

Nasilenie objawów depresji i lęku wśród osób uzależnionych od alkoholu i hazardu

The severity of symptoms of depression and anxiety among the addicted to alcohol and gambling

Marta Makara-Studzińska,
Aneta Pyłypczuk, Agata Madej

Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie, Polska

Streszczenie

Wstęp. Uzależnienie jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Dotyczy ona zaburzeń fizjologicznych, poznawczych oraz behawioralnych, w których przyjmowanie substancji psychoaktywnej lub wykonywanie określonej czynności dominuje nad tymi formami zachowania, mającymi dawniej dla pacjenta wartość. Cykl uzależnienia od wykonywania patologicznych czynności, podobnie jak w przypadku substancji psychoaktywnych obejmuje wzmacnianie subiektywnych, pozytywnych efektów w mózgu, co w efekcie prowadzi do przymusu ich powtarzania.

Cel pracy. Analiza nasilenia objawów depresji i lęku wśród osób uzależnionych od alkoholu i hazardu.

Metoda. W badaniu udział wzięły osoby w wieku 18-65 lat. Badanie przeprowadzono w dwóch etapach: drugi etap badania miał miejsce 9 miesięcy po pierwszym. W pierwszym etapie przebadano 101 osób, natomiast w drugim 82 osoby. Narzędzie badawcze stanowiły autorski kwestionariusz ankiety, test CAGE, test MAST, test SOGS, skala SF-36, Skala Depresji Hamiltona oraz Skala Lęku Hamiltona. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Badania własne wykazały związek między istnieniem zaburzeń depresyjnych i lękowych a uzależnieniem od alkoholu i hazardu.

Wnioski. Uzyskane rezultaty mogą posłużyć do wyznaczania kierunków terapii oraz dostosowania planów terapeutycznych do indywidualnych potrzeb pacjenta, jak również wpłynąć na zwiększenie skuteczności prowadzonego leczenia.

**European Journal
of Medical Technologies**

2015; 2(7): 20-29

Copyright © 2015 by ISASDMT
All rights reserved

www.medical-technologies.eu
Published online 13.11.2015

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Marta
Makara -Studzińska
Zakład Psychologii
Stosowanej, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie,
ul. Chodźki 15, Lublin,
tel. 81 7186592,
fax 81 7186592,
695 534 572,
e-mail: mmakara@go2.pl

Słowa kluczowe:

depresja, lęk,
hazard, alkohol

Abstract

Introduction. Addiction is a disease of the central nervous system. It involves physiological, cognitive and behavioral disorders, in which the intake of a psychoactive substance or performance of a specific action dominates these forms of behavior that previously had value for the patient. The cycle of addiction to the exercise of pathological activities, similarly as in the case of psychoactive substances, involves reinforcing subjective positive effects in the brain, which in turn leads to the compulsion to repeat them.

Aim of the study. Analysis of symptoms of depression and anxiety among people addicted to alcohol and gambling.

Method. The study involved people aged 18-65. The study was conducted in two stages: the second phase of the study took place nine months after the first. In the first step, 101 people were surveyed, while in the other – 82. The research tools were as follows: an original questionnaire, the CAGE test, the MAST test, the SOGS test, the scale of the SF-36, Hamilton Depression Scale and Hamilton Anxiety Scale. The obtained results were subject to statistical analysis.

Results. Our study showed a relationship between the existence of depression and anxiety and addiction to alcohol and gambling.

Conclusions. The results obtained can be used to determine the directions of therapy and to adapt treatment plans to the individual needs of the patient, as well as the impact of increasing the effectiveness of the performed treatment.

Key words:

depression, anxiety, gambling, alcohol

Wstęp

Uzależnienie to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub podejmowanie wybranej aktywności dominuje nad innymi zachowaniami, które wcześniej miały dla pacjenta większą wartość. Uzależnienie jest chorobą przewlekłą, która nieleczo- na postępuje. Wywiera wpływ na wszystkie obszary funkcjonowania człowieka: zdrowie fizyczne i psychiczne, życie emocjonalne, rodzinne, zawodowe, towarzyskie – nie tylko w okresie czynnego uzależ- nienia, ale również w okresie abstynencji.

Cel pracy

Celem pracy była analiza nasilenia objawów depre- sji i lęku wśród osób uzależnionych od alkoholu i hazardu.

Materiał

W badaniach przeprowadzonych od lipca 2011 roku do maja 2012 roku uczestniczyły trzy grupy: pierw- szą stanowili chorzy z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu, drugą – osoby uzależnione od hazardu pa- tologicznego, trzecią zaś osoby uzależnione od alko- holu i hazardu. Ogółem zbadano 101 osób. Do badań zaproszono osoby będące pacjentami Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu, osoby będące absolwentami tego oddziału oraz członków grup samopomocowych AH (Anonimowi Hazardzi- ści) z Lublina, Łukowa i Zamościa.

W początkowej fazie badania przeprowadzono rozmowę indywidualnie z osobą uzależnioną, którą informowano o celu badania i proszono o wyraże- nie zgody na udział w nim. Ponieważ badanie prze- prowadzone było dwuetapowo, po uzyskaniu zgody osoba uzależniona proszona była o podanie numeru telefonu.

Każdy z uczestników badania zapewniony został o poufności uzyskanych danych. Wypełnienie ankiety było dobrowolne, ankietowani mogli w każdej chwili odmówić udziału w badaniu. Osoby kwalifikowane do badania wyraziły zgodę na udział w badaniu, miały 18-65 lat, nie miały uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Przeprowadzono testy przesiewowe określające nasilenie problemów związanych z piciem alkoholu i hazardem. Z analizy wynika, że w badanych grupach występowało uzależnienie od alkoholu (powyżej 5 pkt w skali MAST). Analiza statystyczna wykazała, że nasilenie problemów było istotnie większe w grupie uzależnionych od alkoholu w porównaniu z grupą uzależnionych od alkoholu i hazardu ($p=0,03$).

W skalach SOGS i CAGE wszyscy kwalifikowani uzyskali maksymalną liczbę punktów. Analiza niewykonalna. Kolejnym etapem była diagnoza uzależnienia od alkoholu oraz hazardu na podstawie kryteriów ICD-10.

Badanie przeprowadzono w dwóch etapach. Pierwotnie zaplanowano drugi etap badania po 6 miesiącach od pierwszego, jednak ze względu na trudności w nawiązaniu ponownego kontaktu z badanymi okres ten wydłużył się do 9 miesięcy. Ostatecznie w pierwszy etap badań przebadano 101 osób, natomiast w drugim 82 osoby.

Średnia wieku ankietowanych uzależnionych od alkoholu wynosiła 44,63 roku, natomiast w grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu 39,42 roku i uzależnionych tylko od hazardu 36,63 roku. Analiza statystyczna wykazała, że w grupie uzależnionych istotnie częściej występowali mężczyźni. W grupie uzależnionych od alkoholu było 89,47% mężczyzn, zaś tylko 10,53% kobiet. W grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu 100,00% stanowili mężczyźni, zaś w grupie uzależnionych od hazardu 78,13% było mężczyzn i 21,87% kobiet. W każdej z ankietowanych grup ankietowani najczęściej byli w związku. W grupie uzależnionych od alkoholu 28,95% stanowiły osoby stanu wolnego, 15,79% rozwiedzeni i 55,26% żonaci lub mężatki. W grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu 35,48% ankietowanych było stanu wolnego, 22,58% stanowiły osoby rozwiedzione i 41,94% żonaci i mężatki. Wśród osób uzależnionych od hazardu 28,13% stanowiły osoby

wolne, 6,25% rozwiedzione i 65,63% żonaci lub mężatki. Najczęściej ankietowani mieszkali z rodziną. W grupie uzależnionych od alkoholu z rodziną mieszkało 81,58% ankietowanych, natomiast w grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu 74,19% i w grupie uzależnionych od hazardu 87,50%. W większości posiadali dzieci.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej ankietowani mieli wykształcenie podstawowe lub zawodowe i średnie. Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani uzależnieni od hazardu nieznacznie częściej mieli wykształcenie wyższe (28,13%) niż w grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu (96,45%) i alkoholu (10,53%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,14$). Ponadto z badań wynika, że najczęściej bezrobotni byli w grupie uzależnionych od alkoholu (52,63%) w porównaniu z osobami uzależnionymi od alkoholu i hazardu (41,94%) i hazardu (28,13%). Stwierdzone różnice nie były jednak istotne statystycznie ($p=0,12$).

Metoda

W celu przeprowadzenia badania w trzech grupach osób uzależnionych przygotowano trzy zestawy skal, dla każdej badanej grupy. Przygotowano również zestaw skal dla psychiatrii umożliwiający ocenę psychiatryczną osoby badanej.

Zestaw metod dla osób uzależnionych od alkoholu: autorski kwestionariusz, test MAST – do oceny nasilenia problemów związanych z piciem alkoholu, test CAGE – do oceny nasilenia problemów związanych z piciem alkoholu, skala DASS-42, skala do oceny jakości życia SF-36.

Zestaw metod dla osób uzależnionych od hazardu: autorski kwestionariusz, skala SOGS, do oceny nasilenia problemów związanych z hazardem, skala DASS-42, skala do oceny jakości życia SF-36.

Zestaw metod dla osób uzależnionych od alkoholu i hazardu: autorski kwestionariusz, test MAST – do oceny nasilenia problemów związanych z piciem alkoholu, test CAGE – do oceny nasilenia problemów związanych z piciem alkoholu, skala SOGS do oceny nasilenia problemów związanych z hazardem, skala DASS-42, skala do oceny jakości życia SF-36.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety do oceny:

- cech demograficzno-społecznych, takich jak: płeć, wiek, stan cywilny, posiadanie dzieci, wykształcenie, status zawodowy, z kim pacjent mieszka, wywiad rodzinny dotyczący chorób psychicznych i uzależnień;
- danych klinicznych, takich jak: wywiad rodzinny dotyczący chorób psychicznych i uzależnień, palenie papierosów, kontakt z substancjami psychoaktywnymi, okres abstynencji, leczenie psychiatryczne, uczestnictwo w psychoterapii uzależnień, psychozy alkoholowe.

Narzędzia badawcze

1. Test CAGE opracowany w 1984 roku przez Ewinga [1]. Składa się z czterech pytań, dwie lub więcej odpowiedzi twierdzące sugerują, że u pacjenta mogą występować problemy alkoholowe i wymaga on dalszej diagnostyki. Jest testem najpowszechniej stosowanym w praktyce klinicznej, nastawionym na wykrywanie problemów związanych z piciem.
2. Test MAST opracowany w 1971 roku przez Selzera [2] zawiera 25 pytań odnoszących się do samooceny modelu picia pacjenta oraz zwyczajów społecznych, zawodowych i rodzinnych, często związanych z nadmiernym piciem. W badaniu własnym wykorzystano modyfikację testu składającą się z 10 pytań opracowaną w 1972 roku przez Pokorny'ego (Pokorny, 1972). Jest to test przesiewowy stosowany do identyfikacji osób z problemem alkoholowym w badaniach klinicznych i epidemiologicznych. Wynik testu nie może być jedyną podstawą rozpoznania uzależnienia od alkoholu. Wynik 7 w teście MAST wskazuje na uzależnienie, 5-6 jest wynikiem granicznym, a 4 i mniej to picie niestanowiące uzależnienia.
3. The South Oaks Gambling Screen – test opracowali w 1987 roku Henry Lesieur i Sheila Blume [3]. Jest to test przesiewowy do oceny nasilenia problemów związanych z hazardem. Wynik 0 potwierdza brak problemów z hazardem, 1-4 pewne problemy z hazardem, powyżej 5 świadczy o hazardzie patologicznym.
4. Skala SF-36 – opracowana w 1993 roku przez Ware, Snow, Kosinskiego i Gandeka [4]. Stosowana do oceny jakości życia. Autorzy testu SF-36 wyróżniają osiem zagadnień: czynność fizyczną organizmu, ograniczenia związane z zaburzeniami zdrowia fizycznego, życie społeczne, zdrowie psychiczne, ograniczenia związane z zaburzeniami emocjonalnymi, witalność, ból, postrzeganie ogólnego stanu zdrowia, oraz dodatkowe pytanie: „Jak ocenia Pan/i ogólnie swój stan zdrowia w porównaniu do poprzedniego roku”.
5. Skala depresji Hamiltona opracowana w 1960 roku przez Hamiltona [5] jest to narzędzie badawcze stosowane do oceny klinicznej leków przeciwdepresyjnych i diagnostyki depresji. Obejmuje wszystkie podstawowe cechy endogennego zespołu depresyjnego i wybrane cechy depresji psychogennych. Ocena jest 3- lub 5-stopniowa. Skala występuje w 3 wersjach: pełna – 24 cechy; 21 cech i 17 cech. Do przeprowadzenia badań zastosowano skalę zawierającą 21 cech.
6. Skala lęku Hamiltona opracowana w 1969 roku przez Hamiltona [6] używana jest w praktyce klinicznej oraz badaniach klinicznych jako obiektywna miara nasilenia zaburzeń lękowych. W badaniach klinicznych wykorzystywana jest do oceny zmiany nasilenia lęku w trakcie leczenia oraz do opisu symptomatologii zaburzeń lękowych. Skala lęku nie jest skalą diagnostyczną, jej przeznaczeniem jest pomiar nasilenia zaburzeń, nie opis objawów. Skala występuje w jednej wersji. Składa się z 14 cech, z których 6 odnosi się do objawów psychicznych, 7 do somatycznych, a ostatnia cecha dotyczy zachowania się badanego w trakcie zbierania wywiadu.

Zastosowane metody statystyczne

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów

mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych za pomocą liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano za pomocą testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania związku pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację R Spearmana. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 .

Dla oceny wielkości wyjaśnionej wariancji i identyfikacji czynników wyjaśniających jakość życia w aspekcie fizycznym i psychicznym zastosowano krokową analizę regresji, przyjmując jako kryterium wyłączenia dla F $p > 0,01$. Wyniki analizy regresji przedstawiono, podając wartości skorygowanego współczynnika determinacji (R^2), który informuje o wielkości wyjaśnianej zmiennej zależnej przez zawarte w modelu zmienne niezależne oraz wartości współczynników parametrów modelu (Beta). Podano także wartości i poziomy istotności testu t testującego istotność każdego parametru równania oraz wartości i poziomy istotności testu F testującego wartości wszystkich parametrów razem. Dodatkowo podano wartość współczynnika korelacji cząstkowej informującego o wkładzie danej zmiennej niezależnej w wyjaśnienie zmienności zmiennej zależnej.

Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 9.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Analizę wyników występowania depresji w badanych grupach przedstawiono w tabelach 1-5. W I etapie badań, przeprowadzonych za pomocą skali depresji Hamiltona, wśród ankietowanych uzależnionych od alkoholu stwierdzono, że u 39,47%, ($n=15$) nie występowały objawy depresji, zaś u 18,42%, ($n=7$) stwierdzono

łagodną depresję, u 28,95%, ($n=11$) umiarkowaną i u 13,16%, ($n=5$) ciężką. Z kolei w grupie osób uzależnionych od hazardu i alkoholu u 25,81% ($n=8$) ankietowanych nie występowały objawy depresji, zaś u 19,35%, ($n=6$) stwierdzono łagodną depresję, u 19,35%, ($n=6$) umiarkowaną i u 35,49%, ($n=11$) ciężką. Natomiast wśród badanych uzależnionych od hazardu u 21,88 ($n=7$) nie występowały objawy depresji, zaś u 34,36% ($n=11$) występowały łagodne objawy u 21,88%, ($n=7$) stwierdzono umiarkowaną depresję i u 21,88%, ($n=7$) ciężką. Ponadto przeprowadzone badania wykazały, że w grupie uzależnionych od hazardu objawy depresji występowały nieznacznie częściej (78,13%) niż w grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu (74,19%) i tylko od alkoholu (60,53%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,23$) (por. tabela 1). Stwierdzono także, że w grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu czas trwania abstynencji był istotnie dłuższy w grupie bez objawów depresji niż w grupie z depresją ($p=0,003$). Również w grupie uzależnionych od hazardu stwierdzono istotne statystycznie różnice w czasie trwania abstynencji pomiędzy grupami ($p=0,03$), zaś w grupie uzależnionych od alkoholu nie stwierdzono znamienych statystycznie różnic ($p=0,68$). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Z badań przeprowadzonych skalą depresji Hamiltona w II etapie wynika, że w grupie osób uzależnionych od alkoholu objawy depresji występowały rzadziej w II etapie (42,86%) w porównaniu z objawami depresji w I etapie (62,07%). Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w występowaniu depresji pomiędzy I i II badaniem ($p > 0,05$) (por. tabela 3). Ponadto z przeprowadzonych badań wynika, że w grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu objawy depresji wg skali depresji Hamiltona występowały nieznacznie rzadziej w II etapie (22,22%) w porównaniu z badaniem w I etapie (29,63%). Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w występowaniu depresji pomiędzy I i II badaniem ($p > 0,05$) (por. tabela 4). Analiza badań wykazała, że w grupie uzależnionych od hazardu objawy depresji wg Hamiltona występowały nieznacznie rzadziej w I etapie (74,07%) w porównaniu z badaniem w II etapie (51,85%). Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w występowaniu depresji pomiędzy I i II badaniem ($p=0,08$) (por. tabela 5).

Tabela 1.

Występowanie depresji w badanych grupach

Grupa	Depresja		Ogółem
	Brak	Obecna	
	n %	n %	n %
Alkohol	15	23	38
	39,47%	60,53%	100,00%
Alkohol i hazard	8	23	31
	25,81%	74,19%	100,00%
Hazard	7	25	32
	21,88%	78,13%	100,00%
Razem	30	71	101
	29,70%	70,30%	100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=2,90$; $p=0,23$

Tabela 2.

Czas trwania abstynencji a występowanie depresji

Objawy depresji	Średnia	Odch. std.	Mediana
Alkohol			
Brak	11,93	25,22	3,00
Obecne	4,30	2,93	3,00
Analiza statystyczna: $Z=-0,42$; $p=0,68$			
Alkohol i hazard			
Brak	35,63	57,10	6,00
Obecne	2,61	2,48	2,00
Analiza statystyczna: $Z=2,96$; $p=0,003^*$			
Hazard			
Brak	26,29	32,15	24,00
Obecne	17,28	47,69	3,00
Analiza statystyczna: $Z=2,12$; $p=0,03^*$			

Tabela 3.

Występowanie depresji na podstawie skali depresji Hamiltona w I i II etapie badań w grupie osób uzależnionych od alkoholu

Objawy depresji	I etap		II etap	
	n	%	n	%
Brak	11	37,93	16	57,14
Obecne	18	62,07	12	42,86
Razem	28	100,00	28	100,00

Analiza statystyczna: $Z=1,25$; $p=0,21$

Tabela 4.

Występowanie depresji w I i II etapie badań wśród uzależnionych od alkoholu i hazardu

Objawy depresji	I etap		II etap	
	n	%	n	%
Brak	19	70,37	21	77,78
Obecne	8	29,63	6	22,22
Razem	27	100,00	27	100,00

Analiza statystyczna: $Z=-0,93$; $p=0,35$

Tabela 5.

Występowanie depresji w I i II etapie badań wśród uzależnionych od hazardu

Objawy depresji	I etap		II etap	
	n	%	n	%
Brak	7	25,93	13	48,15
Obecne	20	74,07	14	51,85
Razem	27	100,00	27	100,00

Analiza statystyczna: $Z=1,77$; $p=0,08$

Analizę wyników występowania lęku w badanych grupach przedstawiono w tabelach 6-10. W I etapie badań z wykorzystaniem skali lęku Hamiltona w grupie osób uzależnionych od alkoholu u 76,32% (n=29) nie stwierdzono objawów lęku, natomiast u 15,79% (n=6) występowały zaburzenia lękowe o nasileniu łagodnym i u 7,89% (n=3) o nasileniu umiarkowanym. Z kolei wśród badanych uzależnionych od alkoholu i hazardu u 58,06% (n=18) nie stwierdzono zaburzeń lękowych, zaś u 16,13% (n=5) stwierdzono łagodne zaburzenia i u 25,81% (n=8) umiarkowane. Natomiast w grupie uzależnionych od hazardu u 71,88% (n=23) badanych nie stwierdzono zaburzeń lękowych, natomiast u 12,50% (n=4) stwierdzono zaburzenia łagodne i u 15,63% (n=5) umiarkowane. Ponadto w wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że lęk występował nieznacznie częściej w grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu (41,94%) niż w grupie uzależnionych od alkoholu (23,68%) i hazardu, (28,13%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie, ($p=0,24$) (por. tabela 6). Analiza statystyczna wykazała także istotne różnice w czasie trwania abstinencji pomiędzy badanymi a występowaniem lęku

i bez wśród uzależnionych od hazardu i alkoholu, ($p=0,03$) natomiast nie stwierdzono istotnych różnic w grupie uzależnionych od alkoholu ($p=0,27$) i hazardu ($p=0,37$) (por. tabela 7).

Analizy przeprowadzone skalą lęku Hamiltona w II etapie badań wykazały, że w grupie uzależnionych od alkoholu objawy lęku występowały rzadziej w II etapie (10,71%) w porównaniu z badaniem w I etapie (28,57%). Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w występowaniu lęku pomiędzy I i II badaniem ($p>0,05$) (por. tabela 8). Badania wykazały, że w grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu objawy lęku wg Hamiltona występowały częściej w II etapie (44,44%) w porównaniu z badaniem przed terapią (55,56%). Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w występowaniu lęku pomiędzy I i II badaniem ($p>0,05$) (por. tabela 9). W grupie uzależnionych od hazardu objawy lęku wg Hamiltona występowały częściej w II etapie (44,44%) w porównaniu z objawami w I etapie badania (25,93%). Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w występowaniu lęku pomiędzy I i II badaniem ($p>0,05$) (por. tabela 10).

Tabela 6.

Występowanie lęku w badanych grupach

Grupa	Lęk		Ogółem
	Brak	Obecna	
	n %	n %	n %
Alkohol	29	9	38
	76,32%	23,68%	100,00%
Alkohol i hazard	18	13	31
	58,06%	41,94%	100,00%
Hazard	23	9	32
	71,88%	28,13%	100,00%
Razem	70	31	101
	69,31%	30,69%	100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=2,82$; $p=0,24$

Tabela 7.

Czas trwania abstynencji a występowanie lęku

Objawy lęku	Średnia	Odch. std.	Mediana
Alkohol			
Brak	8,66	18,30	3,00
Obecne	3,00	1,73	3,00
Analiza statystyczna: $Z=1,08$; $p=0,27$			
Alkohol i hazard			
Brak	17,67	40,25	4,00
Obecne	2,08	1,93	1,00
Analiza statystyczna: $Z=2,16$; $p=0,03^*$			
Hazard			
Brak	15,00	21,44	8,00
Obecne	30,11	78,78	4,00
Analiza statystyczna: $Z=0,90$; $p=0,37$			

Tabela 8.

Ocena występowania lęku wg skali lęku Hamiltona w I i II etapie badań wśród uzależnionych od alkoholu

Objawy lęku	I etap		II etap	
	n	%	n	%
Brak	20	71,43	25	89,29
Obecne	8	28,57	3	10,71
Razem	28	100,00	28	100,00

Analiza statystyczna: $Z=1,33$; $p=0,18$

Tabela 9.

Ocena występowania objawów lęku w I i II etapie badań w grupie osób uzależnionych od alkoholu i hazardu

Objawy lęku	I etap		II etap	
	n	%	n	%
Brak	16	59,26	15	55,56
Obecne	11	40,74	12	44,44
Razem	27	100,00	27	100,00
Analiza statystyczna: $Z=0,05$; $p=0,96$				

Tabela 10.

Ocena występowania objawów lęku, na podstawie skali lęku Hamiltona w I i II etapie badań wśród uzależnionych od hazardu

Objawy lęku	I etap		II etap	
	n	%	n	%
Brak	20	74,07	15	55,56
Obecne	7	25,93	12	44,44
Razem	27	100,00	27	100,00
Analiza statystyczna: $Z=1,21$; $p=0,23$				

Dyskusja

Trwa wciąż dyskusja dotycząca współwystępowania uzależnień i zaburzeń psychicznych. Istnieje bardzo wysoka korelacja między uzależnieniami a występowaniem innych zaburzeń psychicznych. Przedmiotem dyskusji jest problem dotyczący tego, co było pierwsze: zaburzenie psychiczne, które w konsekwencji doprowadziło do rozwoju uzależnienia, czy też uzależnienie zaburzające czynności psychiczne. Dotychczas kilka prac dokumentowało współwystępowanie zaburzeń psychicznych i uzależnień [7,8,9,10,11]. Zjawisko krzyżowego uzależnienia sugeruje również, że istnieją pewne wspólne czynniki etiologiczne, które przyczyniają się do rozwoju więcej niż jednego uzależnienia. Co więcej, współwystępujące zaburzenia psychiczne mogą przyczyniać się do utrzymywania się problemów związanych z uzależnieniami [12].

Badaczy interesuje nie tylko współwystępowanie zaburzeń psychicznych z uzależnieniami, ale również rodzaj tych zaburzeń. Kilka prac [7,8,9,10, 11,13] dokumentowało wysokie wskaźniki współwystępowania zaburzeń psychicznych z uzależnieniem, jednak

wyniki te nie są spójne. Badania te dotyczyły głównie hazardzistów i wykazały, że u 3-58% obecne są zaburzenia osobowości, zaburzenia afektywne oraz zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Stwierdzono również [13], że 1-39% badanych hazardzistów wykazuje zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnej. Porównania między pracami są trudne, jednak wydaje się, że średnio 30-35% hazardzistów szukających pomocy doświadcza co najmniej jednego innego zaburzenia. Z badań wynika, że tylko 8% hazardzistów szuka pomocy [13], i są to osoby doświadczające ekstremalnego stresu, trudności interpersonalnych, depresji – czynników, które w istotny sposób wpływają na jakość życia [8,9]. Badanie przeglądowe w Edmonton w Kanadzie obejmujące 7214 dorosłych osób wykazało, że u patologicznych hazardzistów 2,3 raza częściej występowały zaburzenia nastroju i 2,9 raza częściej zaburzenia lękowe. W badaniu tym występowanie dużej depresji nie różniło się między grupą patologicznych hazardzistów a pozostałą częścią grupy badanej. Podobnie przeglądowe badanie przeprowadzone w Omaha w Nebrasce z zastosowaniem krótkiej skali depresji nie wykazało żadnych korelacji między objawami depresyjnymi

a patologicznym hazardem [12]. Diagnozowanie osób uzależnionych pod kątem zaburzeń depresyjnych i lękowych wymaga wieloosiowej oceny pacjenta.

Badania własne wykazały, że w I etapie w grupie osób uzależnionych od alkoholu objawy depresji na podstawie wyników skali depresji Hamiltona nie występowały u 39,47% osób. W grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu depresja nie występowała u 25,81% osób, a w grupie uzależnionych tylko od hazardu u 21,88% osób. W II etapie badań we wszystkich trzech badanych grupach depresja występowała rzadziej. W badaniu z wykorzystaniem skali lęku Hamiltona w I etapie stwierdzono, że w grupie uzależnionych od alkoholu lęk nie występował u 76,32% osób, w grupie uzależnionych od alkoholu i hazardu u 58,06% osób, a w grupie uzależnionych od hazardu u 71,88% osób. Z badań własnych wynika również, że lęk najczęściej występuje w grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu, co biorąc pod uwagę, że w tej grupie był najkrótszy okres abstynencji, można wyjaśnić lękotwórczymi właściwościami alkoholu. Największe nasilenie lęku występowało w grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu i hazardu. Najrzadziej zaburzenia lękowe dotyczyły pacjentów uzależnionych od hazardu i w tej grupie miały one najmniejsze nasilenie. Wynikać to mogło z faktu, iż w tym przypadku był najdłuższy okres abstynencji oraz nie było psychofarmakologicznego działania alkoholu na mózg. Nie stwierdzono istotnych różnic w częstości i nasileniu lęku w dwóch etapach badania. Stwierdzono jednak wyraźną zależność pomiędzy nasileniem lęku a okresem abstynencji – im dłuższa abstynencja, tym mniejsze nasilenie lęku. Uzyskane wyniki badań własnych wskazują, na współwystępowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych z uzależnieniem. Podkreśla to znaczenie prawidłowej diagnozy psychiatrycznej oraz konieczność podjęcia właściwych działań postępowania psychoterapeutycznego bądź farmakoterapii.

Wnioski

Świadomość współwystępowania zaburzeń lękowych i depresyjnych z uzależnieniem pozwala na dostosowanie planu terapeutycznego do indywidualnych

potrzeb pacjenta i może przyczynić się do zwiększenia skuteczności leczenia.

Piśmiennictwo

1. Ewing J.A.: Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association* 1984; 252(14): 1905-1907.
2. Selzer M.L., Vinokur A., Van Rooijen L.: A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol* 1975; 36(1): 117-126, 1975.
3. Lesieur H.R. & Blume S.B.: The South Oaks Gambling Screen (song): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 1184-1188.
4. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B.: SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: QualityMetric Inc. 1993, 2000.
5. Hamilton M.: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
6. Hamilton M.: Diagnosis and rating of anxiety. *Brit J Psychiatry* 1969; 3: 76-79.
7. Dannon P.N., Lowengrub K., Sasson M., Shalgi B., Tuson L., Saphir Y. et al.: Comorbid psychiatric diagnoses of kleptomania and pathological gambling: a preliminary comparison study. *European Psychiatry* 2004; 19: 299-302.
8. Lejoyeux M., Arbaretaz M., McLoughlin M., Ades J.: Impulse control disorders and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002; 190: 310-314.
9. Lejoyeux M., McLoughlin M., Ades J.: Epidemiology of behavioral dependence: Literature review and results original studies. *European Psychiatry* 2002; 15(2): 129-134.
10. Kausch O.: Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003a; 64: 1031-1038.
11. Kausch O.: Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2003b; 25: 263-270.
12. Guebaly N., Scott B., Patten S., Curie J.V.A., Williams C.A. et al.: Epidemiological Associations between gambling behaviour, substance use and mood and anxiety disorders. *J Gambl Stud* 2006, 22: 275-287.
13. Petry N.M.: Comorbidity of disorder gambling and other psychiatric disorders. In *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association 2005, 85-115.