychopatologických premenných, sa teda pri štyroch skupinách pacientov s dg. 303, u kontrolných osôb, ako aj v skupine psychiatrických pacientov s inými diagnózami, použila zostava osobnostných dotazníkov: a to Eysenckov EOD a Thorneho (1965) ILTS. Porovnávané skupiny alkoholikov sa označili ako ABSAL, alebo 2 – 10 rokov abstinujúci alkoholici (n = 60) a ALTOX, alebo aktívni alkoholici, a to: ambulantné (n = 75) a ústavné (n = 73) prvoprijímy; a napokon opakované ústavné liečby (n = 74). Celkovo teda bolo 222 aktívnych a 60 dlhodobo abstinujúcich alkoholikov. Kontrolné osoby (n = 200) pochádzali z normálnej populácie, bez psychiatrických porúch a ich charakteristiky sa významne nelíšili od dlhodobo abstinujúcich (tí však mali významne vyššiu rozvodovosť) a iba čiastočne (vyšším vekom, nižšou rozvodovosťou) sa líšili od aktívnych alkoholikov. Kontroly vyplňali ILTS podľa súčasného stavu, podobne ako aktívni i dlhodobo abstinujúci alkoholici.

To isté platilo aj pri dotazníku ADPI, zaradenom kvôli odhadu psychopatologických premenných a kontrole spôsobov odpovedania. Ambulantné prvoprijímy vyplnili pred ambulantnou skupinovou psychoterapiou ILTS a EOD-B, určený náhodne (skupina, ktorá robila retesty po približne 1 roku, vyplnila potom EOD-A).

Skupiny ABSAL a ALTOX (sčasti aj kontroly) prešli aj skríningovými škálami ADS a MAST, pričom ALTOX v nich hodnotili svoj súčasný stav a ABSAL podali odhad svojho stavu pred tzv. „nultým dňom“, t.j. dátumom odkedy začali abstinovať. Ich spätný odhad úrovne závislosti od alkoholu svedčil o tom, že (v priemere) išlo o rozhranie podstatnej a ťažkej závislosti, ktorá bola vyššia (t-testy významné na 1 % hladine pravdepodobnosti) ako v ďalších troch skupinách ALTOX. V nich sa potvrdil predpoklad vzrastajúcej závislosti podľa typu a frekvencie liečby, keď rozdiely v ADS boli medzi nimi tiež významné.

Pri rozdieli medzi spätným odhadom pri ABSAL a ALTOX v ADS je však otázne, či je tento odhad u dlhodobo abstinujúcich hodnoverným obrazom ich reálneho stavu pred „nultým dňom“, pretože išlo o dosť veľký časový odstup od problému (v priemere 4,5 roka). Preto sa v skupine krátko abstinujúcich vyskúšalo, ako bude spätný sebaodhad vyzeráť po 1 roku. Priemer v ADS (t. j. retest, lebo mali odpovedať „ako v čase, keď ešte pili, resp. pred liečbou“), bol po 1 roku vyšší ($\bar{x} = 18,8$ vs. 24,2), čo pri t-teste pre párované hodnoty bolo vysoko významné ($t = 5,218$; $p < 0,01$) a zároveň sa ich spätný odhad nelíšil od výsledku dlhodobo abstinujúcich ($t = 1,382$).

Abstinujúci alkoholici sa teda po vcelku krátkom čase odhadli ako významne závislejší, než uviedli pri prvom vyšetrení, pričom ich výsledok bol prakticky rovnaký, ako u dlhodobo abstinujúcich. Nejde tu azda o dajaké masívne vedomé klamanie na začiatku liečby, či sebaklam po liečbe (napokon kontrolné škály krátkodobo abstinujúcich sú prakticky rovnaké pred i po liečbe: Sociálna želiteľnosť – $\bar{x} = 6,1$ vs. 5,7; nie je signifikantný rozdiel). Badať skôr podiel iných komplexnejších procesov osobnostnej zmeny a celkovej zmeny spôsobu života – napr. lepšie sebaopoznanie, realistickejší pohľad na seba, ale aj opúšťanie „laickej“ a osvojovanie si skôr medicínskej koncepcie

alkoholizmu, zmena v sebaobrazie a odmietania „seba ako alkoholika“, čo môže pôsobiť aj ako výstražný mechanizmus vo vzťahu k pitiu.

V MAST sa ambulantné a ústavné prvoprijemci nelíšili. Viac s alkoholom súvisiacich problémov mali dlhodobo abstinujúci, najviac opakované ústavné liečby. Zodpovedajú tomu aj rozdiely (tab. 2a, 2b) v stručných charakteristikách: napr. najvyššie percento rozvedených v týchto dvoch skupinách. V DAST sa skupiny významne nelíšili, aj keď priemery u mužov boli vždy nižšie ako u žien, čo poukazovalo na väčší výskyt užívania liekov u žien.

Zostáva ešte otázka presnosti spätného sebaodhadu v súvislosti so psychopatológiou. Skupina ABSAL odhadla v ADPI svoj stav pred „nultým dňom“, ako aj svoj súčasný stav (porovnanie priemerov škál ADPI u ABSAL a troch skupín ALTOX je v tab. 14).

Obe skupiny priemerov škál pri ABSAL boli porovnané t-testom pre párované hodnoty (všetky t hodnoty významné pri $p < 0,01$, s výnimkou Infrekvencie). ABSAL pred „nultým dňom“ i v súčasnom stave sa porovnali so skupinami ALTOX jednoduchou analýzou rozptylu. Všetky rozdiely boli významné okrem Infrekvencie, s tým, že ALTOX mali podstatne viac subjektívne odhadnutej psychopatológie. Tri skupiny ALTOX sa však významne nelíšili, hoci pri opakovaných liečbach bol badateľný trend k vyšším výsledkom. Treba podotknúť, že histogramy škál ADPI mali približne normálne rozloženie, takže bol splnený predpoklad pre parametrickú štatistiku.

Uvedieme ešte výsledky spätných sebaodhadov pri krátkodobo abstinujúcich ($n = 29$) a v malej skupine recidivujúcich ($n = 9$) v ADPI, EOD a v ADS (tab. 15).

V EOD-B a EOD-A mali pacienti posúdiť svoj súčasný stav pred i po liečbe; v reteste s ADS a ADPI sa mali pokúsiť o spätný sebaodhad (t. j. vlastný stav pred roka). Abstinujúci sa v ADPI posúdili vcelku bez badateľného rozdielu, a hoci odhad stavu pred liečbou bol v každej škále o niečo vyšší, významný rozdiel bol len pri insomnii ($t = 3,068$; $p < 0,01$). Recidivujúci mali v každej škále retestu významne vyšší spätný odhad vlastnej psychopatológie (s výnimkou kontrolných škál).

Spätný odhad vlastnej závislosti bol v oboch prípadoch signifikantne vyšší. Z ostatných škál bol štatisticky významný iba pokles skóre neuroticizmu u krátkodobo abstinujúcich; čo je vcelku bežný výsledok, ktorý sa zhoduje s väčšinou správ o EOD u alkoholikov.

Pokiaľ ide o samotné osobnostné charakteristiky, sledované sériou ILTS: na základe sledov položkových analýz, dopĺňaných vždy odhadmi spoľahlivosti menenej škály (t. j. bez slabo korelovaných, prekrývajúcich sa položiek, dvojítých záporov), boli napokon získané kratšie, 9 – 13-položkové, oproti 20 – 30-položkovým empirickým škálam. Tým sa ILTS skrátil približne na polovicu (z 87 na 76 škál, ktorých koeficienty spoľahlivosti však boli vcelku rovnaké alebo vyššie ako v pôvodných, príliš rozsiahlych empirických škálach (tab. 3)).

Pre názornosť boli najprv zo súboru ALTOX vybratí takí pacienti, ktorých hrubé skóre (HS) v ADS podľa distribúcie daného súboru spadalo do štvrtého kvartilu ($HS > 23$), a teda svedčilo pre ťažkú závislosť ($n = 59$). Títo, ako predpokladaný extrém fyzických a mentálnych poškodení, sa porovnali s ľahko závislými ($n = 52$) a so skupinou ABSAL, kde bol predpoklad neprítomnosti takýchto porúch, alebo len ich rezíduí. Tento spôsob porovnania, používaný vtedy, keď sa hľadá dôkaz účinnosti nezávisle premennej, potvrdil predpoklady a obe skupiny sa líšili v 3 štvrtinách škál ILTS (numerické a grafické prehľady presahujú rozsah tohto príspevku a možno ich nájsť v 8. kapitole (Nociar, 1991)).

Súbežné sledovanie ďalších štyroch typov premenných v skupinách ALTOX bolo za-

A. NOCIAR/ POROVNANIE KRÁTKO- A DLHODOBO ABSTINUJÚCICH ALKOHOLIKOV S ALKOHOLIKMI V LIEČBE A KONTROLNÝMI OSOBAMI – II. ČASŤ

Tabuľka 13. Relatívne percentá súhlasných odpovedí v Dodatku k ADS (ADD) podľa kvartilov v ADS u alkoholovo závislých

Položky ADD	Kvartily				CHI ²	signif.
	Q1 (n = 108)	Q2 (n = 103)	Q3 (n = 99)	Q4 (n = 106)		
1: Myslí, že ešte by dokázal obmedziť pitie	81,5	63,1	52,5	42,5	37,11	1 %
3: Pokladá sám seba za alkoholika	44,4	78,6	84,9	90,6	71,05	1 %
6: Porušenie abstinencie znamená recidívu	72,2	84,5	87,9	85,9	10,96	2 %
7: Prvý pohár vedie ku strate kontroly	28,7	53,4	58,6	67,9	36,05	1 %
8: Vypil niekedy nekonzumný alkohol; Alpu atď.	1,9	11,7	19,2	45,3	70,45	1 %
11: Čaká sociálnu izoláciu v abstinencii	38,9	38,8	39,4	54,7	7,93	5 %
12: Abstinencia bude spoločenský handicap, znak menej-cennosti	15,7	15,5	24,2	27,4	6,92	10 %
					Nesignifikantné; uvádza sa len ako naznačený trend	

cielené jednak na tie črty, ktoré sa pripisujú alkoholickéj osobnosti (t. j. neuroticizmus a niektoré psychopatologické symptómy); jednak na predpokladanú progresívnosť porúch (typ a frekvencia liečby); a napokon na jadrovú symptomatológiu (úroveň alkoholovej závislosti).

Predpoklad odstupňovateľnosti porúch sa splnil iba čiastočne, pretože ústavné prvoprijímy mali síce viac porúch a fyzických ťažkostí ako ambulantné, no opakované ústavné liečby ich neuviedli najviac. Schopnosť škál ILTS rozlíšiť medzi tromi skupinami bola pomerne nízka: typ a frekvencia liečby ako premenná sa spomedzi ostatných súbežne sledovaných ukázala byť najslabšia (schopnosť diskriminovať medzi skupinami utvorenými na jej základe malo iba 22 % škál ILTS).

Druhou súbežne sledovanou premennou bola úroveň niektorých psychopatologických symptómov, odhadnutá na základe 106-položkového ADPI. Skupiny mali 30, 31 a 31 subjektov, ktorých prehľadávací program počítača vybral zo súboru ALTOX, ak splnili určené podmienky (mať súčasne v škálach ADPI nie vyššie, resp. nie nižšie skóre od stanovených hraníc nízkeho, resp. vysokého výsledku v škále). Rozlišovacia schopnosť na základe tejto premennej bola relatívne najvyššia (63 % škál).

Tretia súbežne sledovaná premenná, neuroticizmus, bola sledovaná Eysenckovými dotazníkmi EOD-A,B a ukázala sa v 55 % škál ILTS ako rozlišujúca dimenzia (na rozdiel od extravenzie-introverzie, ktorá bola neúčinná).

Pri poslednej zo súbežne sledovaných premenných sa škály ILTS zoskupovali podľa kvartilov, určených pre ALTOX podľa distribúcie hrubých skóre ADS. Táto premenná

A. NOCIAR/ POROVNANIE KRÁTKO- A DLHODOBO ABSTINUJÚCICH ALKOHOLIKOV S ALKOHOLIKMI V LIEČBE A KONTROLNÝMI OSOBAMI – II. ČASŤ

Tabuľka 14. Výsledky v ADPI u ABSAL (n = 60) oproti trom skupinám ALTOX (n = 222)

Škály ADPI priemery a (SD)	ABSAL		ALTOX pred liečbou		
	Pred nultým dňom	Súčasný stav	Ambulant- nou	Ústavnou	Opakovanou
Psychická anxieta	5,87 (2,79)	2,67 (2,55)	4,43 (3,08)	5,01 (2,56)	4,93 (2,84)
Somatická anxieta	6,32 (2,04)	2,35 (2,55)	3,79 (2,56)	4,22 (2,62)	4,46 (2,66)
Muskulárna tenzia	5,25 (2,35)	1,81 (2,27)	2,53 (2,29)	3,26 (2,51)	3,42 (2,56)
Insomnia	5,60 (2,49)	2,14 (2,32)	3,37 (2,59)	4,35 (2,68)	4,69 (2,75)
Labilita nálad	10,72 (3,63)	5,07 (3,66)	8,20 (3,49)	8,37 (3,02)	9,01 (4,08)
Depresia	9,82 (5,53)	2,61 (2,38)	5,19 (3,75)	5,76 (3,42)	6,61 (4,08)
Sociálna želatelnosť	4,00 (2,72)	6,98 (3,29)	5,91 (3,11)	7,33 (3,09)	6,32 (3,09)
Infrekvencia (nedbalosť)	0,37 (0,68)	0,35 (0,52)	0,24 (0,57)	0,65 (0,84)	0,51 (0,69)

mala uspokojivú diskriminačnú silu, pretože medzi skupinami (ILTS u ľahko-mierne-podstatne-ťažko závislých) dokázalo rozlíšiť 51 % škál.

Jedným z kritérií určenia alkoholckej osobnosti je odlíšenie alkoholikov od normálnej populácie. Preto sa výsledky ALTOX porovnali s výsledkami zdravých kontrolných osôb (n = 200). Ďalším kritériom malo byť odlíšenie alkoholikov od iných psychiatrických pacientov. Výber zo psychiatrickej populácie (schizofrénie, MD psychózy, toxikómie, psychopatie a neurózy; n = 75) sa preto porovnal s ALTOX a ABSAL. Predpokladalo sa, že posledne uvedení sa budú líšiť od aktívnych alkoholikov, nie však od kontrolných osôb. Ukázalo sa, že alkoholici sa v mnohých škálach ILTS signifikátne líšili od kontrolných osôb; dlhodobo abstínujúci sa relatívne často dali odlíšiť od aktívnych alkoholikov a psychiatrických pacientov a iba v malom počte škál (2,3 % boli ich výsledky významne odlišné od zdravých kontrolných osôb (inými slovami: vlastnosti predpokladateľne normálnej osobnosti sa v prevažujúcej miere vyskytovali aj u dlhodobo abstínujúcich). Na druhej strane sa aktívni alkoholici iba výnimočne signifikantne líšili od psychiatrických pacientov, t. j. nešlo o zmeny, ktoré by boli špecifické (aspoň v sledovaných osobnostných charakteristikách) práve pre alkoholizmus.

Ako už bolo spomenuté, pri hľadaní dôkazu účinnosti nezávisle premennej porovnaním jej extrémnych hodnôt (nepríítomnosť pôsobenia alkoholu u abstinentov vs. maximálne pôsobenie u ťažko závislých), sa takto vytvorené skupiny významne líšili. Úroveň závislosti však nebola jedinou súbežne sledovanou ani jedine rozhodujúcou, aj keď nepochybne účinnou premennou. Pribežné analýzy dát síce poukázali na bezvýznamný vzťah napr. alkoholovej závislosti a veku, závislosti a pohlavia, ale analýzy rozptylu škál ILTS, triedených podľa vzdelania (a čiastočne aj podľa povolania), poukázali na vplyv týchto premenných najmä pri rozdieloch medzi výsledkami skupín z ALTOX so základným, alebo vysokoškolským vzdelaním.

A. NOCIAR/ POROVNANIE KRÁTKO- A DLHODOBO ABSTINUJÚCICH ALKOHOLIKOV S ALKOHOLIKMI V LIEČBE A KONTROLNÝMI OSOBAMI – II. ČASŤ

Tabuľka 15. Test-retest u krátkodobo abstínujúcich (n = 29) a recidivujúcich (n = 9) v súbežne sledovaných mierach psychopatologických premenných, neuroticizmu a alkoholovej závislosti: priemery a (SD)

Dotazníky a škály ADPI:	Abstínujúci		Recidivujúci	
	Pred	Po	Pred	Po
Psychická $\bar{x}$	5,04	5,26	3,22	4,88
anxieta (S D)	(2,96)	(2,78)	(2,22)	(2,32)
Somatická	4,19	4,41	2,88	5,11
anxieta -//-	(2,89)	(2,65)	(1,62)	(2,38)
Muskulárna	2,85	3,37	1,88	4,66
tenzia	(2,71)	(2,24)	(1,45)	(2,74)
Insomnia	3,56	5,15	2,11	5,33
	(2,93)	(1,96)	(1,83)	(2,39)
Labilita	8,67	8,89	7,33	12,33
nálady	(4,09)	(3,96)	(2,65)	(2,60)
Depresia	6,41	7,26	4,44	9,55
	(4,65)	(4,01)	(2,35)	(3,95)
Sociálna	6,15	5,74	6,11	6,88
žateľnosť	(3,37)	(3,05)	(2,80)	(2,93)
Nedbalosť	0,11	0,07	0,01	0,11
EOD:				
Extroverzia	11,89	10,11	11,88	12,88
	(3,52)	(4,11)	(3,22)	(5,42)
Neuroticizmus	13,11	10,89	12,44	10,44
	(4,68)	(4,17)	(3,09)	(3,87)
Lži skóre	1,89	2,75	2,11	3,11
	(1,57)	(1,46)	(1,59)	(1,18)
ADS:				
	18,83	24,21	18,33	22,11
	(5,96)	(5,89)	(4,85)	(6,35)

Kvôli korektnosti porovnania ABSAL s ALTOX bolo potrebné uvedené premenné kontrolovať, udržať ich vplyv konštantný a meniť iba rozhodujúcu nezávislú premennú (t. j. prítomnosť či neprítomnosť pôsobenia alkoholu). Z 222 aktívnych alkoholikov sa vybralo 60 (označených ako ALTOX-ZR; t. j. zrovnocnení), u ktorých prehľadávací program počítača našiel rovnaké súbežne sledované charakteristiky, prípadne aspoň ich približnú zhodu (t. j. 5 zo 7 údajov). išlo o vek, stav, počet detí, vzdelanie, povolanie, úroveň závislosti (v ADS) a rozsah problémov súvisiacich s pitím (v MAST), ktoré boli podobné ako pri charakteristikách 60 osôb z ABSAL. Aj keď nebolo možné nájsť v každom prípade identickú dvojicu, skupiny boli vyrovnané na uspokojivej úrovni (tab 2a, 2b) a takto sa ďalej porovnávali.

Výsledky týchto dvoch skupín v štandardných skóre (T-skóre s priemerom 50, štandardnou odchýlkou 10, kde predbežnou normou boli výsledky súboru 200 kontrol), preukázali viaceré signifikantné rozdiely medzi ABSAL a ALTOX-ZR, najmä v dvoch najviac rozlišujúcich dotazníkoch ILTS, t. j. PHS a EXA (tab. 3).

V PHS bol profil ABSAL výrazne nižší (menej odpovedí, ktoré by svedčili pre poruchy fyzic-

A. NOCIAR/ POROVNANIE KRÁTKO- A DLHODOBO ABSTINUJÚCICH ALKOHOLIKOV S ALKOHOLIKMI V LIEČBE A KONTROLNÝMI OSOBAMI – II. ČASŤ

kého či mentálneho zdravia), ako u 60 osôb z ALTOX-ZR: rozdiely priemerov boli štatisticky významné v deviatich škálach PHS (1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

V EXA boli v škálach značiacich pozitívne prvky sebaobrazu zväčša vyššie ABSAL (významné pre škály 1, 3, 9), ktorí mali aj výrazne menej negatívnych prvkov (škály 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11), zatiaľ čo pri závislých to bolo opačne.

Pokiaľ ide o ďalšie dotazníky, rozdiely medzi 60 ABSAL a ALTOX-ZR v SEI a FES (tab. 3) boli významné u mužov v škálach 3 a 10; kým u žien v škálach 8 a 11 (teda v oboch prípadoch pri ALTOX-ZR väčšia neurotizácia spojená so sexom).

Významné rozdiely medzi skupinami boli aj v škálach PDS (2, 3, 6, 7, 9), t. j. ALTOX-ZR viac používali mechanizmus regresie a projekcie, formovanie symptómov a reakcií (vrátane úniku a premiestnenia) a boli viac introvertní.

V IDS bol významný rozdiel v škálach 2, 7, 9, 11, sledujúcich sebestačnosť (v prospech ABSAL), kým závislí sa ukázali ako významne neistejší, s pocitmi inadekvatnosti a s negatívnymi postojmi k práci.

Porovnanie oboch skupín v rôznych sociálnych rolách (SSS) preukázalo významný rozdiel v škálach 3, 5, 7; a v životných štýloch (LSA) bol rozdiel v škálach 5, 6, 8. Tieto výsledky opäť upozornili na určitý problém abstínujúcich v hraní roly vo vlastnej sociálnej vrstve, v znížení sociálneho statusu. Dlhodobá abstinencia však významne prispievala k plneniu roly pracovníka a finančne sebestačnej osoby. V odhade životných štýlov sa vcelku ukázali významné rozdiely v tom, že ABSAL charakterizoval skôr tzv. dominantno-autoritársky a vzdorovitý, kým ALTOX-ZR skôr únikový životný štýl.

Celkovo možno uvedené porovnanie zhrnúť takto: zatiaľ čo medzi ABSAL a ALTOX-ZR boli rozdiely štatisticky významné v 50 % škál ILTS (v skupine ťažko závislých, s $ADS > 23$ to bolo až 73 %), rozdiely ABSAL oproti 200 kontrolným osobám sa prejavili len v zanedbateľnom (2,3 %) počte škál ILTS. Dlhodobó abstínujúci sa teda podstatne líšili od aktívnych alkoholikov a prakticky sa nelíšili od zdravých osôb – čo je zároveň určité, aj keď len hrubé (limitované vzorkou a použitými metódami) potvrdenie predpokladu o *návrate osobnosti dlhodobo abstínujúceho alkoholika k norme*.

Uvedené výsledky boli ešte overované výberom 60-člennej, voči ABSAL podobne zrovnocnenej skupiny, z celej vzorky zdravých kontrolných osôb. Výsledky tohto porovnania boli obdobné a prakticky zanedbateľné rozdiely v sledovaných osobnostných charakteristikách ABSAL a zrovnocnenej skupiny 60 zdravých osôb, len potvrdili hodnotu dlhodobej abstinencie ako terapeutického cieľa a stabilizačného faktora.

Pokúsili sme sa tiež odlišiť profily dotazníkov PHS a EXA u ABSAL, ALTOX-ZR a u skupiny ťažko závislých (s $ADS > 23$) od 60 kontrolných osôb výpočtom Mahalanobisovej generalizovanej vzdialenosti, modifikovaným programom pre korelované testy a podškály (podľa Burgessa 1991, s. 261 – 262), s rozložením ako Chi kvadrát. ABSAL, ALTOX-ZR a ťažko závislí mali v profiloch PHS hodnoty Chi kvadrát = 1,17; 3,31; 6,30 – v EXA to bolo 0,17; 1,45; 3,61 (nesignifikantné, aj napriek trendu k odlišnosti profilov podľa úrovne závislosti).

Tieto predbežné výpočty neznamenia nič konkluzívne, pri zamýšľanej konštrukcii krátkej verzie celého ILTS z najlepších škál 8 dotazníkov však budú zopakované, spolu s ďalšími mierami osobnostných črt a alkoholizmu (AUI) – čo je však už témou ďalšieho, v súčasnosti prebiehajúceho výskumu.

Posledný okruh problémov tvorí porovnanie výsledkov v ILTS u krátko abstínujúcich a recidivujúcich pacientov. Metódou test-retest pred a po približne ročnej ambulantnej skupinovej psychoterapii sa sledovali jej účinky na fyzický a mentálny stav, pričom sa porovnali krátkodobó abstínujúci (v priemere 14,2 mesiaca) s recidivujúcimi. Kým u abstínujúcich alkoholikov dochádza k určitému zlepšeniu, u malej skupiny recidivujúcich je to opačne (tab. 15).

Pritom pri porovnaní úvodných testov, t. j. pred začatím, alebo na niektorom z úvod-

ných sedení ambulantnej skupinovej psychoterapie, bol trend opačný, ako pri retesoch po roku. Vyzeralo to, akoby z hľadiska budúcej abstinencie boli na tom „lepšie“ tí, ktorí sú na začiatku liečby v horšom fyzickom i psychickom stave. To poukazovalo na klinicky dosť často pozorovanú skutočnosť, že abstinenciu skôr možno dosiahnuť u ťažšie závislých osôb (za predpokladu, že niet ešte výraznejšej organickej deteriorácie), pretože poruchy v telesnom zdraví, rodinné, sociálne, právne a pracovné problémy ich nútia prijať abstinenciu ako životné riešenie. Na druhej strane u ľahšie závislých, kde toto všetko ešte nevystupuje v takom rozsahu, je skôr možné očakávať, že sa častejšie budú pokúšať o návrat k spoločenskému (resp. tzv. „kontrolovanému“) pitiu, pretože spravidla sa odmietajú identifikovať ako tí „praví alkoholici“. Je možné, že tu zohráva určitú úlohu práve ten mechanizmus, ktorý Anonymní alkoholici považujú za rozhodujúci pre to, aby alkoholik akceptoval vlastný alkoholizmus ako chorobu, čiže zážitok „dosiahnutia dna“ a uvedomenia si totálnej životnej prehry vo vzťahu k alkoholu.

Pretože výsledky v osobnostných dotazníkoch naznačovali rozdiel v uvedenom smere, porovnali sa obe skupiny v tom zmysle, či by sa azda z výsledkov pred liečbou nedal predikovať jej efekt. Pri porovnaní úvodných testov všetkých ambulantných pacientov, ktorí vstupovali do skupinovej psychoterapie a po jej ukončení abstinovali, s úvodnými testami tých, čo zrecidivovali (po konzultácii so skupinovými terapeutmi to bolo možné stanoviť), sa potvrdil naznačený trend výsledkov. Rozdiely v priemeroch škál ILTS však, až na výnimky, neboli štatisticky významné. To znamenalo, že iba na základe výsledku v osobnostnom dotazníku, podanom pred liečbou, sa nedalo spoľahlivo predikovať jej úspešné, či neúspešné vyústenie.

Záver

Pokiaľ ide o hypotézy, overované v dvoch častiach výskumného projektu, potvrdil sa rozdiel v úrovni závislosti medzi ústavnými a ambulantnými pacientmi, nie však medzi mužmi a ženami. Títo sa ale lišili spôsobmi pitia a prevládajúcimi psychopatologickými príznakmi. Podškály ADS pri faktorovej analýze preukázali dostatočnú homogenitu a relatívnu nezávislosť; ich psychometrické vlastnosti boli po úpravách položiek dopracované na uspokojivú úroveň pre použitie vo výskume aj v praxi.

Dlhodobo abstinuujúci sa v sledovaných osobnostných premenných podstatne lišili od aktívnych alkoholikov, pričom sa zároveň významne nelíšili od zdravých kontrolných osôb. Abstinencia sa teda osvedčuje ako účinný faktor osobnostnej zmeny – pre čo svedčia pozitívne vplyvy aj vcelku krátkodobej abstinencie. Skupiny, vytvárané na základe štyroch súbežne sledovaných premenných, bolo možné, aj keď v rôznej miere, signifikantne odlišiť. Aktívni alkoholici sa v osobnostných charakteristikách podstatnejšie nelíšili od vzorky psychiatrických pacientov, t. j. ich celkový rozdiel oproti zdravým kontrolám sa v daných metódach nepreukázal ako špecifický. Napriek rozdielom v úrovni závislosti a v niektorých osobnostných premenných budúcich abstinentov a recidivujúcich, sa z výsledkov testov pred liečbou nedalo spoľahlivo predikovať jej efekt.

Použitý súbor skríningových metód, ku ktorému boli vypracované normy a ich odhady, možno používať v klinickej praxi s tým, že novozavádzané metódy sú štandardizované na našej populácii. Toto sa týka predovšetkým ADS ako testu, ktorý sa už môže bežne používať, čím sa rozšírilo spektrum metód psychometrického skríningu v alkoholológii.

Na našej populácii sa odskúšala séria nových osobnostných dotazníkov ILTS a vypracovala sa jej prvá skrátaná verzia. Popri uvedenom výskume sa podstatne rozšírili metódy a zefektívnili programy automatizovaného testovania PSYDO, čo umožňuje on line zadávanie, vyhodnocovanie, interpretáciu, grafické znázornenie a ďalšie štatistické spracúvanie výsledkov.

Z teoretického hľadiska sú výsledky riešenia projektu určitým príspevkom k potvrdeniu validity syndrómu závislosti od alkoholu, pričom hlavná metóda, ktorá sa v časti o psychometrickom skríningu overovala (ADS) meria jeho 5 znakov. Osobnostné dotazníky, aj keď išlo len o výskumnú a empiricky zostavenú verziu, dostatočne zreteľne preukázali pozitívny vplyv krátkodobej, ako aj dlhodobej abstinencie na osobnosť alkoholika. Súbežne sledované psychologické a psychopatologické premenné dokázali vytvoriť triediace kritériá, na základe ktorých sa dali rozlišovať skupiny pacientov. To ale neznamená, že by sa výskumná verzia ILTS (na rozdiel od štandardizovaných skríningov), už dala bežne používať v praxi; podnikli sa iba potrebné kroky na jej adaptáciu, podali odhady jej psychometrických vlastností a zistilo sa, že v priemere jej škály môžu odlíšiť určité zoskupenia osôb (nie však nevyhnutne jedincov), vytvárané na báze triediacich kritérií.

Na tomto mieste chcem vyjadriť vďaka tým, ktorí buď ako riešitelia 2 čiastkových úloh, alebo v rámci kolegiálnej spolupráce prispeli k možnosti vykonať prácu na tomto výskumnom projekte; a to zvlášť MUDr. I. Novotnému a kolektívu pracovníkov bývalej PaP Bratislava, najmä MUDr. N. Stowasserovej, PaedDr. H. Živnému, PhDr. P. Šulákovi a prom. psych. J. Jakubičkovi. Osobitne som povďačný svojim spoluautorom PhDr. L. Jurášovi, CSc. a prom. psych. M. Škultétyovej, s ktorými sme vydali test ADS; a v neposlednom rade PhDr. J. Fridrichovi a RNDr. J. Krajčíkovi za poskytnutie protokolov testov a nevyhnutné adaptácie štatistických, prehľadávacích programov a podrobný zácvik do práce v jazyku MUMPS.

LITERATÚRA

- Barnes, G. E.: The alcoholic personality: a reanalysis of the literature. In: D. A. Ward (Ed.), Alcoholism: Introduction to Theory and Treatment. Kendall-Hunt Publish. Co., IOWA, Dubuque 1983, 493 s.
- Burgess, A.: Profile analysis of the Wechsler intelligence scales: A new index of subtest scatter. Brit J Clin Psychol, 30, 1991, 3, s. 257 – 263
- Cattell, R. B.: The Scientific Use of Factor Analysis in Behavioral and Life Sciences. New York, Plenum Press, 1978, s. 446 – 448
- Gottheil, E. – Thornton, C. C. – Skoloda, T. E. – Alterman, A. I.: Follow-up abstinent and nonabstinent alcoholics. Am J Psychiatry, 139, 1982, 5, s. 560 – 565.
- Jackson, D. N. – Messick, S.: Differential Personality Inventory. New York, Research Psychologists Press, Inc., Goshen, 1975, 18 s.
- Jellinek, E. M.: The Disease Concept of Alcoholism. New Haven, Hillhouse Press, 1960, 246 s.
- Juráš, L.: K problematike reziduálneho syndrómu mozgového poškodenia a osobnosti osôb závislých na alkohole v dlhodobej remisii. Psychologická analýza vo vzťahu k EEG nálezu. Kandidátska dizertačná práca. Bratislava, VÚDPaP, 1987, 175 s.
- Kollárik, T. – Poliaková, B. – Ritomský, A.: Mníchovský test alkoholizmu – MALT. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p. 1988, 42 s.
- Miššík, T.: Modifikovaný MAST a ADS v diagnostike závislosti od alkoholu – klinické štúdium. Protialkohol Obz, 22, 1987, 4, s. 203 – 209
- Miššík, T. – Stempelová, J.: Informatívna včasná diagnostika problémového pitia screeningovým testom. Protialkohol Obz, 12, 1977, 4, s. 193 – 200.

A. NOCIAR/ POROVNANIE KRÁTKO- A DLHODOBO ABSTINUJÚCICH ALKOHOLIKOV S ALKOHOLIKMI V LIEČBE A KONTROLNÝMI OSOBAMI – II. ČASŤ

- Nociar, A.*: Skúsenosti s novým skríningom závislosti od alkoholu (ADS). *Protialkohol Obz*, 21, 1986, 1, s. 1 – 12
- Nociar, A.*: Analýza skríningových dotazníkov vzhľadom na odlišnosti v alkoholizme mužov a žien. *Bratisl Lek Listy*, 91, 1990, 1, s. 44 – 51
- Nociar, A.*: Alkohol a osobnosť. Bratislava, Veda, 1991, 204 s.
- Nociar, A. – Juráš, L. – Škultétyová, M.*: Škála alkoholovej závislosti – ADS. Príručka a test. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, š. p. 1990, 51 s.
- Novotný, I.*: Vývoj a súčasný stav ambulantnej skupinovej psychoterapie alkoholizmu v bratislavskej PaP. *Protialkohol Obz*, 15, 1980, 4, s. 213 – 220
- Nunnally, J. C.*: *Psychometric Theory*. New York, McGraw-Hill, 1978, 497 s.
- Pogády, J. – Nociar, A.*: O rozlišovaní abúzu a psychodynamických činiteľov pri toxikomániách. *Protialkohol Obz*, 13, 1978, 5, s. 257 – 264
- Ross, G. E. – Gavin, D. R. – Skinner, H. A.*: Diagnostic validity of the MAST and the Alcohol Dependence Scale in the assessment of DSM-III alcohol disorders. *J Stud Alcohol*, 51, 1990, 6, s. 506 – 513
- Skinner, H. A. – Allen, B. A.*: Alcohol dependence syndrome: measurement and validation. *J Abnorm Psychol*, 91, 1982, 3, s. 199 – 209
- Skinner, H. A. – Holt, S. – Schuller, R. – Roy, J. – Israel, Y.*: Identification of alcohol abuse using laboratory tests and history of trauma. *Ann Intern Med*, 10, 1984, 5, s. 847 – 851
- Thorne, F. C.*: *The Integration Level Test Series*. Brandon, Vermont, 1965, 36 s.
- Urban, E.*: *Toxikómánie*. Praha, Avicenum, 1973, 200 s.

Do redakcie prišlo dňa: 11. 2. 1992

Adresa autora: PhDr. A. Nociar, CSc., Š. Krčmárika 10, 841 04 Bratislava
