



SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

z wykonania usługi badawczej pt.

*„NARKOTYKI, ZDROWIE PSYCHICZNE i REDUKCJA SZKÓD
– stosowanie strategii chroniących a negatywne konsekwencje związane
z używaniem narkotyków wśród młodych dorosłych”*

Zadanie zrealizowane w ramach

umowy 1/GA/2021

z Krajowym Biurem d.s. Przeciwdziałania Narkomanii

w okresie od **2020-07-14** r. do **2021-12-15** r.

zawartej w dniu **2021-02-15** r. pomiędzy:

Dyrektorem Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii

a zleceńbiorcą Instytutem Psychiatrii i Neurologii

KRS 0000133539

Data złożenia sprawozdania:

2021-12-15

Kierownik Projektu

dr hab. Krzysztof Ostaszewski



Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii



Raport z badań

wykonanych w ramach projektu p.n.

„NARKOTYKI, ZDROWIE PSYCHICZNE i REDUKCJA SZKÓD
*– stosowanie strategii chroniących a negatywne konsekwencje
związane z używaniem narkotyków wśród młodych dorosłych”*

zrealizowanych w ramach umowy 1/GA/2021
z Krajowym Biurem d.s. Przeciwdziałania Narkomanii

Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski, Joanna Stefaniuk

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Warszawa, 2021

Spis treści

I.	STRESZCZENIE	1
II.	WPROWADZENIE	6
1.	Używanie substancji psychoaktywnych	6
	Motywy używania substancji psychoaktywnych	7
	Negatywne konsekwencje związane z używaniem substancji	8
2.	Strategie redukcji szkód	9
	Uzasadnienie badań nad strategiami redukcji szkód	10
	Strategie redukcji szkód jako czynniki resilience	11
3.	Zjawisko samoleczenia	12
	Uzasadnienie badań nad zjawiskiem samoleczenia	13
III.	CELE	14
	Główne	14
	Szczegółowe	14
IV.	METODA	15
1.	Dobór próby	15
2.	Realizacja badań	18
	Pilotaż	19
	Zgoda Komisji Bioetycznej	19
3.	Charakterystyka uczestników badań	20
4.	Narzędzia i zmienne	21
	Używanie substancji psychoaktywnych	21
	Strategie redukcji szkód	24
	Negatywne konsekwencje używania substancji	25
	Zjawisko samoleczenia	26
	Czynniki psychospołeczne	27
	Wybrane wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego	29
	Pytania dotyczące wpływu pandemii COVID-19	30
	Zmienne społeczno-demograficzne	30
5.	Analizy statystyczne	31
V.	WYNIKI	32
1.	Charakterystyka używania substancji psychoaktywnych w badanej grupie	32
	1.1. Częstość używania	32
	1.2. Elementy wzorów używania	34

1.3 Negatywne konsekwencje.....	37
2. Strategie redukcji szkód.....	41
2.1 Stosowanie strategii redukcji szkód w badanej grupie	41
2.2 Źródła wiedzy na temat strategii redukcji szkód	44
2.3 Stosowanie strategii redukcji szkód a negatywne konsekwencje używania	46
2.4 Efekty stosowania strategii redukcji szkód na negatywne konsekwencje związane z używaniem substancji psychoaktywnych	48
4. Zjawisko samoleczenia.....	54
4.1 Samoocena zdrowia psychicznego i fizycznego	54
4.2 Diagnoza zaburzenia lub choroby psychicznej.....	55
4.3 Leczenie i samoleczenie.....	61
4.4 Pozostałe motywy używania substancji psychoaktywnych w badanej grupie	72
4.5 Korelacje pomiędzy samooceną zdrowia, posiadaniem diagnoz i samoleczeniem	75
4.6 Zestawienie zmiennych dotyczących zdrowia, samoleczenia i motywów używania z nasileniem zaburzeń związanych z używaniem (na podstawie testu DUDIT)	77
5. Zmienne psychospołeczne a częstość używania substancji i nasilenie związanych z tym zaburzeń (na podstawie testu DUDIT)	79
5.1 Cechy osobowości według modelu „Wielkiej Piątki” a częstość używania substancji psychoaktywnych i nasilenie związanych z tym zaburzeń	79
5.2 Samoregulacja i pozostałe zmienne psychospołeczne a częstość używania substancji psychoaktywnych i nasilenie związanych z tym zaburzeń.	82
5.3 Wybrane wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego a częstość używania substancji psychoaktywnych i nasilenie związanych z tym zaburzeń.....	84
V. Bibliografia	87

I. STRESZCZENIE

Celem tego projektu badawczego była naukowa analiza dwóch powiązanych ze sobą obszarów tematycznych: stosowania strategii redukcji szkód oraz zjawiska samoleczenia wśród młodych dorosłych używających różnych substancji psychoaktywnych.

Używanie substancji psychoaktywnych

Pomimo licznych wysiłków podejmowanych w celu zapobiegania, leczenia i zwalczania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zjawisko to jest wciąż bardzo rozpowszechnione i stanowi poważne zagrożenie, szczególnie dla ludzi młodych. Wśród negatywnych konsekwencji używania substancji należy wymienić szkody oraz problemy zdrowotne, społeczne, materialne i prawne. Poważnym zagrożeniem są takie zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, które w Polsce obserwuje się najczęściej w przedziale wiekowym 18-29 lat. Jednakże szkodliwość używania substancji psychoaktywnych nie jest jednakowa u wszystkich, którzy po nie sięgają, ale wyraźnie zróżnicowana i zależna od wielu czynników. Są to m.in. własności samej substancji (toksyczność, potencjał uzależniający), ale również decyzje po stronie użytkowników, takie jak ilość, częstość i sposób przyjmowania substancji. Różne i niepozbawione znaczenia są także indywidualne motywy stojące za sięganiem po substancje psychoaktywne.

Strategie redukcji szkód

Wbrew utrzymującym się stereotypom na temat osób używających substancji psychoaktywnych (szczególnie nielegalnych), badania wskazują, że większość z nich nie jest bierna wobec podejmowanego przez siebie ryzyka, ale aktywnie angażuje się w próby jego minimalizacji. Strategie redukcji szkód to specyficzne zachowania, które można zastosować przed, w trakcie lub po używaniu substancji psychoaktywnych, w celu ograniczenia związanych z tym zagrożeń i negatywnych konsekwencji. Zgodnie z koncepcją *resilience*, strategie redukcji szkód mogą działać chroniąco poprzez kompensowanie i/lub redukowanie ryzyka doświadczania tych negatywnych konsekwencji. Dotychczasowe badania w tym zakresie koncentrowały się na osobach dorosłych, strategiach specyficznych dla niektórych substancji (np. alkohol, marihuana, opiaty), lub na kilku grupach czy kontekstach podwyższonego ryzyka (np. osoby używające substancji w iniekcjach, uczestnicy imprez klubowych i festiwali muzycznych, czy studenci amerykańskich college'ów). Ponadto, ograniczona jest liczba badań, które przedstawiają empiryczne dowody potwierdzające skuteczność tych strategii. Obecny projekt stanowił próbę wypełnienia tych luk w naszej wiedzy na temat strategii redukcji szkód.

Zjawisko samoleczenia

Występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym często idzie w parze z używaniem substancji psychoaktywnych. Przykładowo, szacuje się, że mniej więcej 1/5 osób z zaburzeniami nastroju spełnia również kryteria zaburzeń związanych z używaniem substancji. W lepszym zrozumieniu przyczyn występowania tego zjawiska może pomóc koncepcja samoleczenia. Zgodnie z nią, niektóre osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne sięgają po substancje psychoaktywne w celu radzenia sobie z uciążliwymi symptomami. Z drugiej strony, obecnie obserwuje się rozwój badań nad zastosowaniem substancji psychoaktywnych (głównie klasycznych psychodelików oraz MDMA) w leczeniu zaburzeń psychicznych. Bardzo obiecujące rezultaty tych badań mogą skłaniać osoby z problemami psychicznymi do podejmowania leczenia się na własną rękę, właśnie za pomocą tych substancji. Zjawisko samoleczenia stanowi więc interesującą problematykę, co do której nasza wiedza jest niewystarczająca i wymaga dalszych badań. W związku z tym, niniejszy projekt miał na celu także analizę tego zjawiska wśród młodych osób dorosłych używających różnych substancji psychoaktywnych.

Metoda

Uczestnikami badania byli młodzi ludzie, w wieku pomiędzy 18 a 30 rokiem życia (średnia wieku to 22,3 lata, SD=3,62), którzy przynajmniej trzykrotnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy (poprzedzających udział w badaniu) używali substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna. Rekrutacja uczestników badań (marzec-czerwiec 2021 r.) przebiegała za pomocą ogłoszeń o badaniu zamieszczanych na witrynach internetowych (głównie stronach i wewnętrznych grupach na portalu Facebook) związanych z tematyką substancji psychoaktywnych; ze wsparciem promocyjnym ze strony influencera zajmującego się problematyką narkomanii (Mestosław).

Do badania online przystąpiło 10415 osób, z czego po weryfikacji odrzucono ankiety 3162 osób, u których braki danych były równe lub wyższe 80% odpowiedzi na kluczowe pytania tych badań lub które nie spełniały kryteriów włączenia do badania (wiek pomiędzy 18 a 30 lat; używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy). Obniżyło to liczebność badanej grupy do 7253 osób (przy czym na potrzeby niektórych analiz konieczne było odrzucenie kolejnych ankiet, w których braki danych przekraczały próg akceptowalny do ich podstawienia). Większość uczestników badań stanowili mężczyźni (69,1%); natomiast 80 osób zadeklarowały się jako osoby niebinarne (1,1%). Grupa badana charakteryzowała się dużym zróżnicowaniem ze względu na miejsce zamieszkania oraz aktualne wykształcenie i zajęcie.

Po raz pierwszy do badań populacyjnych w Polsce wykorzystano skalę do pomiaru częstości stosowania strategii chroniących u użytkowników substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna. Skala ta powstała w ramach tego projektu badawczego. Po raz pierwszy w badaniach populacyjnych w naszym kraju zastosowano również zestaw pytań do oceny zjawiska samoleczenia wśród osób mających diagnozy psychiatryczne i używających substancji psychoaktywnych. Do badań wykorzystano również szereg wypróbowanych wcześniej narzędzi pomiarowych (np. polską wersję testu DUDIT, polską wersję skali Ten-Item Personality Inventory (TIPI-PL), polską wersję pytań do badania tendencji samobójczych zaczerpniętą z kwestionariusza MINI Kid). Większość skal wykorzystanych w badaniach miała poprawne, dobre lub bardzo dobre własności psychometryczne.

Wyniki

Używanie substancji psychoaktywnych wśród młodych dorosłych

W badanej populacji zdecydowanie najczęściej używana była marihuana, a najrzadziej syntetyczne kannabinoidy oraz dysocjanty. Przy czym według ok. 40% respondentów, pandemia koronawirusa (w okresie której realizowano niniejsze badanie) nie wywołała zmian w częstości ich sięgania po substancje psychoaktywne; jednak ok. 40% oceniło swoje używanie jako częstsze, a pozostałe ok. 20% jako rzadsze w stosunku do poprzedniego okresu. Częstości używania większości z poszczególnych grup substancji były istotnie zróżnicowane ze względu na płeć, przy czym największe z tych różnic zaobserwowano w przypadku psychodelików, dysocjantów i opioidów oraz stymulantów i leków. Z kolei wiek różnicował istotnie używanie psychodelików, opioidów i leków uspokajających / nasennych, a także, choć na nieco niższym poziomie, używanie stymulantów i syntetycznych kannabinoidów.

Uczestnicy badania najczęściej używali substancji we własnym domu (76,8% wszystkich wskazań), u swoich znajomych (71,2%) lub „na zewnątrz (np. w parku, przed domem/blokiem, na łonie natury, w lesie, itd.)” (60,6%). Przy czym większość z nich (56,8%) częściej raportowała używanie substancji w towarzystwie niż w samemu/samej. Mieszanie substancji (podczas jednej okazji) występowało u ok. połowy uczestników, z czego ok. 17% robiła to przynajmniej 2-4 razy w miesiącu. Zachowanie to było znacznie częstsze wśród mężczyzn.

Jeśli chodzi o szkody i problemy związane z przyjmowaniem substancji, najczęściej raportowanymi były: problemy ze snem, wyczerpanie, lęk/niepokój, spadek nastroju i obniżenie motywacji do działania. Najrzadziej zaś zgłaszano doświadczanie takich szkód/problemów jak: utrata przytomności, wypadki lub uszkodzenia ciała, samookaleczenia, niechciane doświadczenia seksualne czy hospitalizacje. Generalnie, doświadczanie negatywnych konsekwencji było częstsze wśród kobiet oraz osób młodszych. Co istotne, w przypadku znacznej większości respondentów (67,30%) pandemia nie wywołała zmian w tym zakresie. Zgodnie z wynikami w teście przesiewowym DUDIT, ok. 38% respondentów nie wykazywała symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, niespełna 55% uzyskało wynik świadczący umiarkowanym nasileniu tych zaburzeń (lub szkodliwym wzorze używania substancji), a ok. 8% badanej grupy uzyskało wynik sugerujący występowanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (wg. ICD 10) lub ciężkiego zaburzenia związanego z używaniem substancji (wg DSM5).

Strategie redukcji szkód

Stosowanie strategii redukcji szkód wśród uczestników badań było stosunkowo częste. Strategiami stosowanymi najczęściej było „unikanie dożylnego przyjmowania substancji”, „unikanie jazdy z nietrzeźwym kierowcą” oraz „branie pod uwagę bieżących planów i obowiązków przy podejmowaniu decyzji o używaniu substancji”. Natomiast do strategii stosowanych najrzadziej można zaliczyć: „dawkowanie substancji na podstawie wagi własnego ciała”, „odmawianie propozycji używania”, „unikanie używania przy złym samopoczuciu” oraz „stosowanie suplementów”.

W przypadku większości pojedynczych strategii występowały znaczące różnice ze względu na płeć respondentów. Osiem z badanych strategii była raportowana częściej przez mężczyzn niż

kobiety, jednak stosowanie 8 innych strategii było znacznie częstsze wśród kobiet niż mężczyzn. Wiek respondentów również miał znaczenie w przypadku większości z badanych strategii. Częstość ich stosowania była wyższa wśród osób starszych. Co istotne, ponad 70% oceniło, że pandemia nie wywołała zmian w tym, jak często stosują tego typu strategie. Niemniej jednak, 22% respondentów wskazała, że ich stosowanie strategii redukcji szkód było w tym okresie częstsze niż przed pandemią.

Jeśli chodzi o źródła wiedzy na temat stosowanych strategii, najczęściej wskazywane były źródła internetowe (w tym fora, grupy na platformie Facebook, kanały YouTube czy inne strony internetowe), a także własne doświadczenia oraz znajomi. Za to najrzadziej wskazywano pozyskanie tej wiedzy „od rodzica” (ok. 3% respondentów) oraz „od partyworkera/streetworkera” i „z lekcji/wykładu” (po ok. 5%).

Analiza związku pomiędzy częstością stosowanych strategii redukcji szkód a nasileniem zaburzeń związanych z używaniem substancji wskazała, że stosowanie strategii redukcji szkód było najczęstsze wśród respondentów, którzy nie wykazywali symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych; a także częstsze wśród osób, które wykazywały szkodliwy wzór używania, w stosunku do tych, u których prawdopodobnie występowało uzależnienie. Ciekawy wynik zaobserwowano w przypadku efektu płci – wśród osób, które nie wykazywały symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji, mężczyźni stosowali strategie redukcji szkód nieco rzadziej niż kobiety i osoby niebinarne; natomiast wśród osób prawdopodobnie uzależnionych, mężczyźni byli grupą stosującą te strategie najczęściej. Znaczący był również efekt wieku – bez względu na nasilenie zaburzeń związanych z używaniem substancji, osoby młodsze rzadziej angażowały się w stosowanie strategii redukcji szkód.

Przeprowadzono także analizę związków pomiędzy stosowaniem strategii redukcji szkód i występowaniem negatywnych konsekwencji związanych z używaniem substancji. W tym celu zweryfikowano dwa modele hierarchicznej analizy regresji liniowej. W jednym modelu zmienną zależną była częstość doświadczania szkód/problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna. W drugim modelu zmienną zależną było nasilenie zaburzeń związanych z używaniem substancji, czyli wynik testu DUDIT. Uzyskane wyniki wskazują, że w przypadku osób, które często stosowały strategie redukcji szkód, prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych konsekwencji (szkód / problemów oraz zaburzeń) było znaczenie mniejsze w stosunku do osób, które stosowały te strategie rzadko. Wynik ten został potwierdzony za pomocą efektu głównego w analizie regresji oraz efektu interakcji (strategie chroniące x używanie substancji). Zaobserwowano także, że częste używanie substancji oraz posiadanie diagnozy psychiatrycznej były istotnymi czynnikami ryzyka szkód / problemów i zaburzeń związanych z używaniem substancji, oraz że istotnym czynnikiem chroniącym przed tymi konsekwencjami była zdolność do samoregulacji, czyli umiejętność związana ze stosowaniem strategii redukcji szkód. Efekt płci i wieku okazał się niejednoznaczny. Był odmienny dla zmiennej zależnej (szkody / problemy) i dla zmiennej zależnej (zaburzenia związane z używaniem substancji).

Zjawisko samoleczenia

Spora grupa uczestników badania (n=1791) potwierdziła posiadanie diagnozy jakiegoś zaburzenia psychicznego. Najczęściej raportowana była depresja (ok. 75% zdiagnozowanych),

zaburzenia lękowe (52,5%) i zaburzenie używania substancji (ok. 23%). Co więcej, spośród osób zdiagnozowanych wiele miało współwystępujące diagnozy: dwie diagnozy miało 35% osób, a 33% respondentów miało trzy diagnozy lub więcej. Zdiagnozowane osoby w przeważającej większości (ok. 75%) przypadków próbowały leczyć się na własną rękę, a w ponad połowie przypadków (ok. 55%) używały w tym celu różnych substancji psychoaktywnych – najczęściej w przypadku depresji i zaburzeń lękowych. Respondenci ocenili, że samoleczenie z wykorzystaniem substancji psychoaktywnych jest czasem skuteczniejsze niż profesjonalna terapia – dotyczyło to zwłaszcza samoleczenia z wykorzystaniem psychodelików, marihuany i empatogenów. Z drugiej jednak strony, u osób samoleczących się wzrasta prawdopodobieństwo rozwinięcia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Z samoleczeniem związane okazały się także: niska samoregulacja i neurotyczność, sumienność i otwartość na doświadczenia oraz negatywna samoocena swojego zdrowia psychicznego oraz fizycznego. Z porównań ze względu na płeć wynikało, że kobiety stosują samoleczenie częściej niż mężczyźni, ale nie w przypadku depresji i zaburzeń lękowych – w tych dwóch przypadkach częściej samoleczenie stosowali mężczyźni. Badania wykazały, że jeśli chodzi o inne (niż samoleczenie) motywy, dla których młodzi ludzie używają substancji psychoaktywnych, to najczęściej jest to chęć modulacji (zmiany) negatywnego nastroju oraz ułatwienie kontaktów społecznych / towarzyskich.

Czynniki psychospołeczne

Nasze analizy wskazują, że tendencje i zachowania samobójcze są w dużym stopniu rozpowszechnione wśród młodych osób dorosłych, przede wszystkim kobiet, które używają substancji psychoaktywnych. Ponad 70% kobiet – uczestniczek badań - kiedykolwiek w życiu miało myśli samobójcze (versus ok. 50% mężczyzn), ponad 50% kobiet miało plany samobójcze (versus 33% mężczyzn), oraz prawie 30% kobiet miało za sobą próbę samobójczą (versus ok. 13% mężczyzn). Z analiz wynika również, że osoby niebinarne używające substancji psychoaktywnych są w bardzo dużym stopniu narażone na zachowania samobójcze. Myśli samobójcze (przynajmniej raz/dwa razy w życiu) potwierdziło 90% osób niebinarnych, a przynajmniej jedną próbę samobójczą w życiu potwierdziło ponad 50% osób niebinarnych.

Wyniki analiz wykazały, że specyficzne motywy używania substancji były istotnym psychospołecznym czynnikiem ryzyka związanym z częstością używania substancji psychoaktywnych, a także z nasileniem zaburzeń (mierzonych testem DUDIT). Motywy związane z modyfikowaniem działania innych substancji psychoaktywnych (wzmocnienie działania innych substancji oraz łagodzenie efektów działania innych substancji) okazały się czynnikiem najsilniej powiązanym z częstością używania substancji oraz zaburzeniami mierzonymi testem DUDIT.

Inne zmienne psychospołeczne, które były analizowane w naszych badaniach, (na przykład, cechy osobowości, poczucie sprawczości, percepcja ryzyka związanego z używaniem substancji, samoocena zdrowia psychicznego i fizycznego) okazały się być słabymi korelatami częstości używania substancji psychoaktywnych oraz słabymi korelatami zaburzeń związanych z ich używaniem.

Badania pokazały, że niektóre z czynników psychospołecznych, takie jak samoregulacja, mogą być istotnym czynnikiem chroniącym młodych dorosłych przed negatywnymi skutkami używania substancji psychoaktywnych.

II. WPROWADZENIE

Niniejszy projekt badawczy został pomyślany, opracowany i zrealizowany dwutorowo. Dotyczył on naukowej eksploracji dwóch powiązanych ze sobą obszarów tematycznych: stosowania strategii redukcji szkód oraz zjawiska samoleczenia wśród młodych osób używających różnych substancji psychoaktywnych. Dwutorowość ta jest odzwierciedlona w strukturze całego raportu – kontekstu teoretycznego, celów badań, zastosowanej metodologii oraz uzyskanych wyników i ich podsumowania.

1. Używanie substancji psychoaktywnych

Pomimo licznych wysiłków podejmowanych w celu zapobiegania, leczenia i zwalczania problemów związanym z używaniem substancji psychoaktywnych, zjawisko to wciąż stanowi poważne zagrożenie dla młodzieży i młodych dorosłych. Według ostatnich badań populacyjnych wśród młodzieży w wieku szkolnym (European School Survey Project on Alcohol and Drugs, ESPAD), w Polsce utrzymują się wysokie wskaźniki rozpowszechnienia używania niektórych substancji nielegalnych oraz leków uspokajających i nasennych (Sierosławski, 2020). Wśród 17-18-latków, najczęściej używanymi kiedykolwiek w życiu substancjami psychoaktywnymi są w dalszym ciągu marihuana i haszysz (37%) oraz leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez przepisu lekarza (18,3%). W dalszej kolejności znajdują się substancje wziewne (6,9%), ecstasy (5,1%), amfetamina (4,7%), LSD lub inne halucynogeny (4,2%), kokaina (3,1%), metamfetamina (2,9%), grzyby halucynogenne (2,2%) oraz heroina (1,5%). Z kolei w przypadku używania w skali ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie, marihuany i haszyszu używało 29,6% nastolatków, ecstasy 3,6%, amfetaminy 3,1%, metamfetaminy i substancji wziewnych po ok. 2%, kokainy 2,9% a heroiny 1% (Sierosławski, 2020). Przy czym wskaźniki używania większości z tych substancji (z wyjątkiem ecstasy oraz pozamedycznego stosowania leków) wykazały tendencję spadkową w stosunku do poprzedniego pomiaru (z roku 2015). Rozpowszechnienie używania większości z tych substancji jest większe u chłopców niż u dziewcząt. Wyjątkiem jest przyjmowanie leków bez przepisu lekarza, które jest bardziej rozpowszechnione wśród płci żeńskiej (Sierosławski, 2020). Podobne wskaźniki raportowane były również w innych polskich badaniach populacyjnych (Malczewski, 2019; Ostaszewski i in., 2017).

Według ostatniego raportu z badań kondycji psychicznej Polaków (EZOP II; Moskalewicz i Wciórka, 2021), najwyższe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych (narkotyków) występuje w przedziale wiekowym 18-29 lat. Zaburzenia te obserwuje się częściej u mężczyzn niż u kobiet (choć ta różnica nie jest istotna statystycznie), a ich rozpowszechnienie w skali całego życia przejawia tendencję spadkową wraz z wiekiem u mężczyzn, oraz fluktuacje u kobiet. Najbardziej narażeni na zaburzenia związane z przyjmowaniem narkotyków są osoby o wykształceniu gimnazjalnym lub niższym, a także osoby mieszkające w małych (do 50 tys. mieszkańców) i średnich (50-200 tys.

mieszkańców) miastach, w porównaniu z mieszkańcami wsi i dużych (powyżej 200 tys. mieszkańców) ośrodków miejskich.

Porównanie z poprzednim pomiarem badań EZOP (zrealizowanych w latach 2010-2011), z uwzględnieniem zróżnicowania według płci i wieku, nie wykazuje istotnych różnic rozpowszechnienia zaburzeń związanych z używaniem narkotyków w populacji mieszkańców Polski. Zaobserwowano jednak wzrost częstości odsetka osób, które kiedykolwiek w życiu używały przynajmniej jednego narkotyku (EZOP I: 4,4% i EZOP II: 6,3%), oraz tych, którzy przynajmniej raz w życiu używali tzw. narkotyków klubowych (EZOP I: 0,6% i EZOP II: 1,4%); a także spadek odsetka osób, które używały opioidów (EZOP I: 0,3% i EZOP II: 0,1%).

Motywy używania substancji psychoaktywnych

W podejściu do problematyki używania i nadużywania substancji psychoaktywnych, oprócz znaczenia czynników socjoekonomicznych, społeczno-kulturowych, politycznych, biologicznych czy psychologicznych, istotne jest również wzięcie pod uwagę motywacji, która prowadzi ludzi do sięgania po dane substancje. Tradycyjnie przyjmuje się, że substancje psychoaktywne używane są by osiągnąć efekt „haju”, lub by radzić sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi. W tym podejściu przyczyną uzależnienia jest wywoływane przez używanie substancji negatywna pętla sprzężenia zwrotnego, w której im częściej i w im większych dawkach substancja jest przyjmowana, tym gorszy jest stan po jej odstawieniu, co zachęca do jej ponownego używania (np. Koob i Le Moal, 2008). W związku z tym, chociaż z początku sięga się po substancje psychoaktywne z powodu pożądanego efektu ich działania, późniejsze ich przyjmowanie ma na celu uniknięcie bądź złagodzenia ich niekorzystnych efektów, związanych najczęściej z doświadczaniem tzw. zespołu odstawienego.

Pogłębioną analizę tej problematyki można znaleźć w artykule Annabel Boys, John Marsden i John Strang (2001), w którym do używania różnych substancji psychoaktywnych (alkoholu, marihuany, amfetamin, ecstasy, kokainy i LSD) zastosowano perspektywę funkcjonalną. To znaczy, badacze ci analizowali to, jaką funkcję poszczególne substancje pełnią dla ich użytkowników. Na podstawie jakościowych i ilościowych badań wyodrębniono pięć głównych grup motywów używania substancji: społeczne (np. by czuć się bardziej pewnym siebie wśród innych), fizyczne (np. by utrzymać pobudzenie organizmu), modulacji nastroju (np. do relaksu), ułatwienia wykonywania czynności (np. pracy lub nauki), albo by zmienić działanie innych substancji psychoaktywnych (Boys, Marsden i Strang 2001). Podejście to normalizuje przyjmowanie substancji psychoaktywnych jako środków pomagających zaspokoić pewne naturalne potrzeby (np. produktywności, relacji czy rozrywki). W tym przypadku, o uzależnieniu, czy też dysfunkcyjnym używaniu substancji można mówić wtedy, gdy przyjmowanie substancji nie jest już jedynie środkiem do osiągnięcia danego celu, ale efekt który wywołuje substancja jest celem samym w sobie (Robinson i Berridge, 2003).

Negatywne konsekwencje związane z używaniem substancji

Tradycyjnie jako głównym zagrożeniem związanym z używaniem substancji traktowano uzależnienie (Ostaszewski, 2008). Dynamiczność „rynku narkotykowego” oraz liczne obserwacje naukowe i kliniczne w tym zakresie sprawiły jednak, że uzależnienie zaczęto traktować jako tylko jedną z negatywnych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych. Co więcej, konsekwencja ta okazała się nie tak rozpowszechniona jak dotychczas sądzono. Wśród osób, które mają doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi, stosunkowo niewielka grupa rozwija szkodliwy czy problemowy wzór używania, a jeszcze mniejsza spełnia kryteria uzależnienia (Essau, 2002; Okulicz-Kozaryn, Borucka, Brykczyńska i Pisarska, 2008; Okulicz-Kozaryn i Sierosławski, 2007; Stockings i in., 2016). Dotyczy to przede wszystkim używania substancji psychoaktywnych przez ludzi młodych, ponieważ ich wzory używania substancji jeszcze się kształtują. A także, ponieważ ze względu na ich stosunkowo krótką historię używania substancji, nawet w przy częstym i intensywnym używaniu, zazwyczaj nie rozwinęły się jeszcze kliniczne objawy uzależnienia (Hall i in., 2016; Stockings i in., 2016).

Negatywne konsekwencje związane z używaniem substancji psychoaktywnych obejmują szeroki zakres szkód i problemów, stanowiących poważne zagrożenie dla młodzieży i młodych dorosłych. Wśród konsekwencji tych należy wymienić: *zdrowotne*, w tym zarówno problemy ze zdrowiem somatycznym (jak zatrucia, przedawkowania, infekcje, urazy i uszkodzenia ciała, a w ekstremalnych przypadkach także śmierć) jak i ze zdrowiem psychicznym (upośledzenie pamięci, uwagi i innych procesów poznawczych, trudne doświadczenia emocjonalne, kłopoty z regulacją emocji, objawy i ryzyko zaburzeń psychicznych oraz ryzyko uzależnienia); *społeczne* (w tym przede wszystkim problemy w relacjach i pogorszenie kontaktu z rodzicami, nauczycielami, rówieśnikami i w związkach intymnych oraz konsekwencje społeczne na poziomie populacyjnym, jak angażowanie się w przestępczość); *materialne* (w tym wydatki na substancje psychoaktywne oraz utrata lub zniszczenie mienia w związku z ich używaniem, a także pogorszenie startu na rynku pracy; *prawne* (przestępstwa, wykroczenia, odpowiedzialność karna i konflikty z prawem, szczególnie w przypadku substancji nielegalnych) (Kalant, 1999; McBride, Farringdon i Midford, 1999; Kocoń, Okulicz-Kozaryn i Pisarska, 2004; Parks i Kennedy, 2004; Nutt, King, Saulsbury i Blakemore, 2007; Toumbourou i in., 2007; Ostaszewski, 2008; Chen i Keh-Ming Lin, 2009; Morgan, Muetzelfeldt, Muetzelfeldt, Nutt i Curran, 2010; Nutt, King i Philips, 2010; Dąbrowska, Miturska, Moskalewicz i Wieczorek, 2012; van Amsterdam, Pennings, Brunt i van den Brink, 2013; Carhart-Harris i Nutt, 2013; Morgan, Noronha, Muetzelfeldt, Feilding i Curran, 2013; Van Hout i in., 2017).

Jednakże, stopień szkodliwości substancji psychoaktywnych nie jest jednakowy u wszystkich, którzy po nie sięgają, ale wyraźnie zróżnicowany i zależny od wielu czynników. Wśród nich wymienić można zarówno własności samej substancji (jak jej toksyczność czy tzw. potencjał uzależniający), jak i decyzje użytkownika – przede wszystkim ilość, częstość i sposób przyjmowania substancji (McBride, Farringdon i Midford, 1999; Nutt, King, Saulsbury i Blakemore, 2007; Nutt, King i Phillips, 2010). Waga doświadczanych konsekwencji wzrasta w miarę nasilenia używania, najslabiej obciążając użytkowników okazjonalnych, bardziej – używających ryzykownie i problemowo, a najbardziej osoby uzależnione (Essau, 2002; Kocoń, Okulicz-Kozaryn i Pisarska, 2004; Soar, Turner i Parrott, 2006; Young i in., 2006; Okulicz-Kozaryn, Borucka, Brykczyńska i Pisarska, 2008; Okulicz-Kozaryn i Sierosławski, 2007; Bobrowski, 2008; Ostaszewski, 2008). Wiele z dotychczasowych badań wskazują, że znaczenie

mają również takie czynniki jak: wiedza na temat przyjmowanej substancji psychoaktywnej, wcześniejsze doświadczenie w jej używaniu oraz stosowanie strategii ograniczających związane z tym ryzyka i szkody (Panagopoulos i Ricciardelli, 2005; Soar, Turner i Parrott, 2006; Carhart-Harris i Nutt, 2013; Fernández-Calderón i in., 2014; Cruz, 2015). Tym ostatnim czynnikiem poświęcano jednak jak dotąd najmniej uwagi (Jenkins, Slemon and Haines-Saah, 2017).

W dalszym ciągu utrzymuje się także przekonanie, że użytkownicy substancji psychoaktywnych są z natury niezainteresowani ograniczaniem podejmowanego ryzyka czy dbaniem o swoje zdrowie (np. Beccaria et al., 2015). Tymczasem z wcześniejszych badań w tym zakresie wynika, że wielu użytkowników substancji psychoaktywnych nie jest biernych wobec tych zagrożeń, ale aktywne angażuje się w próby ich minimalizacji (Benton i in., 2004; Drumm i in., 2005; Howard i in., 2007; Vidal Giné i in., 2015). Przykładowo, w badaniu Cruz (2015), stosowanie różnych środków ostrożności w związku z przyjmowania substancji psychoaktywnych okazało się kluczowym czynnikiem różniącym nie-problemowych od problemowych użytkowników. Sugeruje to, że stosowanie różnych strategii redukcji szkód nie tylko może być postrzegane jako czynnik ochronny, ale także, że niestosowanie ich przy używaniu substancji psychoaktywnych, może być postrzegane jako czynnik ryzyka.

2. Strategie redukcji szkód

Termin *strategie redukcji szkód* odnosi się do różnych specyficznych zachowań, które można zastosować przed, w trakcie lub po używaniu substancji psychoaktywnych, w celu ograniczenia związanych z tym zagrożeń i negatywnych konsekwencji (Martens i in., 2004; Pearson, 2013). Strategie redukcji szkód wywodzą się z koncepcji samokontroli oraz samoregulacji, zakładających zdolność do kontrolowania i przezwyciężania wewnętrznych impulsów do podejmowania zachowań przynoszących natychmiastową ulgę lub wzmocnienie, jak w przypadku używania substancji psychoaktywnych (np. Magar i in., 2008; Percy, 2008). Strategie te są także zgodne z podejściem redukcji szkód (harm reduction approach), które charakteryzuje się koncentracją na ograniczaniu negatywnych konsekwencji zamiast na eliminowaniu samego używania substancji psychoaktywnych, jak ma to miejsce w przypadku podejść ukierunkowanych na abstynencję (Lenton and Single, 1998; Fromme and Orrick, 2004; Toumbourou et al., 2007). Przy czym podejścia ukierunkowane zarówno na abstynencję jak i na redukcję szkód nie powinny być postrzegane jako sprzeczne, ale raczej jako wzajemnie uzupełniające się i mające wspólny cel (np. Stockwell et al., 2005, p. 9). Zgodnie z podejściem redukcji szkód, zachowania ryzykowne postrzegane są na spektrum szkodliwych konsekwencji wynikających z ich podejmowania (od najmniej do najbardziej szkodliwych). W związku z tym każda zmiana zachowania, która przyczynia się do ograniczenia jego szkodliwości (indywidualnych i/lub społecznych) jest uważana za korzystną i pożądaną. Co istotne, tak rozumiane strategie redukcji szkód są konstruktem mierzalnym (Martens i in., 2004).

Opisując konstrukt „strategii redukcji szkód” należy także zwrócić uwagę, że mogą one mieć przynajmniej dwa źródła pochodzenia. Jednym jest samodzielne ograniczanie lub zarządzanie zagrożeniem wynikającym z podejmowania zachowań ryzykownych. W takim przypadku można mówić o oddolnych, intuicyjnych i samoistnych czy występujących naturalnie strategiach (Drumm i in., 2005; Howard et al., 2007; Van Schipstal i in., 2016). Z kolei drugim źródłem są oddziaływania profilaktyczne lub terapeutyczne, które uczą, modelują i promują

stosowanie tego typu strategii. W tym przypadku będą to więc „odgórne”, pochodzące od specjalistów i wyuczone sposoby ograniczania ryzyka i szkód. W tym kontekście należy jednak rozróżnić „strategie redukcji szkód” od takich interwencji czy programów jak: wymiana igieł i strzykawek, terapia substytucyjna, pomieszczenia bezpiecznej iniekcji czy dystrybucja naloksonu (Hunt i in., 2003; Ritter i Cameron, 2006). Są to bowiem złożone interwencje/programy na które składają się różne, w tym medyczne i psychospołeczne oddziaływania ukierunkowane na ograniczanie negatywnych konsekwencji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Interwencje te wykorzystują więc trening i promocję różnych strategii redukcji szkód, ale się do nich nie sprowadzają.

Uzasadnienie badań nad strategiami redukcji szkód

Pomimo zasadności i potrzeby poszukiwania skutecznych strategii chroniących związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, dotychczasowe badania w tym zakresie są niewystarczające. Świadczy o tym już sam brak zgody co do używanej w tym kontekście terminologii. W literaturze naukowej strategie te pojawiają się jako: risk reduction strategies (Shewan, Dalgarno and Reith, 2000); risk reduction management (Marillier et al., 2017); risk management (Hunt, Bailey, Evans and Moloney, 2009); harm reduction practices (Akram and Galt, 1999; Allott and Redman, 2006); harm reduction behaviors (Fernández-Calderón et al., 2014); harm reduction strategies (Fernández Calderón, Díaz-Batanero, Barratt, M and Palamar, 2019); harm minimization strategies (Jenkins, Slemon and Haines-Saah, 2017); drug use management strategies (Cruz, 2015); self-care strategies (Drumm, McBride, Neufeld and Sawatsky, 2005); protective behavioral strategies (Pearson, 2013); precautionary measures (Cruz, 2015).

Ponadto, mimo istnienia wielu interwencji opartych na podejściu redukcji szkód o udokumentowanej skuteczności (Hunt i in., 2003; Ritter i Cameron, 2006), dotychczasowe badania w tym zakresie koncentrowały się jedynie na kilku specyficznych substancjach lub grupach podwyższonego ryzyka. Konkretnie były to: dorośli użytkownicy iniekcijni, co odnosi się głównie do opiatów i opioidów oraz kontekstu ulicznego (Drumm, McBride, Neufeld and Sawatsky, 2005); studenci amerykańskich college'ów, w kontekście picia alkoholu (Protective Behavioral Strategies; Glassman, Werch and Jobli, 2007; Pearson, 2013) oraz, w coraz większym stopniu, używania marihuany (Protective Behavioral Strategies Marihuana; Pedersen et al., 2016); rekreacyjni użytkownicy ecstasy/MDMA (Allott and Redman, 2006; Kelly, 2009) i innych substancji (Vidal Gine, Fernández Calderón and Lopez Guerrero, 2016; Fernández-Calderón, Díaz-Batanero, Barratt and Palamar, 2019) wśród uczestników imprez klubowych, rave'ów i festiwali muzycznych (Akram and Galt, 1999; Hunt, Bailey, Evans and Moloney, 2009); tzw. psychonauty, czyli osoby eksperymentujące z substancjami halucynogennymi, zarówno w samotności jak i w specyficznych kontekstach rekreacyjnych (Móro, Simon, Bárd and Racz, 2011; O'Brien, Chatwin, Jenkins and Measham, 2015; Ruane, 2015; Lea et al., 2020); a także zjawisko „chemsex”, które odnosi się do używania różnych substancji (zazwyczaj nowych substancji psychoaktywnych (NSP), stymulantów, alkoholu oraz GHB/GBL) w kontekście praktyk seksualnych, głównie wśród homoseksualnych mężczyzn (Bourne et al., 2015; Marillier et al., 2017).

Co więcej, w przypadku większości z dotychczasowych badań można zaobserwować ograniczenie do kilku pojedynczych strategii chroniących, a także skupienie się jedynie na zdrowotnych konsekwencjach używania. Niektóre z poprzednich badań traktowały strategie chroniące w sposób pośredni, dążąc do ewaluacji programów lub interwencji ukierunkowanych na zapobieganie problemom związanym z używaniem substancji (np. Barnett et al., 2007; Murphy et al., 2012). Przy czym wśród istniejących raportów ewaluacyjnych można znaleźć także wyniki wskazujące na nieskuteczność lub nawet przeciwnie skuteczną niektórych ze stosowanych strategii (Frank, Thake i Davis, 2012; Bravo, Prince i Pearson, 2016). Z kolei inne z badań w tym temacie wykazały, że chociaż osoby używające substancji psychoaktywnych mogą aktywnie angażować się w ograniczanie podejmowanego ryzyka, często robią to w sposób doraźny, wybiórczy lub za pomocą niesprawdzonych metod (Fernández-Calderón et al., 2015; Acier, Kindelberger, Chevalier and Guibert, 2015; Jenkins, Slemon and Haines-Saah, 2017). Ponadto, brak jest również narzędzi mierzących rodzaj i częstość stosowania strategii chroniących, które nie byłyby ograniczone do pojedynczej substancji (Martens i in., 2004; Phillips, Rosenberg, 2008; Davis i in., 2014). Tymczasem, ze względu na mierzalność oraz potencjalne korzyści wynikające ze stosowania strategii chroniących, narzędzie umożliwiające ich pomiar może być przydatne w działaniach profilaktycznych, diagnostycznych oraz terapeutycznych (Martens i in., 2004). Z powodów tych, w przypadku większości ze zidentyfikowanych w dotychczasowych badaniach strategii chroniących brakuje empirycznych dowodów ich skuteczności. Obecny projekt stanowi próbę wypełnienia tej luki.

Strategie redukcji szkód jako czynniki resilience

Proces odkrywania i poznawania tego, co chroni młodych ludzi w obliczu ryzyka jest związany z nurtem badań nad fenomenem *resilience* (Fergus i Zimmerman, 2005; Sapienza, Masten, 2011; Rutter, 2012; Ostaszewski, 2014). Ten właśnie nurt badań jest związany z poszukiwaniem czynników związanych z pozytywną adaptacją do zagrożeń i niesprzyjających warunków życia. Z uwagi na nieodłączne ryzyko związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz ryzyko środowiskowe przebywania w środowisku rówieśników podejmujących podobne zachowania, użytkowników tych substancji można zaliczyć do grupy wysokiego ryzyka. Są oni narażeni na niekorzystny bieg wydarzeń, nieprzystosowanie społeczne, problemy zdrowia psychicznego i somatycznego, konflikty z otoczeniem i konflikty z prawem. Dwa główne modele *resilience* opisują mechanizmy leżące u podstaw pozytywnej adaptacji. Należą do nich: 1/ mechanizm kompensowania oraz 2/ mechanizm redukcji ryzyka (Garmezy, Masten, Tellegen, 1984; Fergus i Zimmerman, 2005; Ostaszewski 2014). Zgodnie z tymi modelami, stosowanie strategii redukcji szkód przez użytkowników substancji psychoaktywnych może pełnić zarówno rolę kompensującą jak i redukującą ryzyko doświadczania negatywnych konsekwencji używania. Empiryczne potwierdzenie takiej roli strategii redukcji szkód znaczyłoby, że strategie te mają swój udział w procesach *resilience*. Tego typu konceptualizacja strategii redukcji szkód nie była jeszcze przedmiotem badań empirycznych. Niniejszy projekt badawczy jest więc pierwszą próbą weryfikacji stosowania strategii redukcji szkód jako złożonego czynnika *resilience* wśród młodych osób, które używają substancji psychoaktywnych.

3. Zjawisko samoleczenia

Choroby i zaburzenia psychiczne są bardzo rozpowszechnione. Według ostatniego raportu z badań kondycji psychicznej mieszkańców Polski (EZOP II; Moskaiewicz i Wciórka, 2021), około jedna czwarta (26,5%) cierpi na jakiekolwiek zaburzenie psychiczne. Z kolei w Stanach Zjednoczonych nawet do 30% populacji spełnia kryteria jakiegoś zaburzenia zdrowia psychicznego, mierzonego według DSM-5 (Kessler i in., 2005). Większość tych przypadków jest łagodna, aczkolwiek każde tego typu zaburzenie poważnie obniża jakość życia osoby, która na nie cierpi. Co więcej, występowanie zaburzeń psychicznych często idzie w parze z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Szacuje się, że mniej więcej 20% osób, które przejawiają zaburzenia nastroju (depresja, dystymia, cyklotymia) nadużywa tych substancji. Podobna proporcja występuje w sytuacji odwrotnej – 20% osób z zaburzeniem używania substancji, ma współwystępujące zaburzenia nastroju (Grant i in., 2004). Inne badanie wykazało, że aż 51% osób, które spełniały kryteria nadużywania substancji psychoaktywnych w pewnym okresie życia, kiedyś spełniały także kryteria jakiegoś zaburzenia psychicznego (Kessler i in., 1996). Konsekwencje współwystępowania tych dwóch zjawisk obejmują m.in. nasilenie objawów obu zaburzeń, wydłużony przebieg trwania chorób oraz zwiększoną częstość korzystania z pomocy psychiatrycznej i psychologicznej.

Zrozumienie przyczyn występowania tego zjawiska może dostarczyć teoria samoleczenia lub redukcji napięcia. Mówi ona o tym, że osoby cierpiące na dane zaburzenie lub chorobę używają substancji psychoaktywnych by radzić sobie z występującymi symptomami (Lazareck i in., 2012). Teoria ta została pierwszy raz opublikowana w 1985 roku i dotyczyła używania heroiny i kokainy przy występujących zaburzeniach psychicznych. Od tego czasu jest szeroko omawiana w badaniach. W jednym z nich stwierdzono wręcz, że jest to jedna z najbardziej intuicyjnych teorii uzależnień od substancji psychoaktywnych (Khantzian, 2017). Przy czym w znaczącej większości przypadków to zaburzenie psychiczne poprzedzało używanie substancji (Lazareck i in., 2012).

Prawdopodobnie najlepszym rozwiązaniem tej problematyki byłoby zastosowanie działań profilaktycznych, które skupią się na leczeniu zaburzenia psychicznego, zanim nastąpi sięganie po substancje psychoaktywne w charakterze samoleczenia. Jest to o tyle istotne, że samoleczenie uważane jest za czynnik ryzyka wystąpienia uzależnienia od takich substancji jak marihuana, amfetamina, kokaina, opioidy oraz leki uspokajające i nasenne (Lazareck i in., 2012). Dowiedziono jednak, że skuteczne leczenie depresji u pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych skutkuje zmniejszeniem użycia tych substancji (Nunes i Quitkin, 1997).

Substancje psychoaktywne, w tym także te o dużym potencjale nadużywania, często stosowane są jako leki w opiece zdrowotnej. Za przykład mogą posłużyć: amfetamina w leczeniu ADHD, benzodiazepiny stosowane przy zaburzeniach lękowych, czy próby leczenia PTSD za pomocą terapii wspieranej użyciem MDMA, która jest obecnie w 3 fazie badań klinicznych (Mithoefer i in., 2019). W badaniach Hutten i in. (2019) oraz Muttoni i in. (2019), osoby z diagnozami zaburzeń psychicznych, które samoleczyły się za pomocą psychodelików, uznały to samoleczenie za bardziej skuteczne od samego leczenia u profesjonalisty. W związku z tym, subiektywnie postrzegana skuteczność tych substancji może być jednym z czynników przyczyniających się do ich używania.

Obserwacje te wspiera wiele badań przeprowadzanych obecnie nad medycznym zastosowaniem substancji psychodelicznych, sprawdzających ich przydatność w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych (Muttoni i in., 2019). Z podobną sytuacją mieliśmy już do czynienia w przypadku marihuany, o której niegdyś uważało się, że nie ma zastosowań medycznych, a aktualnie jej skuteczność potwierdzone jest m.in. w łagodzeniu przewlekłego bólu czy mdłości związanych z chemioterapią (Park i Wu, 2017). Zjawisko samoleczenia stanowi więc istotną i złożoną problematykę, która wymaga dalszych badań, w tym m.in. nad jego rozpowszechnieniem oraz korelacją z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych oraz związanymi z tym zaburzeniami. Niniejsze badanie ma na celu dostarczenie dalszych danych w tym zakresie.

Uzasadnienie badań nad zjawiskiem samoleczenia

Do opracowania i realizacji części tego projektu badawczego, która była poświęcona zjawisku samoleczenia, prowadziły dwie inspiracje. Pierwszą była chęć sprawdzenia, jakie jest rozpowszechnienie występowania chorób i zaburzeń psychicznych wśród młodzieży i młodych dorosłych sięgających po substancje psychoaktywne. Z zagranicznych badań wiemy, że zależność ta występuje i jest znacząca (Kessler i in., 1996; Conway i in., 2006). Nasze badanie kontynuuje te poszukiwania, umożliwiając bliższą charakterystykę osób przyjmujących substancje psychoaktywne, które jednocześnie cierpią na różne problemy zdrowia psychicznego. Badania te miały na celu uzyskanie odpowiedzi na pytania o subiektywne postrzeganie swojego zdrowia psychicznego i fizycznego, określić rozpowszechnienie poszczególnych zaburzeń w populacji, sprawdzić jakie substancje są najczęściej przyjmowane przy jakich zaburzeniach, oraz czy osoby te leczą się u profesjonalisty, jeśli tak to w jaki sposób, oraz jak to leczenie postrzegają.

Drugą przyczyną podjęcia przez nas tego tematu jest obserwowany obecnie renesans badań naukowych, w tym głównie klinicznych, nad zastosowaniem substancji psychodelicznych w leczeniu zaburzeń psychicznych (np. MDMA w leczeniu PTSD czy psylocybiny w leczeniu lekoopornej depresji). Wyniki tych badań są bardzo obiecujące. Popularyzacja tematu medycznego potencjału psychodelików (poprzez książki, artykuły prasowe, Internet) postępuje, co może skłaniać niektóre z osób cierpiących na zaburzenia i choroby psychiczne do szukania w nich lekarstwa, także poprzez czarny rynek, gdyż substancje te nie są legalne. Koreśponduje to także z teorią samoleczenia (Harris i Edlund, 2005), wskazującą, że osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą sięgać po substancje psychoaktywne by zaznać ulgi od swoich dolegliwości. Z tego względu, oprócz charakterystyki osób stosujących samoleczenie, drugim celem tego badania było opisanie zjawiska samoleczenia za pomocą różnych substancji psychoaktywnych, z zaznaczeniem częstości jego występowania i subiektywnie postrzeganej skuteczności z porównaniem do terapii u profesjonalisty.

III. CELE

Główne

Niniejszy raport przedstawia wyniki projektu badań dotyczących dwóch powiązanych ze sobą obszarów tematycznych, zrealizowanych wśród młodych ludzi, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używali substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, nikotyna czy kofeina. W związku z tym głównymi celami tych badań były:

- analiza związków pomiędzy stosowaniem strategii redukcji szkód a negatywnymi konsekwencjami związanymi z używaniem różnych substancji psychoaktywnych; oraz
- analiza zjawiska samoleczenia, czyli samodzielnego stosowania substancji psychoaktywnych w celu łagodzenia objawów zaburzeń zdrowia psychicznego.

Szczegółowe

Celami szczegółowymi zrealizowanych badań były:

- pomiar rozpowszechnienia używania różnych substancji psychoaktywnych oraz wybranych elementów wzorów ich przyjmowania;
- pomiar rozpowszechnienia stosowania strategii redukcji szkód ze względu na ich rodzaj i częstotliwość;
- identyfikacja źródeł wiedzy na temat stosowanych strategii redukcji szkód;
- pomiar częstotliwości i nasilenia negatywnych konsekwencji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych;
- pomiar subiektywnego stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, a także diagnoz zaburzeń zdrowia psychicznego;
- pomiar występowania zjawiska samoleczenia;
- weryfikacja psychospołecznych uwarunkowań używania substancji psychoaktywnych i nasilenia zaburzeń związanych z ich używaniem, w tym ocena związków z takimi czynnikami jak: percepcja ryzyka używania różnych substancji psychoaktywnych; motywacje używania substancji psychoaktywnych; samoregulacja; poczucie sprawczości; cechy osobowości w modelu „Wielkiej Piątki”, czynniki socjodemograficzne (płeć, wiek, wykształcenie) oraz wybrane wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego.

IV. METODA

1. Dobór próby

Badanie to miało charakter przekrojowy. Próba badawcza została dobrana w sposób celowy. Kryteria włączające do badania dotyczyły wieku oraz używania określonych substancji psychoaktywnych. Do udziału w badaniu zapraszano młodych ludzi w wieku 18 lat, którzy przynajmniej trzykrotnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy (poprzedzających udział w badaniu) używali substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, nikotyna i kofeina.

Do respondentów docierano za pomocą ogłoszeń o badaniu zamieszczanych na różnych witrynach internetowych, w tym głównie na stronach (fanpage'ach) i wewnętrznych grupach funkcjonujących na portalu Facebook; a także forach i innych stronach internetowych związanych z tematyką substancji psychoaktywnych. Administratorzy wybranych witryn byli proszeni o zgodę na zamieszczenie ogłoszenia. Prośby te były kierowane do administratorów w prywatnej wiadomości wysłanej przez Facebook Messenger w przypadku grup na portalu Facebook lub poprzez funkcję kontaktu z administratorami w przypadku forów lub innych stron internetowych. W tabeli 1. zestawiono nazwy witryn, na których po otrzymaniu zgody zamieszczono ogłoszenie o badaniu. Przy czym, uczestnicy badania byli proszeni o udostępnianie znajomym osobom informacji o prowadzonym badaniu, więc ogłoszenie to prawdopodobnie było zamieszczane także pod innymi adresami internetowymi.

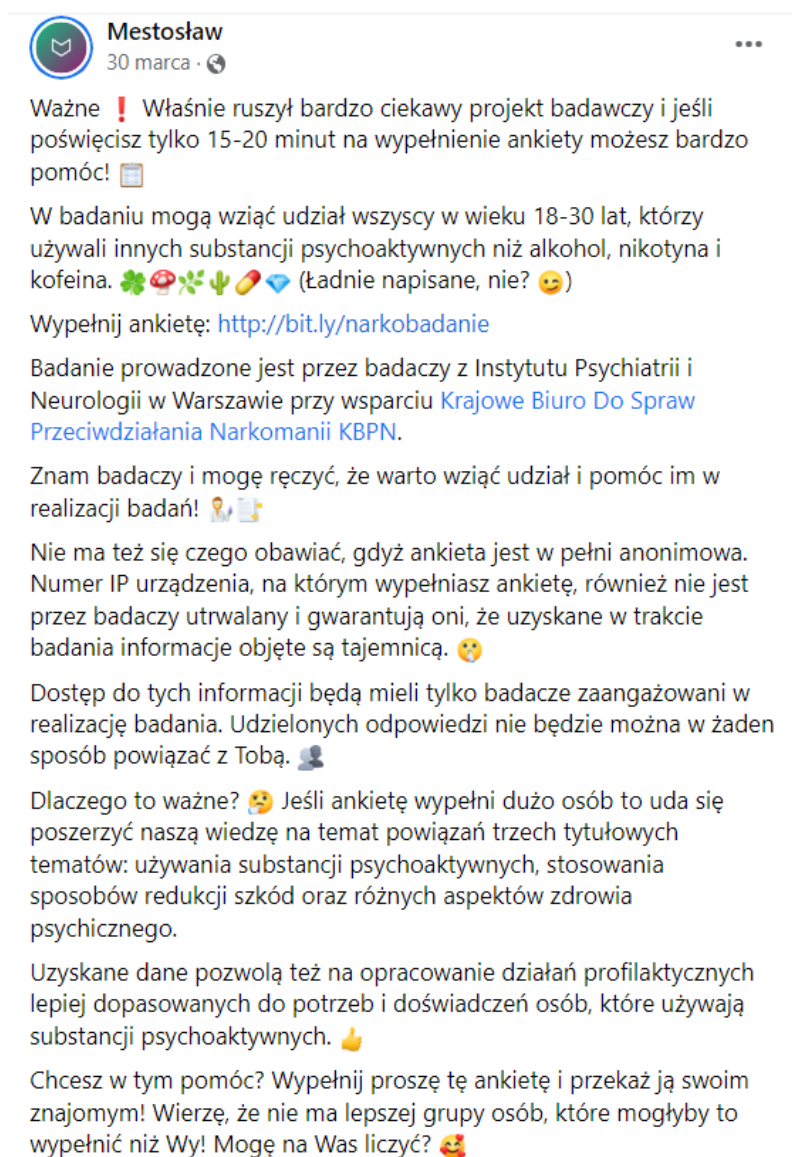
W rekrutacji uczestników badania podjęto współpracę z Mestosławem – twórcą internetowym i influencerem prowadzącym znaną w kraju działalność medialną poświęconą m.in. edukacji narkotykowej. W ramach tej współpracy opracowano treści informujące o badaniu oraz zachętę do wzięcia w nim udziału. Treści te zostały zamieszczone na profilach influencera na portalach społecznościowych (Facebook i Instagram), oficjalnej stronie internetowej (mestoslaw.pl) oraz w formie nagrania wideo, w którym influencer informował o badaniu i zachęcał do wzięcia w nim udziału. Nagranie to zostało ulokowane w kilku materiałach filmowych opublikowanych na kanale YouTube („Mestosław” i „Wiem co épiem”) w trakcie trwania rekrutacji do badania.

Tabela 1. Witryny internetowe na których zamieszczono ogłoszenia o realizowanym badaniu.

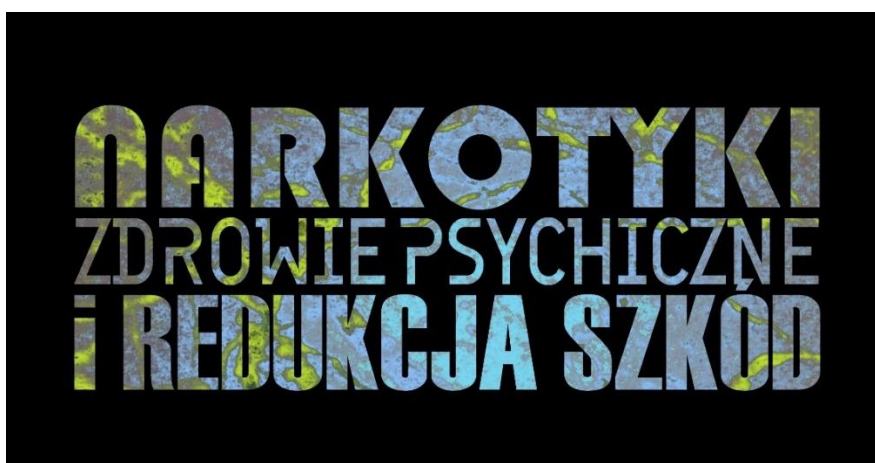
Rodzaj witryny internetowej	Nazwa
Strony (fanpage) na portalu Facebook	Spółeczna Inicjatywa Narkopolityki; Polska Sieć Polityki Narkotykowej; Inicjatywa Wolne Konopie; Polskie Towarzystwo Psychodeliczne; Polskie Partnerstwo Psychodeliczne; Fundacja PREKURSOR; Czyste Bity; WeedTeam
Grupy (wewnętrzne) na portalu Facebook	Psychodeliki.org; Redukcja szkód – harm reduction; Chemistery; Poznaj psychodeliki; Wixapol
Fora i inne strony internetowe	hyperreal.info dopalamy.com dopek.info 5ht2a.pl
Witryny prowadzone przez Mestosława	Mestosław (strona Facebook); Mestosław (profil Instagram); mestosław.pl (strona www); Metosław (kanał YouTube); Wiem co ćpiem (kanał YouTube)

Ogłoszenie o niniejszym badaniu (zarówno w przypadku postów zamieszczanych na różnych witrynach internetowych przez autorów badania, oraz treści promocyjnych influencerów) zawierało podstawowe informacje o badaniu (zakres tematyczny, autorzy, kryteria włączenia, zapewnienie poufności i anonimowości respondentów, spodziewany czas wypełniania ankiety, oraz źródło finansowania projektu), a także link do ankiety online. Obraz 1. przedstawia przykładowy post zamieszczony na portalu Facebook przez influencerów. Post ten był udostępniany także w wielu spośród stron i grup na portalu Facebook (Tabela 1.). Dodatkowo, każdemu z ogłoszeń towarzyszyło graficzne przedstawienie skróconego tytułu całości projektu badawczego (Obraz 2.).

Obraz 1. Przykładowy post z ogłoszeniem o badaniu zamieszczony na portalu Facebook.



Obraz 2. Grafika towarzysząca ogłoszeniom o badaniu zamieszczanym na portalach społecznościowych, forach i innych stronach internetowych.

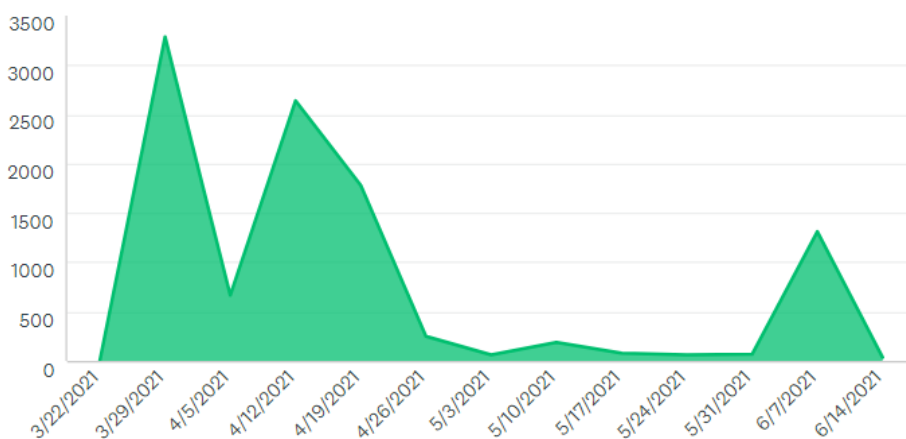


Badanie internetowe jest jednym z rekomendowanych sposobów dotarcia do populacji ukrytej, jaką są młodzież i młodzi dorośli używający substancji psychoaktywnych, w tym przede wszystkim substancji nielegalnych. Zaletą tej metodologii badań są: anonimowość, poufność, możliwości udziału w badaniu w miejscu i czasie wygodnym dla respondenta, oraz możliwość dotarcia do respondentów poprzez zaufane kanały wymiany informacji (Duncan i in., 2003). Metoda ta jest z powodzeniem wykorzystana w badaniach dotyczących używania substancji psychoaktywnych w różnych grupach wiekowych (np. Nicholson i in., 1999; Alessi i Martin, 2010; Carhart-Harris i Nutt, 2013; Miller i Sønderlund, 2010; Hunter, 2012).

2. Realizacja badań

Badania ankietowe zostały zrealizowane pomiędzy marcem i czerwcem 2021 roku. Wykres 1 prezentuje przebieg realizacji badania online (okresy szczytowe pokrywają się z publikacją treści promocyjnych przez współpracującego influencera). Łącznie do badania online przystąpiło 10 415 osób, co znacznie przekraczało zakładaną minimalną liczbę respondentów (600 osób).

Wykres 1. Przebieg realizacji badań: liczba ankiet wypełnianych w poszczególnych dniach.



Przygotowanie bazy danych do analiz

Po zamknięciu możliwości wypełniania ankiety online (zakończeniu tej fazy badań), baza danych została przygotowana do analiz statystycznych. W pierwszym kroku wyeliminowano z bazy ankiety z bardzo dużymi brakami danych, co jest mankamentem badań online. Przyjęto,

że ankiety, w których braki danych przekraczają (bądź są równe) 80% odpowiedzi na kluczowe pytania, zostaną wyeliminowane z bazy danych. W ten sposób wyeliminowano 2948 ankiet (28%). Ponadto, wykluczono także ankiety osób, które nie spełniały kryteriów włączenia do badania, czyli osoby niepełnoletnie, starsze niż 30 lat oraz osoby, które nie używały żadnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna w ostatnim roku. Wykluczono również ankiety osób, którzy nie podali podstawowych danych socjodemograficznych (płeć i wiek). W efekcie odrzucono 3 162 ankiet (30%), co obniżyło liczebność badanej grupy do 7325 osób (70% wszystkich, którzy otworzyli ankietę online). Taka grupa została poddana analizom opisowym. Na potrzeby wielozmiennych analiz statystycznych (analiza regresji liniowej i analizy korelacyjnej dotyczące zmiennych psychospołecznych) przeprowadzono imputację danych z wykorzystaniem metody Multiple Imputation (Graham, 2009; Moczko, 2012). Spowodowało to, że z bazy danych odrzucono kolejne 1268 ankiet, które w interesujących nas zmiennych zawierały liczby braków danych powyżej progu akceptowalnego dla ich imputacji (tj. powyżej 10% braków danych). W związku z tym, niektóre spośród analiz zostały przeprowadzone na grupie 6057 osób (58% wszystkich, którzy otworzyli ankietę online). Analizy dotyczące kwestii samoleczenia zostały przeprowadzone na mniejszej próbie (n=1791) osób, które potwierdziły w badaniu, że miały kiedykolwiek w życiu postawioną diagnozę psychiatryczną.

Pilotaż

Realizacja badań właściwych, których wyniki są przedmiotem tego raportu, została poprzedzona badaniem pilotażowym zrealizowanym w październiku i listopadzie 2020 r. Badanie pilotażowe objęło łącznie 544 osoby, które zostały zrekrutowane za pomocą tej samej metodologii, to jest poprzez ogłoszenia o badaniu zamieszczone na kilku stronach i grupach na portalu Facebook. W pilotażu nie korzystano z pomocy influencera. Celem badania pilotażowego było sprawdzenie wykonalności badania w Internecie, weryfikacja pytań ankietowych i narzędzi pomiarowych (dotyczących stosowania strategii redukcji szkód oraz zjawiska samoleczenia wśród osób używających substancji psychoaktywnych) oraz dostarczenie wstępnych wyników. Uczestnicy badań pilotażowych byli proszeni o udzielanie szczegółowych informacji zwrotnych na temat poszczególnych pytań ankietowych (w tym oceny zrozumiałości pytań), jak również swoich wrażeń z jej wypełniania oraz propozycji zmian. Otrzymane informacje zwrotne zostały wykorzystane do modyfikacji ankiety, którą zastosowano w niniejszym badaniu (właściwym). Szczegółowe informacje na temat organizacji, przebiegu realizacji i wyników badań pilotażowych, a także wniosków dla badań właściwych, zostały opisane w całościowym raporcie z badań pilotażowych, który został złożony do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

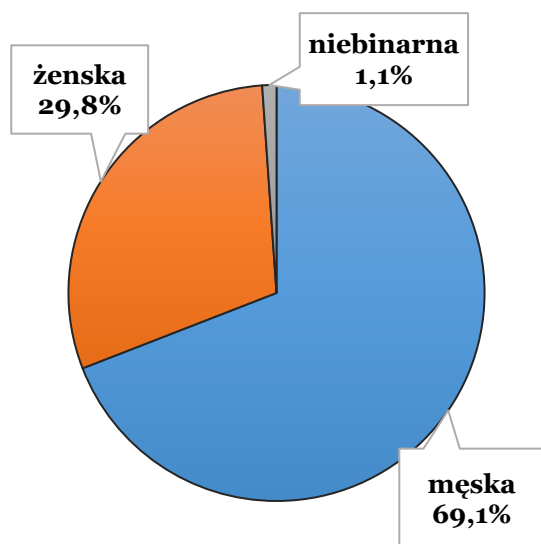
Zgoda Komisji Bioetycznej

Na realizację niniejszego badania otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii (załącznik 2).

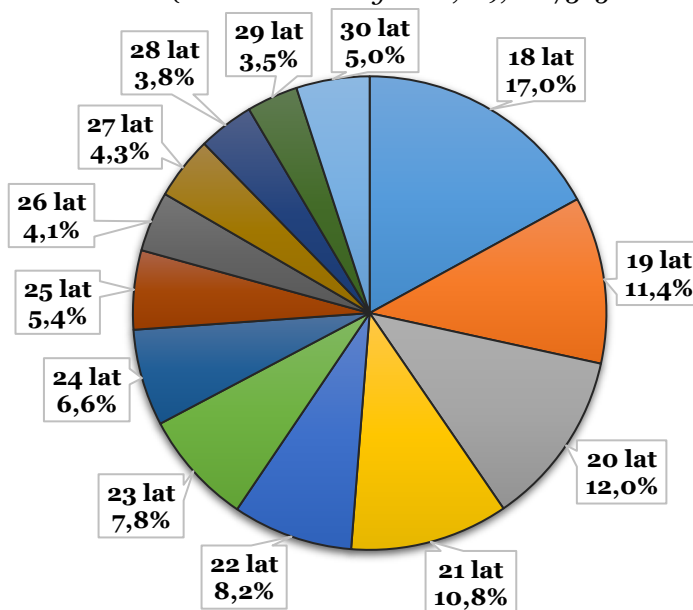
3. Charakterystyka uczestników badań

Spośród 7325 osób zakwalifikowanych do analiz zdecydowaną większość stanowili mężczyźni (69,1%); natomiast 80 osoby zadeklarowały się jako niebinarne (1,1%); rozkład ze względu na płeć został przedstawiony na wykresie 2. W badaniu wzięli udział młodzi ludzie w wieku 18-30 lat (wykres 3.); średnia wieku to 22,3 lata (SD = 3,63). Najliczniejszą grupą stanowili 18-latkowie (17,0%), a najmniej liczną osoby w wieku 29 lat (3,5%).

Wykres 2. Rozkład procentowy respondentów ze względu na płeć (%), N=7325.



Wykres 3. Rozkład procentowy respondentów ze względu na wiek (liczba ukończonych lat; %), N=7325.



Grupa badana charakteryzowała się także dużym zróżnicowaniem ze względu na miejsce zamieszkania. Jedna trzecia respondentów (33,7%) pochodziła z bardzo dużych miast (powyżej 500 tys. mieszkańców), jedna piąta (20,5%) z dużych miast (od 100 do 500 tys.), 28,8% z małych lub średnich miast, a 16,9% mieszkała na wsi. Największa grupa uczestników legitymowała się wykształceniem średnim (ok. 62,2%), 22,1% miało wykształcenie wyższe, 5,7% wykształcenie zasadnicze zawodowe, a 10% wykształcenie podstawowe. Połowa spośród respondentów (50,2%) mieszkała z rodzicami, ok. 20% z partnerem lub partnerką, 17% samemu/samej (w wynajętym pokoju lub mieszkaniu), ok. 3% mieszkało z żoną lub z mężem, 1,4% mieszkało z innymi studentami w akademiku, a 8,4% zadeklarowało mieszkanie gdzie indziej. Aktualnie (w okresie uczestnictwa w badaniu), jedna czwarta respondentów (25,2%) uczyła się w różnych szkołach, a podobny grupa respondentów (26,4%) studiowała na uczelniach wyższych. Z kolei niemal połowa uczestników (47%) podała, że pracowała zawodowo, lub że była bezrobotna (ok. 7%).

4. Narzędzia i zmienne

Niniejsze badanie miało charakter przekrojowy. Narzędziem wykorzystanym do zbierania danych samoopisowych była ankieta online. Formularz ankiety online został przygotowany za pomocą specjalistycznej platformy do internetowych badań ankietowych SurveyMonkey (surveymonkey.com). Jak wspomniano powyżej, narzędzie to zostało sprawdzone w badaniu pilotażowym, na podstawie którego dokonano kilku modyfikacji, w efekcie czego powstała ankieta wykorzystana w niniejszym badaniu (załącznik 1). Poniżej opisano pojedyncze pytania i skale wykorzystane do badania poszczególnych zmiennych wraz z podaniem ich źródeł oraz wybranych danych psychometrycznych.

Używanie substancji psychoaktywnych

Do badania częstości, rodzaju oraz wzorów używania substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) zastosowano kilka pytań zaczerpniętych z testu DUDIT oraz pytań opracowanych przez autorów tych badań. Treść tych pytań oraz niektóre informacje psychometryczne zostały zestawione w tabeli 2 oraz opisane poniżej.

Częstość i rodzaj używania substancji psychoaktywnych

Pytania do pomiaru częstości używania substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) zostały zaczerpnięte z polskiej wersji testu przesiewowego DUDIT (Tabela 2, pyt. 2). Zmianą w odniesieniu do oryginalnych treści pytań w teście DUDIT było zastąpienie określenia „narkotyki”, określeniem „substancje psychoaktywne inne niż alkohol i nikotyna”. W niniejszym badaniu nie odwoływano się bowiem do ogólnej kategorii „narkotyk” (jak w oryginale testu DUDIT), ani też do poszczególnych substancji psychoaktywnych, ale do ich nadrzędnych (ośmiu) rodzajów, definiowanych poprzez psychofarmakologiczny profil działania. Konkretnie, było to: marihuana, syntetyczne kannabinoidy, stymulanty, empatogeny, psychodeliki, dysocjanty, opioidy oraz leki uspokajające i nasenne na receptę stosowane poza wskazaniami lekarza. Zabieg ten pozwolił na znaczne ograniczenie liczby uwzględnionych pozycji (itemów) w narzędziu badawczym. Co więcej, po badaniu pilotażowym, ze skali tej odrzucono pozycję „substancje wziewne”, ponieważ ich deklarowane używanie było na bardzo niskim poziomie (poniżej 1%).

Ponadto, pytania o poszczególne rodzaje substancji psychoaktywnych było poprzedzone ogólnym pytaniem przesiewowym, dotyczącym szacowanej częstości używania substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna), opracowanego na podstawie pytania

zastosowanego w polskiej wersji testu DUDIT (Tabela 2, pyt. 1). Poza tym zastosowano pytanie z testu DUDIT, które dotyczyło szacowanej częstości używania substancji „w typowy dzień, w który się ich używa” z 5-stopniową skalą odpowiedzi od 1 = „1 raz”, do 5 = „7 razy lub więcej” (Tabela 2, pyt. 4).

Dla zachowania spójności z kryteriami włączenia do uczestnictwa w badaniu, częstość picia alkoholu i używania nikotyny była mierzona za pomocą oddzielnych pytań, zamieszczonych pod koniec ankiety. Do pomiaru częstości picia alkoholu zastosowano skalę analogiczną do pomiaru używania poszczególnych rodzajów substancji psychoaktywnych (Tabela 2, pyt. 7). Z kolei do pomiaru częstości używania nikotyny zastosowano pytanie zaczerpnięte z badań mokotowskich (Ostaszewski i in., 2017). Pytanie to („Czy palisz papierosy lub inne wyroby tytoniowe?”) dotyczyło ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie i posiadało 5-stopniową skalę odpowiedzi (od 1 = „Nie”, do 5 = „Tak, codziennie”).

Skala częstości używania substancji psychoaktywnych została stworzona poprzez zsumowanie i uśrednienie wartości wszystkich ośmiu pytań o używanie poszczególnych rodzajów substancji ($M = 0.90$, $SD = 0.53$, $\min = 0$, $\max = 4.5$). Rozkład tej skali odbiegał od rozkładu normalnego, ale jego skośność = 1.18 i kurtოza = 2.39 były na akceptowalnym poziomie dla analiz parametrycznych. Spójność wewnętrzna skali osiągnęła minimalny akceptowalny poziom (α Cronbacha = 0.64).

Mieszanie substancji

W celu zbadania skali zjawiska używania różnych substancji psychoaktywnych podczas jednej okazji wykorzystano pojedyncze pytanie zaczerpnięte z polskiej wersji testu przesiewowego DUDIT (Tabela 2, pyt. 3).

Miejsca/konteksty używania

Pytanie dotyczące miejsca/kontekstu używania substancji psychoaktywnych zostało opracowane na podstawie wyników badań jakościowych (Greń, Ostaszewski, Dąbrowska i Wieczorek, 2021), obejmujących szereg elementów wchodzących w skład wzorów używania substancji, w tym miejsca i kontekstu ich używania. Na podstawie tego badania opracowano listę pozycji z możliwością odpowiedzi wielokrotnego wyboru spośród 6 kategorii, tj. „w domu”, „u znajomego/znajomej”, „na zewnątrz”, „na imprezie w klubie lub festiwalu”, „w szkole/pracy”, „podczas zorganizowanej ceremonii”, wraz z kategorią „inne” z dołączoną rubryką na wpisanie odpowiedzi. Lista ta była poprzedzona pytaniem „Gdzie najczęściej używałeś(aś) substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy?” (Tabela 2., pyt. 5).

Używanie substancji samemu vs. w towarzystwie.

Do pomiaru tej kwestii wykorzystano pojedyncze pytanie opracowane przez autorów tych badań (Tabela 2, pyt. 6).

Tabela 2. Pytania do pomiaru częstości i wzorów używania substancji psychoaktywnych.

	Pytanie ankietowe	Skala / kategorie	Źródło
1	<i>Jak często przyjmujesz substancje psychoaktywne inne niż alkohol i nikotyna?</i>	6-punktowa skala typu Likerta (od 0 = „Nigdy”, do 5 = „4 razy w tygodniu lub częściej”)	Adaptacja pytań z testu DUDIT (Klimkiewicz i in., 2020)
2	<i>Zaznacz jak często (jeśli w ogóle), w ciągu ostatnich 12 miesięcy, używałeś(aś) poszczególnych rodzajów substancji psychoaktywnych? (8 itemów)</i>	6-punktowa skala typu Likerta (od 0 = „Nigdy”, do 5 = „4 razy w tygodniu lub częściej”)	
3	<i>Jak często (jeśli w ogóle) przyjmujesz więcej niż jeden rodzaj substancji psychoaktywnej (innych niż alkohol i nikotyna) za jednym razem?</i>	5-punktowa skala typu Likerta (od 0 = „Nigdy”, do 4 = „4 razy w tygodniu lub częściej”)	Pytania zaczerpnięte z testu DUDIT (Klimkiewicz i in., 2020)
4	<i>Ile razy przyjmujesz substancje psychoaktywne (inne niż alkohol i nikotyna) w typowy dzień, w który je używasz?</i>	5-punktowa skala typu Likerta (od 1 = „1 raz” do 5 = „7 lub więcej”)	
5	<i>Gdzie najczęściej używałeś(aś) substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) w ciągu ostatnich 12 miesięcy?</i>	6 jakościowych kategorii odpowiedzi wielokrotnego wyboru	Ostaszewski, Greń, Dąbrowska i Wieczorek, 2018
6	<i>W ciągu ostatnich 12 miesięcy zazwyczaj używałeś(aś) substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) samemu/ samej czy w czyimś towarzystwie?</i>	5 jakościowych kategorii odpowiedzi, uporządkowanych na skali	Opracowanie własne
7	<i>Zaznacz jak często (jeśli w ogóle), w ciągu ostatnich 12 miesięcy, piłeś(aś) alkohol?</i>	6-punktowa skala typu Likerta (od 0 = „Nigdy”, do 5 = „4 razy w tygodniu lub częściej”)	Adaptacja z: test DUDIT (Klimkiewicz i in., 2020)

Strategie redukcji szkód

Stosowanie strategii redukcji szkód

Do pomiaru częstości stosowania strategii redukcji szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych zastosowano skalę składającą się z 26 pytań, z 4-punktową skalą odpowiedzi (od 1 = „Nie, wcale” do 4 = „Tak, za każdym razem”). Lista pytań była poprzedzona ogólnym pytaniem: *„Czy stosujesz któreś z następujących sposobów ograniczenia ryzyka i szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna)? Pomyśl o okresie ostatnich 12 miesięcy”*. Narzędzie to zostało opracowane przez autorów tych badań na podstawie badań jakościowych dotyczących stosowania tego typu strategii przez młodzież używającą różnych substancji (Ostaszewski, Greń, Dąbrowska i Wieczorek, 2018; Greń, Ostaszewski, Dąbrowska i Wieczorek, 2021). Wzięto także pod uwagę dotychczasowe, zagraniczne narzędzia do pomiaru strategii redukcji szkód specyficznych dla alkoholu (Martens i in., 2004; Pearson, 2013) oraz marihuany (Pedersen i in., 2016).

W badaniu pilotażowym lista strategii obejmowała 41 pytań, których liczba została zredukowana na podstawie wyników analizy czynnikowej. Niektóre z pytań odrzucono, a inne połączono ze sobą (np. „Używam substancji w bezpiecznym otoczeniu”, „Używam substancji w zaufanym towarzystwie” oraz „Upewniam się, że używam substancji z ludźmi, którzy mogą udzielić mi pomocy, gdyby była taka potrzeba” zostały połączone w pozycje „Używam substancje tylko w bezpiecznym otoczeniu i przy zaufanym towarzystwie”).

Skala częstości stosowania strategii redukcji szkód została utworzona poprzez zsumowanie i uśrednienie wartości wszystkich 26 pytań ($M = 2.95$, $SD = 0.51$, $\min = 1$, $\max = 4$). Rozkład tej skali był zbliżony do rozkładu normalnego (skośność = -0.52 ; kurtozą = $.01$). Analiza rzetelności wykazała bardzo wysoką spójność wewnętrzną tej skali (α Cronbacha = 0.90).

Źródła wiedzy na temat strategii redukcji szkód

Do zbadania źródeł wiedzy na temat strategii redukcji szkód zastosowano dwa powiązane ze sobą pytania. Pierwsze z nich brzmiało: *„Skąd dowiedziałeś(aś) się o stosowanych przez siebie sposobach (strategiach) ograniczania ryzyka lub szkód?”*. Drugie pytanie sprowadzało się do prośby o wskazanie „głównego źródła wiedzy” w przypadku, gdy w poprzednim pytaniu odznaczyło się więcej niż jedną odpowiedź. W obydwu pytaniach respondenci mieli możliwość wyboru spośród 12 jakościowych kategorii (np. „YouTube”, „od znajomego/ znajomej”, „z własnego doświadczenia”), przy czym w przypadku pierwszego pytania możliwe było odznaczenie kilku odpowiedzi.

Pytania te zostały opracowane na podstawie wyników badań jakościowych, w których identyfikacja źródeł wiedzy w tym zakresie było jednym z głównych celów (Greń, Ostaszewski, Dąbrowska i Wieczorek, 2021). Modyfikacją dokonaną na podstawie wyników badania pilotażowego było rozbiecie odpowiedzi „z Internetu” na cztery podkategorie („fora internetowe”, „grupy facebookowe”, „kanały YouTube”, oraz „inne strony lub portale internetowe”), co umożliwiło uzyskanie precyzyjniejszej odpowiedzi na temat internetowych źródeł wiedzy respondentów.

Negatywne konsekwencje używania substancji

Doświadczenie szkód i problemów związanych z używaniem substancji

Do pomiaru częstości doświadczania szkód i problemów wykorzystano skalę składającą się z 29 pytań obejmujących niekorzystne konsekwencje używania substancji psychoaktywnych, w tym konsekwencje zdrowotne (zdrowie somatyczne i psychiczne), społeczne, prawne i finansowe. Skala ta była poprzedzona ogólnym pytaniem: „*Jak często (jeśli w ogóle) w ciągu ostatnich 12 miesięcy, doświadczyłeś(aś) następujących szkód lub problemów W ZWIĄZKU Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (np. w trakcie lub po używaniu)?*”, z 5-stopniową skalą odpowiedzi (od 1 = „Nigdy” do 4 = „Za każdym razem”). Pytanie to było wynikiem adaptacji przygotowanej na podstawie literatury przedmiotu (patrz: Wprowadzenie, podrozdział Negatywne konsekwencje związane z używaniem substancji). Ostateczna liczba pytań dotyczących szkód/problemów powstała w oparciu o wyniki analizy czynnikowej oraz analizy rzetelności, przeprowadzonych w ramach badań pilotażowych.

Skala częstości doświadczania szkód/problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych powstała poprzez zsumowanie i uśrednienie wartości wszystkich 29 pytań ($M = 0.63$, $SD = 0.50$, $min = 0$, $max = 3.38$). Rozkład tej skali odbiegał od rozkładu normalnego, ale jej skośność = 1.23 i kurtoza = 1.66 były na poziomie akceptowalnym dla analiz parametrycznych. Skala ta miała wysoką spójność wewnętrzną (α Cronbacha = 0.93).

Zaburzenia związane z używaniem substancji

Do pomiaru nasilenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) wykorzystano polską wersję testu przesiewowego Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT; Klimkiewicz i in., 2020). Test ten cechuje się dobrą czułością i swoistością w ankietowych badaniach populacyjnych. Dla zachowania spójności z pozostałymi pytaniami w ankiecie termin „narkotyki” zastąpiono terminem „substancje psychoaktywne inne niż alkohol i nikotyna”.

Przykładowe pytanie: „*Pomyśl o swoim używaniu substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Zaznacz jak często... [np. czułeś(aś) tak silne pragnienie używania, że nie potrafiłeś(aś) mu się oprzeć?]*. Pytania od 1 do 9 posiadały 5-punktową skalą odpowiedzi typu Likerta (od 0 = „Nigdy” do 4 = „Codziennie lub prawie codziennie”), natomiast pytania 7-8 miały 3-punktową skalę odpowiedzi: 0 = „Nie”, 2 = „Tak, ale nie w ostatnich 12 miesiącach”, 4 = „Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy”.

Wyniki testu liczone sumując punkty z 11 pytań należących do testu (zakres wartości od 0 do 44), co utworzyło indeks nasilenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna ($M = 10.67$, $SD = 8.16$, $min = 0$, $max = 44$). Rozkład tego indeksu odbiegał od rozkładu normalnego, ale jego skośność (1,22) i kurtoza

(1,25) były na poziomie akceptowalnym do analiz parametrycznych. Zgodnie z interpretacją wyników testu DUDIT respondenci, którzy otrzymali wynik w przedziale 0-6 punktów nie wykazywali objawów zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych; wynik w przedziale 7-24 punkty świadczył o występowaniu problemów związanych z używaniem substancji (szkodliwy wzór używania), które wymagają dalszej diagnozy. Z kolei osoby, u których suma punktów wyniosła 25 lub więcej, były prawdopodobnie uzależnione od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna lub miały zaburzenia związane z ich używaniem (Bergman, Bergman, Palmstierna i Schlyter, 2003). Punkt odcięcia (7 pkt.), który wskazuje na prawdopodobne występowanie symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji, jest zgodny z ustaleniami polskiej adaptacji testu DUDIT (Klimkiewicz i in., 2020).

Zjawisko samoleczenia

W celu pomiaru ewentualnego używania substancji psychoaktywnych w ramach samoleczenia wśród respondentów, zastosowano serię pytań z regułami przejść. Po pierwszym pytaniu o charakterze przesiewowym („Czy lekarz lub psychoterapeuta kiedykolwiek zdiagnozował u Ciebie zaburzenie lub chorobę psychiczną?”, odp. „Nie”=0 lub „Tak”=1), w ankiecie następowały pytania o poszczególne diagnozy psychiatryczne. Pytania te dotyczyły dziewięciu diagnoz, których lista została opracowana na podstawie wyników badania pilotażowego, w którym zastosowano pytanie otwarte. Diagnozy te obejmowały: 1/ depresję, 2/ osobowość typu borderline, 3/ zaburzenia lękowe, 4/ chorobę afektywną dwubiegunową, 5/ zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, 6/ ADHD lub ADD, 7/ autyzm lub zespół Aspergera, 8/ uzależnienie od substancji psychoaktywnych, 9/ schizofrenie lub psychozę. Do tej listy dodano także pytanie o zdiagnozowanie innej niż wymienione choroby/zaburzenia psychiczne (z oknem na wpisanie nazwy tej lub tych diagnoz w przypadku odpowiedzi twierdzącej).

Jeśli respondent potwierdził daną diagnozę, zadawane były pytania o korzystanie z leczenia zleconego przez lekarza lub psychoterapeutę (odp. „Nie”, „Tak, poprzez przepisane leki”, „Tak, poprzez psychoterapię”, „Tak, poprzez leki i psychoterapię”, „Tak, inaczej (napisz jak):”). W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej zadawane było pytanie o ocenę skuteczności podjętego leczenia (z czterostopniową skalą odpowiedzi, od 1 = „Zdecydowanie nie zadziałało” do 4 = „Zdecydowanie zadziałało”); natomiast w przypadku odpowiedzi przeczącej następowało przejście do kolejnego pytania – o „podejmowanie prób leczenia na własną rękę” (odp. „Tak” lub „Nie”). Było to pytanie wstępne względem następnego, o samoleczenie: „Czy w celu leczenia tej choroby/zaburzenia na własną rękę używałeś(aś) substancji psychoaktywnych (innych niż leki przypisane przez lekarza)?”. Zadaniem tego wstępnego pytania o próby leczenia się na własną rękę miało na celu niesugerowanie respondentom, że mogą oni samoleczyć się substancjami psychoaktywnymi. Odpowiedź twierdząca na drugie pytanie o samoleczenie powodowała wyświetlenie tabeli z poszczególnymi rodzajami substancji (analogicznych do pytania o częstość i rodzaj używania substancji psychoaktywnych z początku ankiety), których używanie w celu samoleczenia można było zaznaczyć na czterostopniowej skali odpowiedzi, od 1 = „Zdecydowanie nie zadziałało” do 4 = „Zdecydowanie

zadziałało”; lub wybrać odpowiedź „Nie dotyczy”). Odpowiedź przecząca przekierowywała do pytania o kolejną diagnozę psychiatryczną.

W tej części ankiety zastosowano więc funkcję przejść pomiędzy poszczególnymi pytaniami. Pytania te (np. o posiadanie danej diagnozy psychiatrycznej) – w zależności od udzielonych odpowiedzi – powodowały albo zadanie pytań pogłębiających (np. o podjęcie się leczenia danego zaburzenia lub choroby psychicznej) albo przejście do kolejnych pytań (np. o posiadanie innej diagnozy psychiatrycznej). Ta „personalizacja” ankiety znacząco obniżyła ogólną liczbę pytań zadawanych poszczególnym respondentom (czyli osobom nie posiadającym określonych diagnoz psychiatrycznych nie zadawano żadnych pytań o ich leczenie i samoleczenie).

Pytania wykorzystane do pomiaru zjawiska samoleczenia były adaptacją pytań dotyczących skuteczności leczenia problemów zdrowia psychicznego przez stosowanie niewielkich dawek nielegalnych substancji psychoaktywnych (psychodelików) zastosowanych w badaniach Manson i Kuypers (2018) oraz Hutten i in. (2019).

Czynniki psychospołeczne

Percepcja ryzyka związanego z używaniem substancji

Do pomiaru subiektywnej oceny ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji psychoaktywnych zastosowano ogólne pytanie: *„Jak oceniasz ryzyko, że sobie zaszkodzisz (zdrowotnie bądź w inny sposób) gdybyś używał(a) następujących rodzajów substancji”*, z listą 8 rodzajów substancji psychoaktywnych (taką samą jak w pytaniu o częstość używania substancji), oraz 5-stopniową skalą typu Likerta (od 1 = „Brak ryzyka” do 5 = „Bardzo wysokie ryzyko”). Tak więc, składało się ono z ośmiu pytań, które tworzyły skalę (α Cronbacha = 0,77). Narzędzie to było własną adaptacją pytań zaczerpniętych z ankiety do badań ESPAD (Sierosławski, 2020).

Motywy używania substancji

Do pomiaru motywów używania substancji psychoaktywnych wykorzystano skalę opracowaną przez Boys, Marsden i Strang (2001): *„Jak często (jeśli w ogóle), w ciągu ostatnich 12 miesięcy, używałeś(aś) substancji psychoaktywnych z następujących powodów?”* (18 itemów, np. *Poprawa złego nastroju, Oderwanie się od aktualnych problemów, Zrelaksowanie się, Poczucie odurzenia lub bycia pod wpływem, Zintensyfikowanie wrażeń*). Pytania te zawierały 5-stopniowe skale odpowiedzi typu Likerta (od 1 = „Nigdy” do 5 = „Zawsze”).

Zsumowanie oraz uśrednienie wartości poszczególnych pytań tworzy skalę motywów używania substancji ($M = 1.43$, $SD = 0.61$, skośność = 0.40, kurtoza = 0.16), o wysokiej spójności wewnętrznej (α Cronbacha = 0.848). Za autorami oryginalnej skali wyróżniono także pięć

podskal: 1/ *modulacji nastroju* (5 itemów, np. poprawa złego nastroju, $\alpha=0.692$), 2/ *odczuwania efektów fizycznych* (4 itemy, np. zintensyfikowanie wrażeń seksualnych, $\alpha=0.485$), 3/ *kontaktów społecznych* (4 itemy, np. zwiększenie radości z przebywania z przyjaciółmi, $\alpha=0.768$), 4/ *ułatwienia wykonywania czynności* (3 itemy, np. pomoc w koncentracji na pracy lub nauce, $\alpha=0.622$), oraz 5/ *modulacji działania innych substancji* (2 itemy, wzmocnienie działania innych substancji oraz łagodzenie efektów działania innych substancji $\alpha=0.535$).

Cechy osobowości w modelu „Wielkiej Piątki”

Do pomiaru cech osobowości, zgodnych z pięcioczynnikowym modelem osobowości (tzw. „Wielkiej Piątki”) wykorzystana została polska adaptacja skali Ten-Item Personality Inventory (TIPI-PL; Sorokowska, Sorokowski i Zbieg, 2014). Skala ta składa się z dziesięciu pytań poprzedzonych zdaniem „*Spostrzegam siebie jako osobę...*”. TIPI-PL umożliwia pomiar pięciu podstawowych cech (ekstrawersja; stabilność emocjonalna, czyli przeciwieństwo neurotyczności; otwartość na doświadczenie; ugodowość i sumienność), które stanowią najbardziej ogólne i ponadkulturowe wymiary osobowości. W tabeli 3. zestawiono wskaźniki (pytania) uwzględnione do pomiaru poszczególnych cech osobowości, wraz z wartością współczynników korelacji (r Pearsona) pomiędzy odpowiedziami na pary pytań. Respondenci udzielali odpowiedzi na poszczególne pytania na 7-stopniowej skali typu Likerta (od 1 = „Zdecydowanie nie zgadzam się”, do 7 = „Zdecydowanie zgadzam się”).

Tabela 3. Pytania do pomiaru cech osobowości, współczynniki korelacji (r Pearsona) oraz inne dane opisowe w; min=1, max=7.

Cechy osobowości	<i>Spostrzegam siebie jako osobę:</i>	Korelacja	M (SD)	Skośność/ kurtoza
Ekstrawersja	...lubiącą towarzystwo innych, aktywną i optymistyczną	0,596	4,95 (1,50)	-0.53/ -0.48
	...zamkniętą w sobie, wycofaną i cichą (odwrócone)			
Ugodowość	...zgodną, życzliwą	0,455	5,30 (1,16)	-0.70/ 0.23
	...krytyczną względem innych, konfliktową (odwrócone)			
Sumienność	...sumienną, zdyscyplinowaną	0,591	4,41 (1,43)	-0.30/ -0.62
	...źle zorganizowaną, niedbałą (odwrócone)			
Stabilność emocjonalna	...niemartwiącą się, stabilną emocjonalnie	0,659	4,10 (1,68)	-0.77/ -1.01
	...pełną niepokoju, łatwo wpadającą w przygnębienie (odwrócone).			
Otwartość na doświadczenie	...otwartą na nowe doznania, w złożony sposób postrzegającą świat	0,176	5,13 (1,06)	-0.20/ -0.06
	...trzymającą się utartych schematów, biorącą rzeczy wprost (odwrócone)			

Poczucie sprawczości

Do pomiaru poczucia sprawczości zastosowano polską adaptację Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES; Schwarzer, Jerusalem i Juczyński, 2007). Jest to krótka skala, składająca się z dziesięciu pytań odnoszących się do spostrzegania własnej skuteczności (np. *„Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram”*). Respondenci byli proszeni o odniesienie do siebie poszczególnych pytań oraz udzielenie odpowiedzi na 4-stopniowej skali typu Likerta (1 = „Nieprawdziwe”, 2 = „Raczej nieprawdziwe”, 3 = „Raczej prawdziwe”, 4 = „Prawdziwe”). Zsumowanie i uśrednienie wartości wszystkich pytań utworzyło skalę poczucia sprawczości ($M = 3.04$, $SD = 0.52$, skośność = -0.50, kurtoza = 0.43), która cechowała się wysoką spójnością wewnętrzną (α Cronbacha = 0.88).

Samoregulacja

Do pomiaru zdolności do samoregulacji zastosowano własną adaptację skali Short Self-Regulation Questionnaire (SSRQ; Pichardo, Justicia, de la Fuente Martinez-Vicente, Berben 2014). Skala ta składa się z 17 pytań z 5-stopniową skalą odpowiedzi typu Likerta (od 1 = „Zdecydowanie nie zgadzam się” do 5 = „Zdecydowanie się zgadzam”). Wykorzystywana w analizach skala samoregulacji została utworzona poprzez zsumowanie i uśrednienie wartości wszystkich 17 pytań ($M = 3.34$, $SD = 0.66$, skośność = -0.21, kurtoza = -0.19). Analiza psychometryczna tej skali wykazała wysoką spójność wewnętrzną (α Cronbacha = 0.89).

Wybrane wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego

Samoocena zdrowia fizycznego i psychicznego

W celu pomiaru subiektywnej oceny własnego zdrowia psychicznego i fizycznego respondenci odpowiadali na dwa pojedyncze pytania: *„Czy uważasz się za osobę zdrową fizycznie?”* oraz *„Czy uważasz się za osobę zdrową psychicznie?”*. Obydwa pytania zawierały 4-punktową skalę odpowiedzi typu Likerta (od 1 = „Zdecydowanie nie” do 4 = „Zdecydowanie tak”). Pytania zostały opracowane przez autorów badania.

Tendencje samobójcze

W celu pomiaru występowania tzw. tendencji samobójczych wśród respondentów zastosowano skalę składającą się z 5 pytań. Cztery z nich, tj. 1/ *„...czuleś(aś) się tak źle, że pragnąłeś(pragnęłaś) umrzeć?”*, 2/ *„...przychodziły Ci do głowy myśli samobójcze?”*, 3/ *„...próbowałeś(aś) zrobić sobie krzywdę?”*, 4/ *„...planowałeś(aś) sposób odebrania sobie*

życia?"; poprzedzone były ogólnym początkiem zdania „Czy kiedykolwiek...”. Na pytania te respondenci udzielali odpowiedzi na 4-punktowej skali typu Likerta (od „1” = „Nie” do „4” = „Tak, kilkanaście razy lub więcej razy”. Natomiast piąte pytanie („Czy kiedykolwiek w życiu próbowałeś(aś) popełnić samobójstwo?”) posiadało skalę odpowiedzi od „1” = „Nie” do „4” = „Tak, trzy i więcej razy”.

Skala ta jest adaptacją pytań dotyczących tendencji samobójczych zaczerpniętych z polskiej wersji Międzynarodowego Kwestionariusza Neuropsychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży – MINI Kid 2.0 (Adamowska, 2012; Moskalewicz i Wciórka, 2021). Skala tendencji samobójczych została utworzona poprzez zsumowanie i uśrednienie wartości wszystkich pięciu pytań ($M = 0.87$, $SD = 0.87$, skośność = 0.90 , kurtoza = -0.30). Wartość wskaźnika α Cronbacha (0.90) świadczy o bardzo wysokiej spójności wewnętrznej tej skali.

Pytania dotyczące wpływu pandemii COVID-19

W celu uchwycenia wpływu pandemii COVID-19 (w tym wynikającej z niej obostrzeń i innych zmian w funkcjonowaniu społecznym) na te zachowania respondentów, które dotyczyły używania substancji psychoaktywnych, sformułowano pięć pytań poprzedzonych zdaniem: „W czasie pandemii COVID-19...”: 1/ „...używałem(am) substancji (innych niż alkohol i nikotyna)”, 2/ „...stosowałem(am) sposoby ograniczania ryzyka i szkód”, 3/ „...doświadczałem(am) szkód lub problemów związanych z używaniem substancji (innych niż alkohol i nikotyna)”, 4/ „...używałem(am) substancji (innych niż alkohol i nikotyna) w celu poprawy złego samopoczucia”, 5/ „...używałem(am) substancji (innych niż alkohol i nikotyna) rekreacyjnie (np. dla relaksu, zabawy, towarzystwa)”. Każde z tych pytań miało do wyboru trzy odpowiedzi: „Rzadziej” „Bez zmian” oraz „Częściej”.

Zmienne społeczno-demograficzne

W badaniu uwzględniono pytania o:

- płeć („męska”, „żeńską”, „inna, napisz jaką:”);
- wiek w przedziale od 18 do 30 (ukończonych) lat;
- miejsce zamieszkania (wieś, małe/średnie/duże/bardzo duże miasto);
- skład rodziny, mierzony za pomocą pytania „Z kim aktualnie mieszkasz?”, z odpowiedziami: „z rodzicami”, „samemu/samej w wynajętym pokoju lub mieszkaniu”, „z żoną/mężem”, „z partnerem/partnerką”, „z innymi studentami w akademiku”, „w MOW, schronisku lub innym ośrodku”, oraz „inne, napisz gdzie:”;
- aktualne wykształcenie (podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, wyższe);
- aktualne zajęcie (z odpowiedziami: „uczę się”, „studiuję”, „pracuję”, „jestem bezrobotny(a)”, „innej, napisz jakie:”).

5. Analizy statystyczne

Do opisu zjawiska używania substancji psychoaktywnych, stosowania strategii redukcji szkód, występowania zaburzeń związanych z używaniem substancji oraz zjawiska samoleczenia wykorzystano analizy opisowe. Analizy te uwzględniały frekwencje odpowiedzi na pytania ankietowe, średnie dla odpowiedzi na skalach oraz proste porównania istotnych statystycznie różnic ze względu na płeć i wiek respondentów. Do oceny różnic ze względu na płeć i wiek, w zależności od analizowanych zmiennych, zastosowano: test χ^2 , nieparametryczny test Manna-Whitneya, test t-studenta lub jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) z testami *post-hoc*. W niektórych wypadkach skorzystano z eksploracyjnej analizy czynnikowej oraz analiz korelacji. Ponadto, w celu utworzenia i opisu zmiennych wykorzystanych w poszczególnych analizach statystycznych wykorzystano analizę rzetelności oraz miary tendencji centralnej, zmienności i rozkładu wartości zmiennych. Wobec braków danych w poszczególnych skalach zastosowano metodę wielokrotnej imputacji (ang. Multiple Imputation - MI) rekomendowaną w literaturze przedmiotu.

W celu sprawdzenia, jak wynik testu DUDIT różnicuje częstość stosowania strategii chroniących i motywy używania substancji, przeprowadzono jednoczynnikową oraz dwuczynnikową analizę wariancji (ANOVA) z testami *post hoc*. Test homogeniczności wariancji w porównywanych podgrupach wykazał istotne różnice. W związku z tym w analizach *post hoc* zastosowano właściwy dla niejednorodnych wariancji test Dunnett T3.

Hierarchiczną analizę regresji liniowej zastosowano w celu weryfikacji modeli zależności pomiędzy częstością stosowania strategii redukcji szkód oraz używaniem substancji psychoaktywnych a doświadczaniem szkód/problemów oraz zaburzeń z tym związanych. Zastosowany hierarchiczny model analiz regresji był zgodny z teorią resilience (Fergus i Zimmerman 2005; Ostaszewski, 2014). W pierwszym kroku wprowadzono blok zmiennych socjodemograficznych (płeć, wiek), w drugim kroku czynniki ryzyka (częstość używania substancji psychoaktywnych, posiadanie diagnoz psychiatrycznych), w trzecim kroku czynniki chroniące (samoregulacja, częstość stosowania strategii redukcji szkód), a w czwartym kroku wprowadzono zmienną interakcyjną (częstość używania substancji x, stosowanie strategii redukcji szkód).

Wszystkie analizy zostały wykonane przy pomocy oprogramowania statystycznego SPSS v.26. Przy czym ilustracje dla wyników analiz regresji liniowej zostały wygenerowane za pomocą narzędzia PROCESS macro dla SPSS (Hayes, 2017).

V. WYNIKI

1. Charakterystyka używania substancji psychoaktywnych w badanej grupie

1.1. Częstość używania

Substancje inne niż alkohol i nikotyna

W tabeli 4. zestawione zostały średnie częstości używania poszczególnych grup substancji psychoaktywnych w przeciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, z podziałem na płeć oraz wiek respondentów. W badanej populacji zdecydowanie najczęściej i najpowszechniej używana była marihuana ($M=3,23$), nieużywanie której zgłosiło zaledwie 2,4% badanych. Z kolei substancjami używanymi najrzadziej były syntetyczne kannabinoidy ($M=0,25$) oraz dysocjanty ($M=0,22$), których używało ok. 15% respondentów.

Częstości używania większości z poszczególnych grup substancji były istotnie zróżnicowane ze względu na płeć oraz wiek uczestników badania. W przypadku każdej z grup substancji zaobserwowano istotną różnicę pomiędzy płcią męską i żeńską ($p<0.001$). Różnice ze względu na wszystkie kategorie płci wystąpiły jedynie w przypadku psychodelików ($p<0.001$). W przypadku stymulantów, dysocjantów i pozamedycznego używania leków uspokajających i nasennych ($p<0.01$), a także marihuany i opioidów ($p<0.05$) zaobserwowano istotne różnice pomiędzy płcią męską a niebinarną. Najmniej istotnych statystycznie różnic zaobserwowano pomiędzy płcią żeńską i osobami niebinarnymi (jedynie w przypadku psychodelików, $p<0.001$).

Z kolei wiek istotnie różnicował używanie psychodelików, opioidów oraz leków uspokajających i nasennych, gdzie różnice te były największe ($p<0.001$), ale także używanie stymulantów ($p<0.01$) i syntetycznych kannabinoidów ($p<0.05$). W przypadku używania marihuany, empatogenów i dysocjantów nie zaobserwowano tego typu różnic.

Tabela 4. Częstość używania poszczególnych grup substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna), przez płeć i wiek: średnia (odchylenie standardowe); min=0, max=5.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=5065	n=2180	n=80	n=5406	n=1919	
Marihuana	3,37*** (1,37)	2,93 (1,49)	2,92♦ (1,60)	3,24 (1,38)	3,23 (1,54)	3,23 (1,42)
Syntetyczne kannabinoidy	0,23*** (0,68)	0,31 (0,80)	0,34 (0,75)	0,26 (0,71)	0,24* (0,75)	0,25 (0,72)
Stymulanty (np. amfetamina, kokaina, mefedron)	0,496*** (1,29)	1,33 (1,39)	1,51♦♦ (1,62)	1,07 (1,34)	1,11** (1,27)	1,08 (1,32)

Empatogeny (np. MDMA, ecstasy)	0,77*** (0,87)	1,10 (0,93)	0,96 (0,91)	0,87 (0,91)	0,89 (0,86)	0,87 (0,90)
Psychodeliki (np. LSD, grzyby halucynogenne, DMT, 2C-x, DOx)	0,64*** (0,83)	0,73*** (0,83)	1,15♦♦♦ (0,91)	0,64 (0,81)	0,77*** (0,90)	0,67 (0,84)
Dysocjanty (np. ketamina, DXM, PCP)	0,19*** (0,58)	0,27 (0,65)	0,51♦♦ (0,90)	0,22 (0,62)	0,21 (0,58)	0,22 (0,61)
Opioidy (np. kodeina, heroina, morfina, tramadol)	0,30*** (0,82)	0,44 (1,03)	0,68♦ (1,23)	0,37 (0,91)	0,26*** (0,84)	0,34 (0,90)
Leki uspokajające i nasenne na receptę stosowane poza wskazaniem lekarza (np. klonazepam, Xanax)	0,44*** (1,00)	0,80 (1,31)	1,10♦♦ (1,51)	0,60 (1,14)	0,43*** (1,03)	0,56 (1,12)

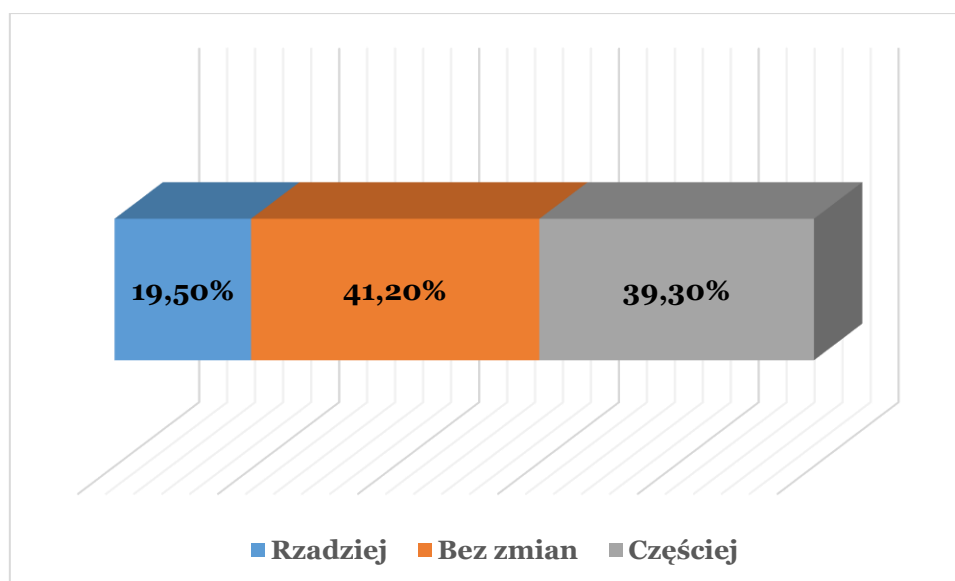
* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: *p<.05, **p<.01, ***p<.001;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦p<.05, ♦♦p<.01, ♦♦♦p<.001;

• różnice ze względu na płeć (żeńską-niebinarna): ••p<.001.

Poniższy wykres 4. obrazuje wpływ pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 na częstość używania substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna), oszacowany subiektywnie przez uczestników badania, którzy udzieli odpowiedzi na to pytanie (n=6834). Z szacunków tych wynika, że około 40% z nich oceniło swoje używanie substancji podczas pandemii jako częstsze, około 20% jako rzadsze, a pozostałe około 40% jako bez zmian w stosunku do poprzedniego okresu.

Wykres 4. Ocena wpływu pandemii na częstość używania substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna), w badanej grupie: odsetki (%).



Alkohol i nikotyna

Tabele 5. i 6. prezentują średnie częstotliwości picia alkoholu oraz używania nikotyny w ostatnich 12 miesiącach przed przystąpieniem do badania. Średnia częstotliwości picia alkoholu wskazuje, że jest to druga (po marihuanie) pod względem częstotliwości stosowania substancja psychoaktywna w badanej grupie. Z kolei ze względu na zastosowanie innej, 5-punktowej skali odpowiedzi w pytaniu o częstotliwość używania nikotyny, nie sposób porównać jej z częstotliwością używania innych substancji psychoaktywnych. Nie zaobserwowano istotnych różnic ze względu na płeć w przypadku częstotliwości picia alkoholu. Różnice te występowały jednak w przypadku nikotyny w formie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych, które były używane częściej wśród kobiet niż mężczyzn ($p < 0.01$). Natomiast jeśli chodzi o różnice ze względu na wiek, w przypadku alkoholu zaobserwowano niewielką, ale istotną statystycznie przewagę po stronie osób starszych ($p < 0.05$); zaś w przypadku nikotyny, odwrotnie, różnice te były na wyższym poziomie i z przewagą po stronie osób młodszych ($p < 0.001$).

Tabela 5. Picie alkoholu, przez płeć i wiek: średnia (odchylenie standardowe); min=0, max=6.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=5065	n=2180	n=80	n=5406	n=1919	
Alkohol	3,84 (1,22)	3,91 (1,19)	3,91 (1,17)	3,86 (1,16)	3,87* (1,33)	3,86 (1,21)

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: $p < 0.05$.

Tabela 6. Używanie nikotyny, przez płeć i wiek: średnia (odchylenie standardowe); min=1, max=5.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	N	18-24	25-30	
	n=5065	n=2180	n=80	n=5406	n=1919	
Nikotyna	3,16** (1,72)	3,30 (1,67)	3,31 (1,74)	3,31 (1,67)	2,90*** (1,75)	3,20 (1,70)

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: ** $p < .01$, *** $p < .001$.

1.2 Elementy wzorów używania

Miejsca i konteksty używania

Odpowiedzi na pytanie o miejsca i konteksty używania substancji psychoaktywnych zostały zestawione w tabeli 7. (suma wszystkich wskazań przekracza 100% procent, gdyż było to pytanie z możliwością udzielenia wielokrotnej odpowiedzi; N=7325). Zgodnie z uzyskanymi

danymi, uczestnicy badania najczęściej używali substancji we własnym domu (ok. 77% wszystkich wskazań) oraz u swoich znajomych (ok. 70%). Podobna ilość wszystkich wskazań dotyczyła także używania substancji „na zewnątrz (np. w parku, przed domem/blokiem, na łonie natury, w lesie, itd.” (ok. 60%). Natomiast o około połowę mniejsza była ilość wskazań używania substancji „na imprezie w klubie lub festiwalu” (28%). Z kolei odsetki respondentów raportujących używanie substancji „w szkole/ w pracy”, „podczas zorganizowanej ceremonii” czy w jeszcze innych miejscach były stosunkowo niewielkie (od ok. 3 do 7% wszystkich wskazań). Przy czym warto wspomnieć, że wśród tych „innych” miejsc/kontekstów wymieniano m.in. używanie substancji w „samochodzie”, „autobusie”, „pociągu”, „galerii”, „hotelu”, „internacie”, „teatrze”, „dworcu kolejowym”, „toaletcie publicznej”, „klatce schodowej” czy też podczas „wesela”, „wyjazdu integracyjnego”.

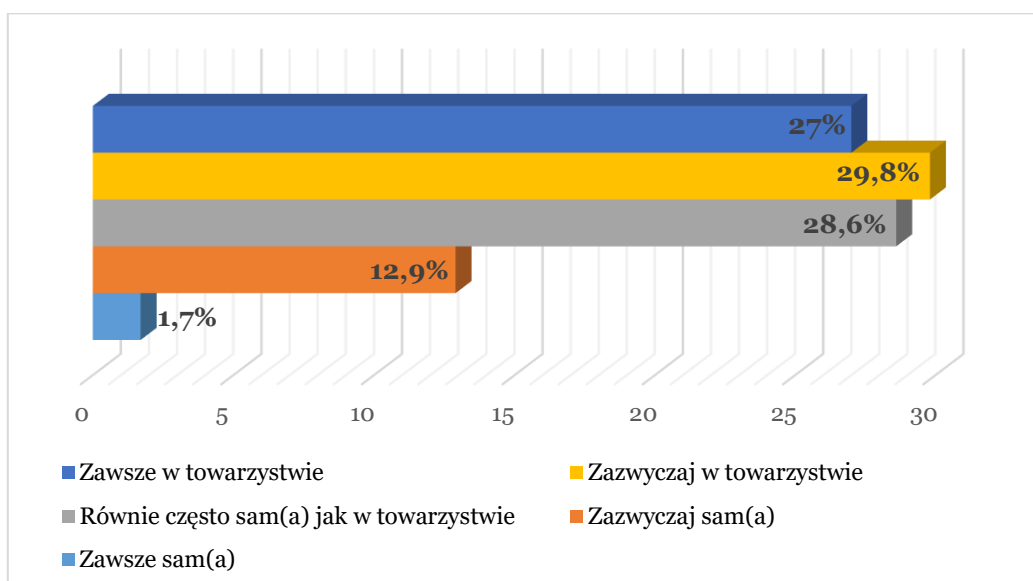
Tabela 7. *Miejsca/konteksty używania substancji: liczba wskazań (% wszystkich wskazań).*

Miejsca/konteksty	Razem
W swoim domu	5608 (76,6%)
U znajomego/ znajomej	5176 (70,7%)
Na zewnątrz (np. w parku, przed domem/blokiem, na łonie natury, w lesie, itp.)	4397 (60,1%)
Na imprezie w klubie lub festiwalu	2048 (28%)
W szkole/ w pracy	513 (7%)
Podczas zorganizowanej ceremonii	253 (3,5%)
Inne	211 (2,9%)

Używanie samemu/samej vs. w towarzystwie

Wykres 5. prezentuje rozkład odpowiedzi na pytanie: „*W ciągu ostatnich 12 miesięcy zazwyczaj używałeś(aś) substancji psychoaktywnych samemu/samej czy w czyimś towarzystwie?*”. Z zestawienia tego wyraźnie widać, że większość (56,8%) uczestników naszego badania częściej raportowała używanie substancji w towarzystwie. Z kolei około 15% respondentów zazwyczaj używało substancji w pojedynkę, a pozostała około jedna czwarta (28,6%) równie często używała substancji w towarzystwie jak i w samemu/samej.

Wykres 5. Używanie substancji samemu/samej vs. w towarzystwie: odsetki (%).



Mieszane substancje

Tabela 8. i wykres 6. prezentują dane na temat częstości „mieszania” czy też łączenia różnych substancji psychoaktywnych przy jednej okazji wśród uczestników badania. Z zestawienia tego wyniku, że badanym okresie, około 17% respondentów dość często (przynajmniej 2-4 razy w miesiącu) przyjmowało więcej niż jedną substancję psychoaktywną podczas tej samej okazji. Prawie połowa spośród badanych (47%) nie robiła tego nigdy, a nieco ponad jedna trzecia z wszystkich badanych (356%) „mieszała” substancje raz w miesiącu lub rzadziej. Porównania średnich wykazały statystycznie istotne różnice ze względu na płeć: mężczyźni podejmowali to zachowanie znacznie częściej niż kobiety ($p < 0.001$) i osoby niebinarne ($p < 0.05$). Nie zaobserwowano jednak istotnego zróżnicowania ze względu na wiek respondentów.

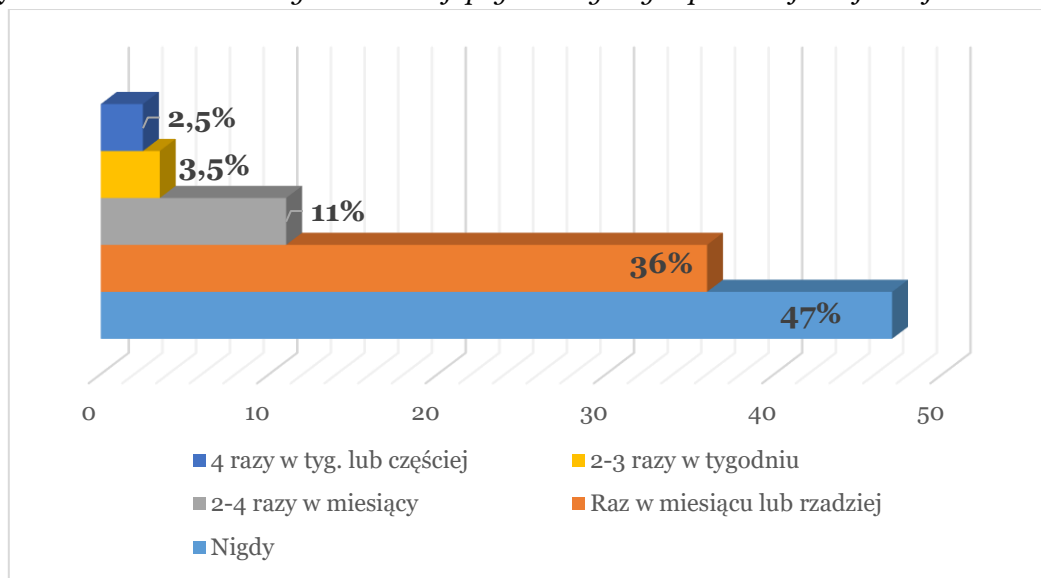
Tabela 8. Częstość mieszania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przez płeć i wiek: średnia (odchylenie standardowe); min=1, max=5.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=5065	n=2180	n=80	n=5406	n=1919	
Mieszanie substancji	1,77*** (0,97)	1,81 (0,89)	1,97♦ (1,00)	1,80 (0,95)	1,76 (0,93)	1,78 (0,95)

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską): *** $p < .001$;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦ $p < .05$.

Wykres 6. *Mieszanie różnych substancji psychoaktywnych podczas jednej okazji: odsetki (%).*



1.3 Negatywne konsekwencje

Szkody i problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych

Częstość szkód i problemów (w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem) związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna), które wystąpiły np. w trakcie lub po używaniu, została zestawiona w tabeli 9. Do tych spośród szkód i problemów, które były raportowane najczęściej zaliczyć można: problemy ze snem, wyczerpanie, lęk/niepokój, spadek nastroju, pogorszenie pamięci/koncentracji czy obniżenie motywacji do działania. Zaś najrzadziej zgłaszane było doświadczanie takich negatywnych konsekwencji jak: utrata przytomności, wypadki lub uszkodzenia ciała, samookaleczenia, niechciane doświadczenia seksualne czy hospitalizacje.

W przypadku zdecydowanej większości z mierzonych szkód i problemów można było zaobserwować znaczące zróżnicowanie ze względu na płeć i wiek. Generalnie z zestawienia tego wyniku, że doświadczanie negatywnych konsekwencji związanych z używaniem substancji jest częstsze wśród kobiet oraz osób młodszych, co jednak nie było pozbawione wyjątków.

Jeśli chodzi o zróżnicowanie ze względu na płeć, doświadczanie 24 z 29 badanych szkód i problemów było raportowane znacznie częściej wśród płci żeńskiej niż męskiej (od $p < 0.5$ do $p < .001$), zaś lęk/niepokój ($p < 0.5$) oraz dreszcze, napady zimna/gorąca ($p < 0.1$) były częstsze wśród osób niebinarnych niż mężczyzn, a konflikty z prawem odwrotnie, występowały częściej wśród mężczyzn niż osób niebinarnych ($p < 0.5$). Najmniejsze zróżnicowanie można było zaobserwować pomiędzy kobietami a osobami niebinarnymi, gdzie wykazano niskie, choć istotnie statystyczne różnice ($p < 0.05$) w przypadku wyczerpania oraz bólów głowy i

stawów/kości. Z kolei w przypadku „konfliktów w rodzinie”, „zniszczenia rzeczy”, „zgubienia czegoś wartościowego”, „znaczących strat finansowych” oraz doświadczania „dyskryminacji lub stygmatyzacji” nie znaleziono żadnych znaczących różnic ze względu na płeć.

Z wyjątkiem 6 szkód/problemów (np. bóle głowy, lęk/niepokój, hospitalizacje), zmienna wieku w sposób istotny różnicowała częstość doświadczania negatywnych konsekwencji wśród badanej grupy (od $p < 0.5$ do $p < .001$). Przy czym poza „problemami ze snem” ($p < 0.05$) konsekwencje te występowały średnio częściej wśród młodszych niż starszych respondentów.

Tabela 9. Szkody i problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przez płeć i wiek: średnia (odchylenie standardowe); min=0, max=4.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=5065	n=2180	n=80	n=5406	n=1919	
Problemy ze snem	1,07*** (1,12)	1,54 (1,24)	1,31 (1,24)	1,20 (1,18)	1,26* (1,17)	1,21 (1,18)
Bóle głowy	0,73*** (0,85)	1,15• (1,04)	0,83 (0,86)	0,86 (0,93)	0,84 (0,92)	0,85 (0,93)
Wyczerpanie	1,36*** (1,08)	1,80• (1,19)	1,45 (1,14)	1,51 (1,14)	1,45 (1,11)	1,50 (1,13)
Bóle brzucha	0,51*** (0,81)	0,79 (0,96)	0,68 (0,70)	0,61 (0,89)	0,53*** (0,85)	0,60 (0,88)
Nudności, wymioty	0,50*** (0,73)	0,79 (0,96)	0,68 (0,89)	0,63 (0,83)	0,46*** (0,84)	0,59 (0,81)
Trudności w oddychaniu	0,40*** (0,73)	0,63 (0,91)	0,42 (0,85)	0,51 (0,83)	0,35*** (0,70)	0,47 (0,80)
Bóle stawów/kości	0,44*** (0,82)	0,78• (1,11)	0,49 (0,94)	0,56 (0,95)	0,48** (0,86)	0,54 (0,93)
Utrata przytomności	0,08*** (0,31)	0,13 (0,39)	0,15 (0,46)	0,10 (0,35)	0,07*** (0,30)	0,09 (0,34)
Samookaleczenia (np. cięcia)	0,04*** (0,27)	0,19 (0,58)	0,23 (0,67)	0,11 (0,44)	0,03*** (0,24)	0,09 (0,40)
Wypadek lub uszkodzenie ciała	0,09** (0,34)	0,12 (0,42)	0,12 (0,37)	0,11 (0,38)	0,07*** (0,30)	0,10 (0,36)
Lęk, niepokój	0,97*** (0,98)	1,37 (1,10)	1,31♦ (1,08)	1,11 (1,04)	1,05* (1,01)	1,09 (1,03)
Myśli paranoiczne, nadmierna podejrzliwość	0,96*** (1,03)	1,10 (1,13)	1,12 (1,14)	1,07 (1,09)	0,83*** (0,86)	1,01 (1,06)
Atak paniki	0,33*** (0,69)	0,60 (0,90)	0,48 (0,85)	0,43 (0,49)	0,36** (0,71)	0,41 (0,77)
Dreszcze, napadu zimna lub gorąca	0,64*** (0,90)	1,10 (1,15)	1,07♦♦ (1,15)	0,80 (1,03)	0,73 (0,93)	0,78 (1,00)
Hospitalizacja	0,03* (0,20)	0,05 (0,25)	0,07 (0,31)	0,04 (0,23)	0,03 (0,19)	1,04 (0,22)

Pogorszenie pamięci/ koncentracji	1,40*** (1,15)	1,58 (1,22)	1,44 (1,26)	1,52 (1,20)	1,28*** (1,10)	1,45 (0,17)
Obniżenie motywacji do działania	1,38*** (1,14)	1,61 (1,24)	1,47 (1,25)	1,45 (1,19)	1,44 (1,15)	1,45 (1,18)
Spadek nastroju, pogorszone samopoczucie	1,07*** (1,07)	1,56 (1,22)	1,23 (1,17)	1,23 (1,16)	1,20 (1,10)	1,22 (1,14)
Konflikty w rodzinie	0,55 (0,86)	0,51 (0,95)	0,30 (0,74)	0,51 (0,92)	0,35*** (0,78)	0,47 (0,89)
Problemy w szkole/ na uczelni	0,43*** (0,86)	0,53 (0,97)	0,53 (0,91)	0,52 (0,95)	0,31*** (0,70)	0,46 (0,89)
Konflikty w relacji z kimś bliskim	0,55*** (0,87)	0,71 (1,00)	0,55 (0,99)	0,62 (0,94)	0,52** (0,84)	0,59 (0,92)
Pogorszenie lub utrata kontaktów ze znajomymi	0,44*** (0,84)	0,54 (0,95)	0,55 (1,07)	0,50 (0,89)	0,42*** (0,84)	0,47 (0,87)
Niechciane doświadczenia seksualne	0,14*** (0,48)	0,24 (0,60)	0,31 (0,64)	1,18 (0,53)	0,16* (0,52)	0,17 (0,52)
Konflikt z prawem (np. zatrzymanie przez policję)	0,23*** (0,55)	0,09 (0,35)	0,12♦ (0,33)	0,21 (0,53)	0,13*** (0,42)	0,19 (0,50)
Zniszczenie rzeczy	0,22 (0,55)	0,19 (0,51)	0,18 (0,45)	0,23 (0,56)	0,15*** (0,45)	0,21 (0,54)
Żałowanie swojego zachowania pod wpływem (np. tzw. „kac moralny”)	0,80*** (0,98)	0,95 (1,06)	0,73 (0,77)	0,89 (1,03)	0,71*** (0,91)	0,84 (1,00)
Zgubienie czegoś wartościowego (np. portfel, telefon)	0,22 (0,53)	0,19 (0,51)	0,16 (0,47)	0,22 (0,53)	0,19* (0,48)	0,21 (0,52)
Znaczące straty finansowe	0,40 (0,86)	0,45 (0,96)	0,41 (0,98)	0,44 (0,93)	0,32*** (0,79)	0,41 (0,89)
Dyskryminacja lub stygmatyzacja (z powodu używania substancji)	0,59 (0,95)	0,63 (0,97)	0,78 (1,08)	0,65 (0,99)	0,48*** (0,85)	0,61 (0,96)

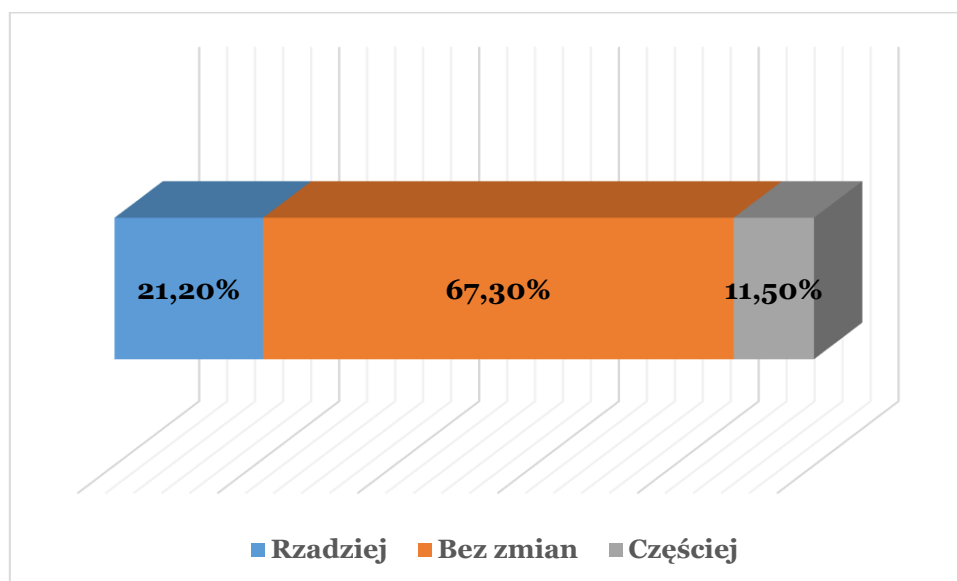
* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: *p<.05, **p<.01, ***p<.001;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦p<.05, ♦♦p<.01;

• różnice ze względu na płeć (żeńską-niebinarna): •p<.05.

Wykres 7. przedstawia wyniki oszacowania wpływu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 na częstość doświadczania negatywnych konsekwencji związanych z używaniem substancji (innych niż alkohol i nikotyna), wśród uczestników badania, którzy odpowiedzieli na to pytanie (n=6816). Wyniki te wskazują wyraźnie, że w przypadku znacznej większości respondentów (67,30%) pandemia nie wywołała zmian w tym zakresie. Warto jednak pokreślić, że ponad jedna piąta respondentów miała poczucie rzadszego doświadczania szkód i problemów w związku z używaniem przez siebie substancji. Natomiast około 10% respondentów w trakcie pandemii doświadczała takich szkód/problemów częściej niż przed jej wybuchem.

Wykres 7. Ocena wpływu pandemii na doświadczanie szkód i problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) w badanej grupie: odsetki (%).



Nasilenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

W tabeli 10. znajduje się zestawienie wyników testu DUDIT w badanej grupie, ze względu na przyjmowane (za instrukcją testu DUDIT) przedziały interpretacji wyników. DUDIT jest testem przesiewowym dla występowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol; w tym leków przyjmowanych poza zaleceniem lekarza), rozumianych jako długotrwałe używanie substancji psychoaktywnych pomimo doświadczania związanych z tym negatywnych konsekwencji.

Ponad jedna trzecia (37,7%) spośród respondentów nie wykazywała symptomów tego zaburzenia. Niespełna dwie trzecie (54,6%) uzyskało wynik świadczący o szkodliwym wzorze używania (wg. klasyfikacji ICD-10; WHO, 1993) lub umiarkowanym nasileniu zaburzeń związanych z używaniem substancji (wg. klasyfikacji DSM-5; APA, 2013). Natomiast około 8% badanej grupy uzyskało wynik sugerujący występowanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (wg. ICD-10) lub ciężkich zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (wg. DSM-5).

W zestawieniu wyników testu DUDIT nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic ze względu na płeć i wiek respondentów.

Tabela 10. Wynik testu DUDIT: liczby bezwzględne (odsetki, %); N=7325.

Wynik testu DUDIT	Interpretacja	Razem
0-6 pkt.	Wynik wskazuje na brak symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji	2762 (37,7%)
pomiędzy 7 a 24 pkt.	Wynik wskazuje na szkodliwy wzór używania lub umiarkowane zaburzenie związane z używaniem substancji	3996 (54,6%)
25 pkt. lub powyżej	Wynik wskazuje na prawdopodobne występowanie uzależnienia lub zaburzenia związanego z używaniem substancji	567 (7,7%)

2. Strategie redukcji szkód

2.1 Stosowanie strategii redukcji szkód w badanej grupie

Tabela 11. zestawia wyniki częstości stosowania poszczególnych strategii ograniczania ryzyka i szkód związanych z używaniem różnych substancji psychoaktywnych w badanej grupie. Z zestawienia tego wynika, że wśród uczestników naszego badania stosowanie tego typu strategii było stosunkowo powszechne i częste. Strategiami stosowanymi najczęściej było „unikanie dożylnego przyjmowania substancji”, „unikanie jazdy z nietrzeźwym kierowcą” oraz „branie pod uwagę bieżących planów i obowiązków przy podejmowaniu decyzji o używaniu substancji”. Natomiast do strategii stosowanych najrzadziej można zaliczyć: „dawkowanie substancji na podstawie wagi własnego ciała”, „odmawianie propozycji używania”, „unikanie używania przy złym samopoczuciu” oraz „stosowanie suplementów”.

Większość z badanych strategii była znacząco zróżnicowana ze względu na płeć i wiek respondentów. W przypadku płci różnice te występowały przy trzech czwartych badanych strategii, jednak kierunki tych różnic były niejednoznaczne. Stosowanie 8 strategii (np. „używam tylko substancji o znanym mi składzie i działaniu” czy „regularnie jem i piję wodę, kiedy używam substancji”) było raportowane częściej przez mężczyzn niż kobiety, jednak stosowanie 8 innych strategii (np. strategii związanych z dawkowaniem), było znacznie częstsze wśród kobiet niż mężczyzn. Znacznie mniej różnic, bo jedynie w przypadku trzech strategii zaobserwowano pomiędzy płcią męską i żeńską a osobami niebinarnymi. Przykładowo, strategię „unikania bycia pod ciągłym wpływem substancji przez dłuższy czas” oraz „używania substancji tylko w zaufanym miejscu i towarzystwie” były stosowane znacznie częściej wśród kobiet zarówno w stosunku do mężczyzn (kolejno $p < 0.01$ i $p < 0.001$) jak i osób niebinarnych ($p < 0.01$).

Z kolei z porównania średnich częstości stosowania strategii ograniczania szkód ze względu na wiek wynika, że w przypadku ponad dwóch trzecich z nich (18 z 26 badanych strategii) występowały znaczące różnice. Przy czym strategia „ustalam i nie przekraczam limitu używania substancji przy jednej okazji” była częstsza wśród młodszych niż starszych respondentów ($p < 0.01$), a pozostałe 17 strategii było stosowane znacznie częściej wraz ze wzrostem wieku respondentów (od $p < 0.05$ do $p < 0.001$).

Tabela 11. Częstość stosowania strategii redukcji szkód, przez płeć i wiek: średnia (odchylenie standardowe); min=1, max=4.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=5065	n=2180	n=80	n=5406	n=1919	
Używam tylko substancji o znanym mi składzie i działaniu	3,11*** (0,94)	2,94 (0,96)	3,09 (0,93)	3,03 (0,96)	3,13*** (0,92)	3,06 (0,94)
Dowiaduję się o własnych predyspozycjach i przeciwwskazaniach do używania danej substancji	3,03 (1,05)	3,03 (1,04)	3,19 (1,04)	3,03 (1,05)	3,03 (1,03)	3,03 (1,04)
Pozyskuję substancje z zaufanych źródeł	3,15 (0,90)	3,11 (0,91)	3,22 (0,82)	3,12 (0,91)	3,19** (0,88)	3,14 (0,90)
Dawkuję substancje na podstawie wagi swojego ciała	2,13*** (1,18)	2,31 (1,19)	2,35 (1,14)	2,14 (1,18)	2,30*** (1,20)	2,19 (1,19)
Ostrożnie dawkuję substancję, szczególnie pierwszą dawkę	2,93*** (1,09)	3,08 (1,07)	2,93 (1,10)	2,92 (1,10)	3,11*** (1,04)	2,97 (1,09)
Unikam mieszania różnych substancji przy jednej okazji (w tym alkoholu)	2,43 (1,04)	2,38 (1,06)	2,44 (0,99)	2,41 (1,05)	2,45 (1,06)	2,42 (1,05)
Unikam używania substancji psychoaktywnych, kiedy zażywam jakieś leki	3,00*** (1,17)	2,74 (1,19)	2,73♦ (1,19)	2,91 (1,19)	2,95 (1,17)	2,92 (1,18)
Unikam dożylnego przyjmowania substancji	3,88 (0,55)	3,87 (0,57)	3,83 (0,66)	3,87 (0,57)	3,90* (0,53)	3,88 (0,56)
Ustalam i nie przekraczam limitu używania substancji przy jednej okazji	2,66 (1,07)	2,64 (1,10)	2,56 (1,12)	2,63 (1,09)	2,27** (1,07)	2,65 (1,08)
Unikam bycia pod ciągłym wpływem substancji przez dłuższy czas	3,10*** (1,00)	3,17♦♦ (1,00)	2,84♦ (1,12)	3,10 (1,01)	3,15 (1,00)	3,11 (1,00)
Zachowuję jak najdłuższe przerwy pomiędzy używaniem substancji	2,44*** (0,99)	2,61♦♦ (1,04)	2,30 (1,09)	2,46 (1,01)	2,58*** (1,00)	2,49 (1,00)
Unikam używania zbyt dużych dawek substancji	2,81*** (1,01)	2,94 (1,03)	2,82 (1,00)	2,82 (1,02)	2,93*** (1,01)	2,85 (1,02)
Korzystam z czystego sprzętu (np. rurek do wciągania nosem)	3,11 (1,08)	3,14 (1,05)	3,11 (1,12)	3,06 (1,09)	3,27*** (1,00)	3,11 (1,07)
Biorę pod uwagę bieżące plany i obowiązki przy podejmowaniu decyzji o używaniu substancji	3,47*** (0,79)	3,38 (0,85)	3,67 (0,75)	3,40 (0,84)	3,56*** (0,72)	3,44 (0,81)

Unikam używania substancji przy złym samopoczuciu (np. smutku, zmartwieniach)	2,37* (1,10)	2,30 (1,12)	2,15 (1,06)	2,31 (1,10)	2,45*** (1,11)	2,35 (1,10)
Odmawiam propozycji używania	2,27 (0,76)	2,22 (0,76)	2,14 (0,79)	2,23 (0,76)	2,31** (0,76)	2,25 (0,76)
Angażuję się w aktywności lub relacje niezwiązane z używaniem substancji	3,10*** (0,83)	3,16 (0,83)	3,11 (0,83)	3,11 (0,84)	3,10 (0,82)	3,10 (0,83)
Unikam jazdy z nietrzeźwym kierowcą	3,49 (0,88)	3,53 (0,85)	3,59 (0,84)	3,45 (0,92)	3,66*** (0,71)	3,51 (0,87)
Regularnie jem i piję wodę, kiedy używam substancji	3,41*** (0,77)	3,14 (0,95)	3,23 (0,90)	3,30 (0,85)	3,39*** (0,81)	3,33 (0,84)
Dbam o regenerację organizmu poprzez sen, kiedy używam substancji	3,41*** (0,80)	3,32 (0,88)	3,29 (0,95)	3,37 (0,84)	3,42 (0,78)	3,38 (0,82)
Stosuję suplementy (np. elektrolity, antyoksydanty)	2,33*** (1,12)	2,49 (1,12)	2,30 (1,08)	2,31 (1,12)	2,58*** (1,08)	2,38 (1,12)
Zwracam uwagę na zmiany własnego zdrowia, które mogą być związane z używaniem substancji	3,28* (0,84)	3,22 (0,88)	3,29 (0,95)	3,25 (0,87)	3,28 (0,83)	3,26 (0,86)
Używam przy zaplanowanych okazjach (niespontanicznie)	2,53 (0,88)	2,51 (0,90)	2,30 (1,08)	2,49 (0,90)	2,62*** (0,87)	2,53 (0,89)
Robię przerwy w używaniu substancji, gdy odczuwam niekomfortowe efekty ich działania	3,29 (0,89)	3,28 (0,89)	3,28 (0,93)	3,28 (0,89)	3,32 (0,85)	3,29 (0,88)
Unikam używania substancji w miejscach publicznych (np. ulica, park)	2,85*** (1,06)	2,85 (1,06)	2,67 (1,14)	2,67 (1,07)	2,91*** (1,01)	2,73 (1,06)
Używam substancji tylko w bezpiecznym miejscu i zaufanym towarzystwie	3,36** (0,81)	3,42** (0,79)	3,20♦ (0,85)	3,35 (0,82)	3,46*** (0,75)	3,38 (0,81)

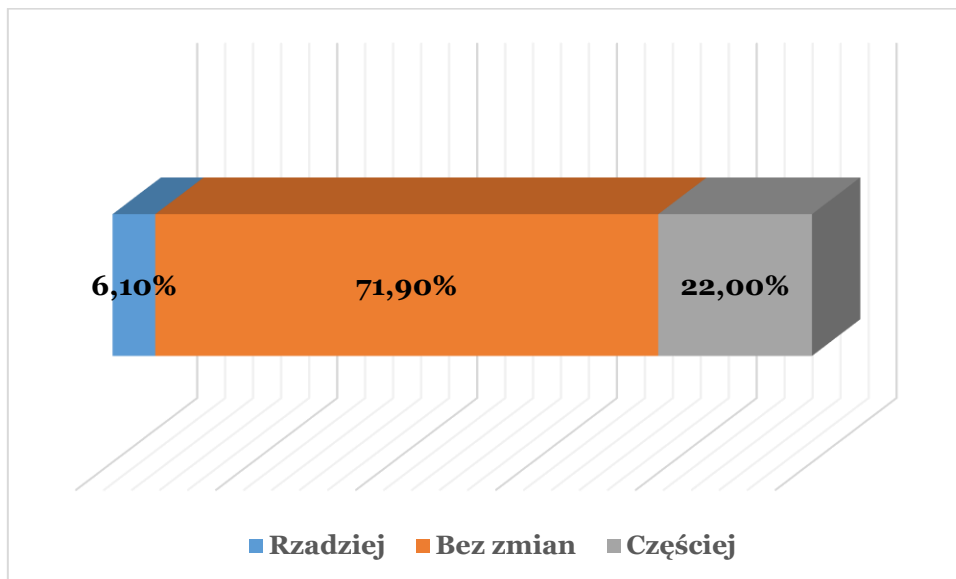
* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: *p<.05, **p<.01, ***p<.001;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦p<.05, ♦♦p<.01, ♦♦♦p<.001;

• różnice ze względu na płeć (żeńska-niebinarna): •p<.05, ••p<.01, •••p<.001.

Na wykresie 8. zestawiono wyniki oszacowania wpływu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 na częstość stosowania strategii redukcji szkód wśród uczestników badania, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie (n=6821). Z wykresu tego wynika, że w przypadku ponad 70% respondentów pandemia nie wywołała zmian w stosowaniu tego typu strategii. Niemniej jednak, ponad jedna piąta respondentów wskazała, że w trakcie pandemii stosowała strategie ograniczania szkód częściej niż przedtem. Z kolei wpływ pandemii w kierunku rzadszego niż wcześniej stosowania tych strategii zgłosiło tylko około 6% respondentów.

Wykres 8. Ocena wpływu pandemii na stosowanie strategii ograniczania ryzyka i szkód w badanej grupie: odsetki (%).



2.2 Źródła wiedzy na temat strategii redukcji szkód

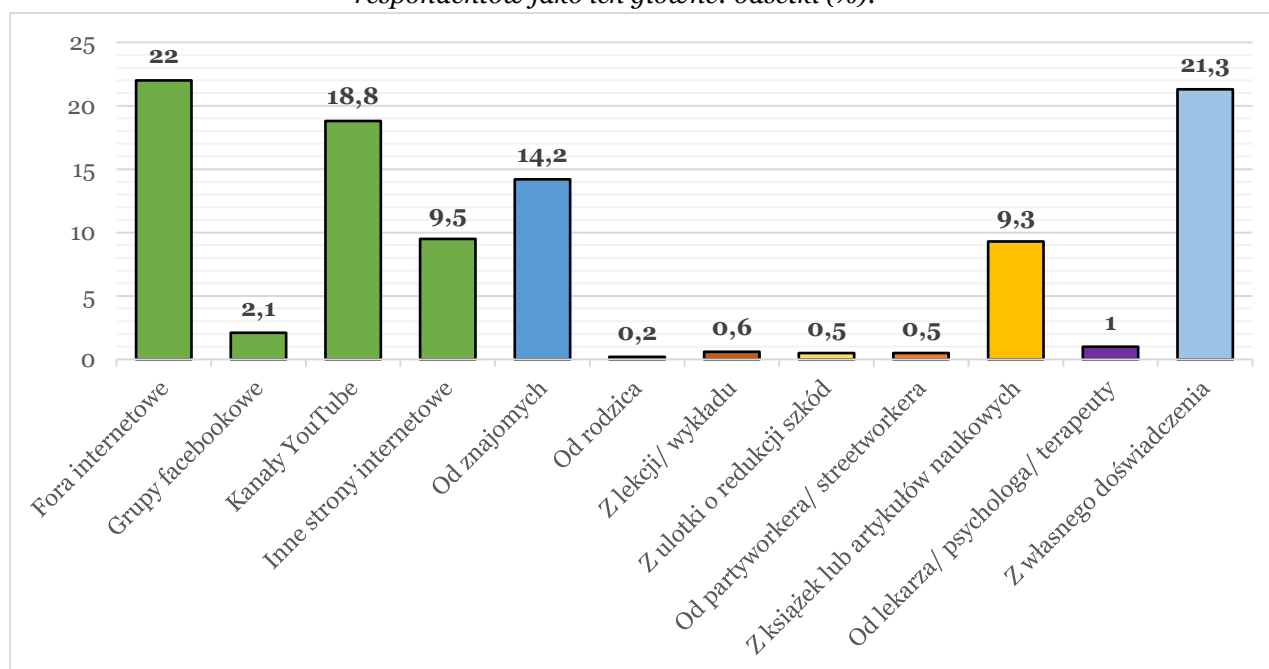
W tabeli 12. zaprezentowano wyniki dotyczące źródeł wiedzy na temat strategii redukcji szkód stosowanych przez uczestników badania (suma wszystkich wskazań przekracza 100% procent, ponieważ pytanie to miało możliwość udzielenia wielokrotnej odpowiedzi; N=7325). Do najczęściej wskazywanych należały źródła internetowe, w tym fora, grupy na platformie Facebook, kanały YouTube czy inne strony internetowe (od ok. 25 do ok. 60% wszystkich wskazań), a także własne doświadczenia (ok. 70%) oraz znajomi (ok. 60%). Stosunkowo częstym wskazaniem były także książki i artykuły naukowe (ok. 30%). Najrzadziej wskazywano „od rodzica” (ok. 3%), oraz „od partyworkera/streetworkera” i „z lekcji/wykładu” (po ok. 5%).

Tabela 12. Źródła wiedzy na temat strategii redukcji szkód: liczba wskazań (% wszystkich wskazań).

Źródła wiedzy	Razem
Fora internetowe	4142 (56,8%)
Grupy facebookowe	1811 (24,8%)
Kanały YouTube	4315 (59,2%)
Inne strony internetowe	2760 (37,9%)
Od znajomych	4400 (60,3%)
Od rodzica	208 (2,9%)
Z lekcji/ wykładu	366 (5,0%)
Z ulotki o redukcji szkód	634 (8,7%)
Od partyworkera/ streetworkera	350 (4,8%)
Z książek lub artykułów naukowych	2277 (31,2%)
Od lekarza/ psychologa/ terapeuty	609 (8,4%)
Z własnego doświadczenia	5186 (71,1%)

Z kolei na wykresie 9. znajduje się zestawienie tych spośród źródeł wiedzy o strategiach redukcji szkód, które respondenci wskazali jako swoje główne. Jeśli potraktować je łącznie, źródła internetowe (zaznaczone kolorem zielonym) zostały wskazane jako główne przez około połowę spośród respondentów (52,4%). Przy czym najbardziej popularnymi z nich były fora internetowe (22%) oraz kanały YouTube (18,8%). Własne doświadczenie jak źródło wiedzy na temat strategii ograniczania szkód okazało się głównym źródłem w przypadku około jednej piątej uczestników (21,3%). Inne, stosunkowo często wskazywane źródła wiedzy w tym zakresie to znajomi (14,2%) oraz książki i artykuły naukowe (9,3%).

Wykres 9. Źródła wiedzy na temat stosowanych strategii redukcji szkód oznaczone przez respondentów jako ich główne: odsetki (%).



2.3 Stosowanie strategii redukcji szkód a negatywne konsekwencje używania

Tabela 13. przedstawia wyniki analizy wariancji (One-Way ANOVA) pomiędzy częstością stosowania strategii redukcji szkód (traktowanej jako zmienna zależna) a nasileniem zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna, mierzonych za pomocą testu przesiewowego DUDIT (traktowanej jako zmienna niezależna mająca trzy kategorie – patrz tabela 10.). Z analiz tych wynikało, że różnice pomiędzy częstością stosowania strategii redukcji szkód a nasileniem zaburzeń związanych z używaniem były istotne statystycznie ($p < 0.001$). Analizy *post hoc* (testem Dunnett's T3) wykazały, że stosowanie strategii redukcji szkód było znacząco zróżnicowane ze względu na wszystkie trzy kategorie nasilenia tych zaburzeń. Znacząco to, że stosowanie strategii redukcji szkód okazało się najczęstsze wśród respondentów, którzy nie wykazywali symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (1); a także częstsze wśród osób, które wykazywało szkodliwy wzór używania (2), w stosunku do tych, u których prawdopodobnie występowało uzależnienie (3). Zależność ta została przedstawiona na wykresie 10.

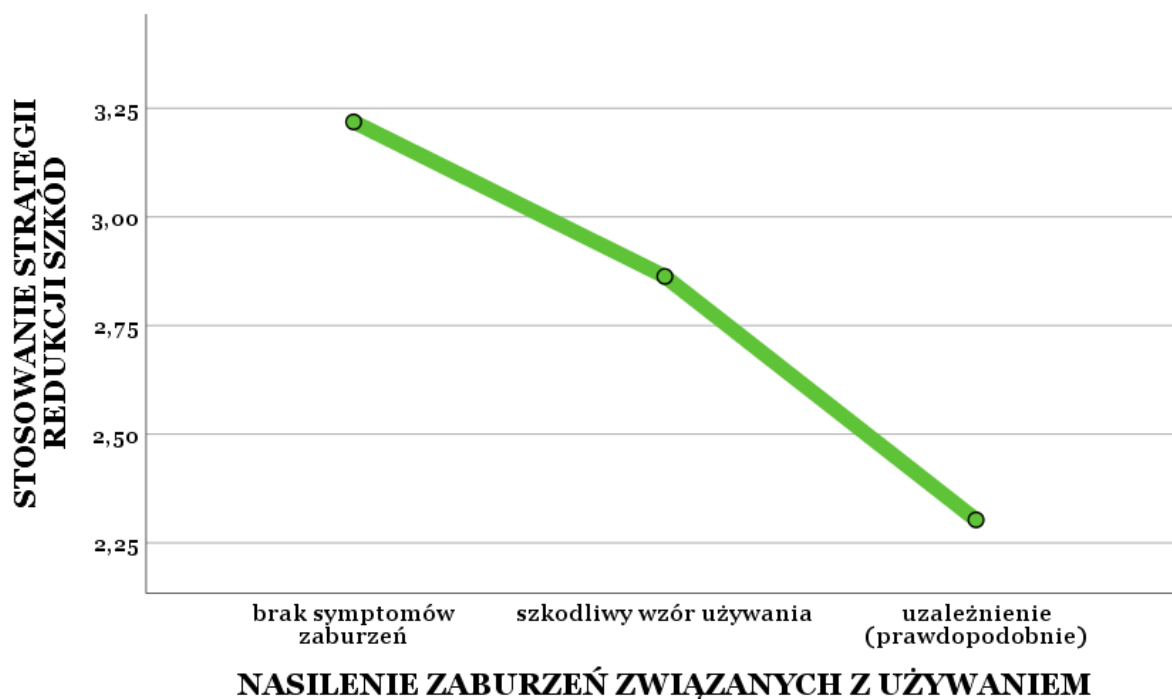
Ponadto, wyniki dwustronnych analiz wariancji (Two-Way ANOVA) wykazały istotne zróżnicowanie pomiędzy tymi zmiennymi zarówno w przypadku płci jak i wieku respondentów (kolejno wykresy 11 i 12). Płeć nie miała znaczącego efektu podstawowego ($p = 0.135$), jednak jej efekt interakcji z nasileniem zaburzeń związanych z używaniem substancji był istotny statystycznie ($p < 0.01$). Z wykresu 11. można odczytać, że efekt ten dotyczył przede wszystkim płci męskiej (linia niebieska), gdyż w tym przypadku częstość stosowania strategii redukcji szkód w zależności od kategorii nasilenia zaburzeń związanych z używaniem substancji różniła się znacząco w stosunku do osób płci żeńskiej i niebinarnej. W przypadku osób, które nie wykazywały symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji, mężczyźni stosowali strategię redukcji szkód nieco rzadziej niż kobiety i nieco częściej niż osoby niebinarne; natomiast wśród osób prawdopodobnie uzależnionych, mężczyźni byli grupą stosującą tę strategię najczęściej.

Z kolei zmienna wieku wykazała znaczący efekt podstawowy ($p < 0.001$), ale brak interakcji z nasileniem zaburzeń związanych z używaniem substancji ($p = 0.710$). Wykres 12. obrazuje, że bez względu na nasilenie tych zaburzeń, osoby młodsze rzadziej angażowały się w stosowanie strategii ograniczających szkody związane z używaniem przez siebie substancji psychoaktywnych.

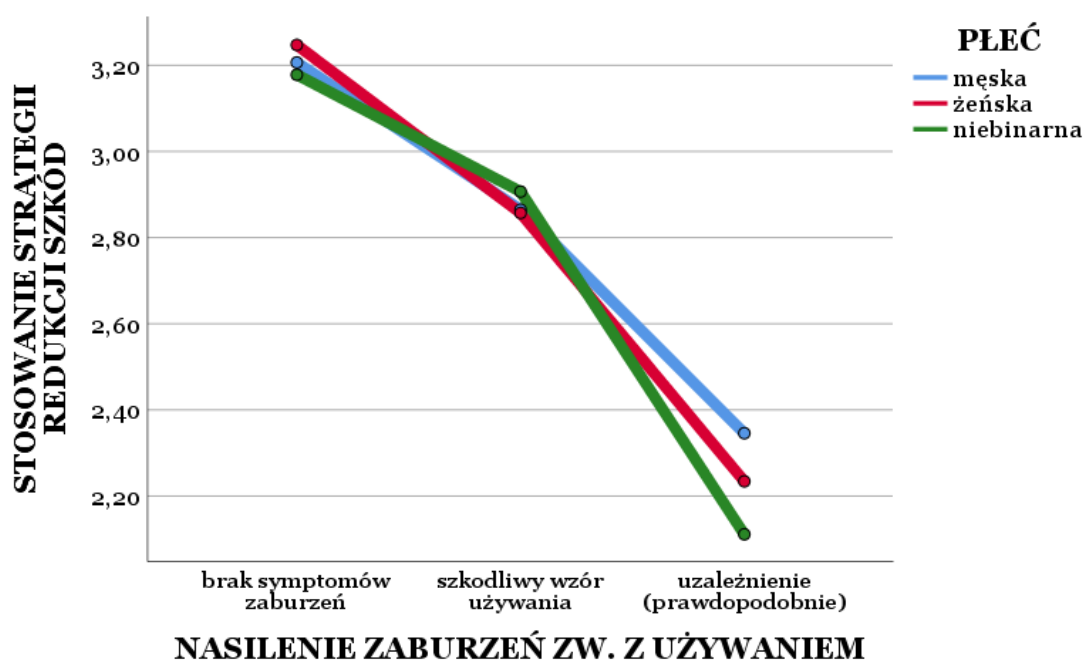
Tabela 13. Porównanie częstości stosowania strategii redukcji szkód w zależności od kategorii nasilenia zaburzeń związanych z używaniem substancji (ANOVA z testami *post hoc* Dunnett's T3).

Zmienna zależna	Kategorie nasilenia zaburzeń związanych z używaniem	Liczebność (N)	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)	Analizy <i>post hoc</i>	
						Poziom istotności (p)
Strategie redukcji szkód (skala)	0-6 (1)	2762	3,22	0,41	1 – 2	0,001
	7-24 (2)	3996	2,86	0,46	2 – 3	0,001
	25-44 (3)	567	2,30	0,51	1 – 3	0,001
	$F(2,7322) = 1182,681; p < 0.001$					

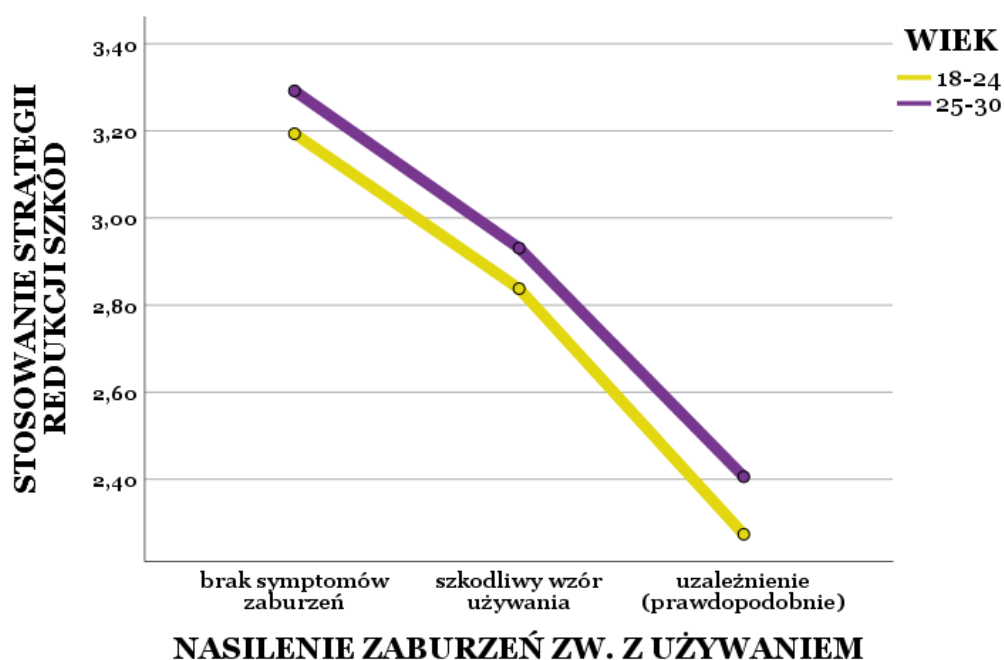
Wykres 10. Częstość stosowania strategii redukcji szkód a nasilenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (na podstawie testu DUDIT) wśród respondentów (N=7325).



Wykres 11. Częstość stosowania strategii redukcji szkód a nasilenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz płeć respondentów (N=7325).



Wykres 12. Częstość stosowania strategii redukcji szkód a doświadczanie szkód/problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz wiek respondentów (N=7325).



2.4 Efekty stosowania strategii redukcji szkód na negatywne konsekwencje związane z używaniem substancji psychoaktywnych

Poniższy wykres (13.) przedstawia dwa modele hierarchicznej analizy regresji liniowej dotyczących efektów stosowania strategii redukcji szkód na negatywne konsekwencje związane z używaniem substancji (częstości doświadczania szkód/problemów oraz nasilenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych), przy kontroli zmiennych socjodemograficznych oraz czynników ryzyka i chroniących.

Wykres 13. Modele zależności pomiędzy częstotliwością stosowania strategii redukcji szkód oraz używaniem substancji psychoaktywnych a częstotliwością doświadczania szkód/problemów (Y1) oraz nasileniem zaburzeń związanych z używaniem substancji (Y2), przy kontroli zmiennych socjodemograficznych (płeć, wiek) oraz czynników ryzyka (diagnozy psychiatryczne) i chroniących (samoregulacja).

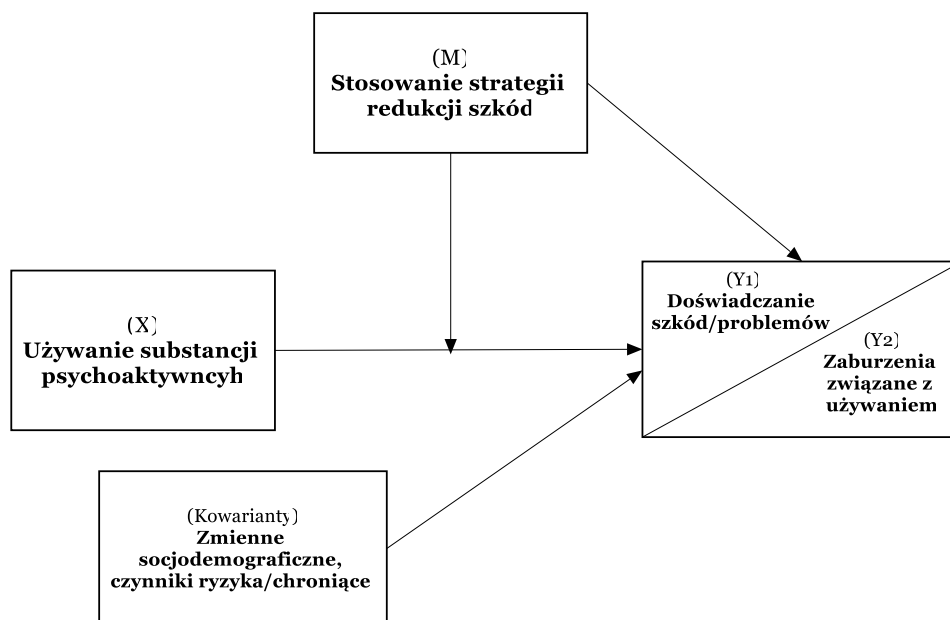


Tabela 14. prezentuje wyniki analiz korelacji (r Pearsona) dla wszystkich zmiennych biorących udział w tych analizach. Istotność (z wyjątkiem trzech korelacji w obrębie zmiennych socjodemograficznych) oraz brak wysokich współczynników korelacji świadczą o spełnianiu założeń analizy regresji liniowej.

Tabela 14. Korelacje pomiędzy zmiennymi (N=6057).

		1	2	3	4	5	6	7
1	Używanie substancji							
2	Strategii redukcji szkód	-.34**						
3	Doświadczanie szkód/problemów	.56**	-.53**					
4	Zaburzenia związane z używaniem	.61**	-.58**	.72**				
5	Płeć (M=0, K=1)	.12**	.00	.18**	.31*			
6	Wiek	-.02	.11**	-.09**	-.04**	-.07**		
7	Diagnozy psychiatryczne ¹	.24**	-.08**	.29**	.21**	.29**	0.01	
8	Samoregulacja	-.22**	-.39**	-.44**	-.34**	.18**	.05**	-.28**

¹ Czy lekarz lub psychoterapeuta kiedykolwiek zdiagnozował u Ciebie zaburzenie lub chorobę psychiczną? („Nie” =0, „Tak” = 1)

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Model 1. Stosowanie strategii redukcji szkód a doświadczanie szkód/problemów związanych z używaniem substancji

W tabeli 15. zaprezentowano wyniki analizy regresji wyjaśniającej częstość szkód i problemów doświadczanych w związku z używaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) w badanej grupie (N=5991). Wyniki tych analiz wykazały istotne efekty główne dla zmiennych socjodemograficznych ($F(2, 5988) = 140,953, p < 0.001$), czynników ryzyka ($F(2, 5986) = 1406,582, p < 0.001$), chroniących ($F(2, 5984) = 969,952, p < 0.001$) oraz istotny efekt interakcji przy kontroli pozostałych czynników ($F(1, 5983) = 38,986, p < 0.001$). Całościowo, model wyjaśniał około 51% wariancji zmiennej zależnej (częstości doświadczania szkód/problemów związanych z używaniem substancji).

Tabela 15. Wyniki hierarchicznej liniowej regresji wielokrotnej przewidujące doświadczanie szkód/problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych na podstawie używania substancji psychoaktywnych, stosowania strategii redukcji szkód oraz zmiennych socjodemograficznych (płeć, wiek) oraz innych czynników ryzyka (diagnozy psychiatryczne) i chroniących (samoregulacja), wśród uczestników badania (N=5917).

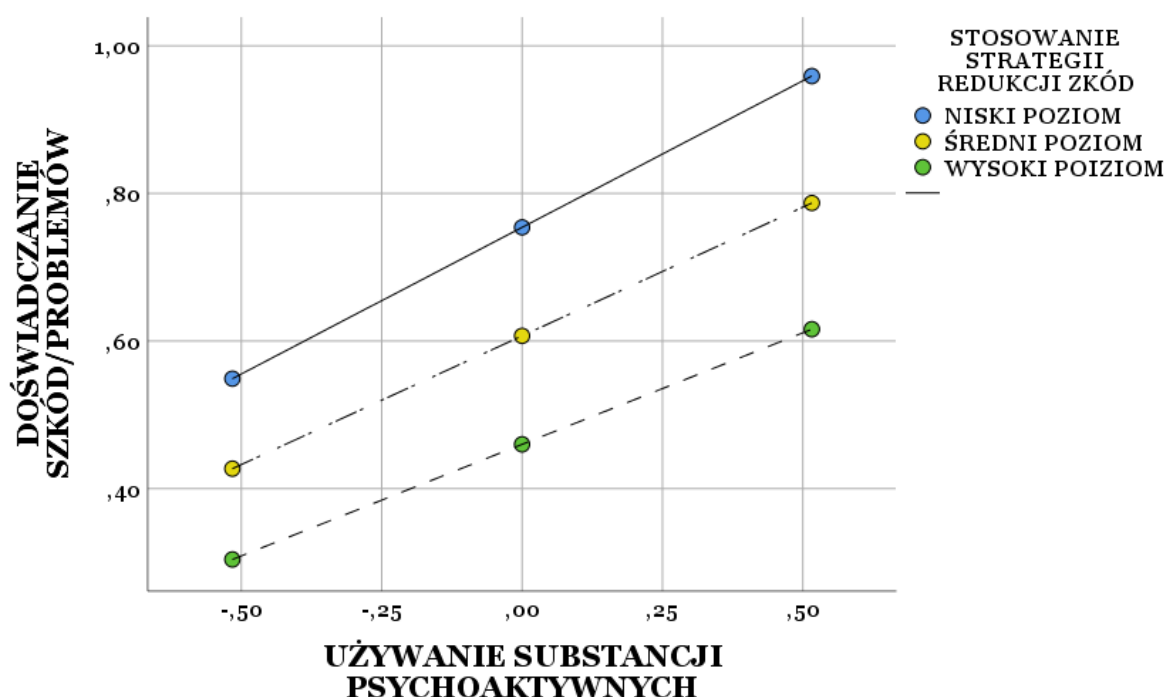
Krok	Predyktor	B	β	R ²	ΔR^2
1	Zmienne socjodemograficzne			0,045	0,045***
	Płeć (M=0, K=1)	0,09***	0,08		
	Wiek	-0,06***	-0,04		
2	Czynniki ryzyka			0,350	0,305***
	Używanie substancji	0,35***	0,37		
	Diagnozy psychiatryczne ¹	0,77***	0,07		
3	Czynniki chroniące			0,509	0,159***
	Samoregulacja	-0,15***	-0,21		
	Strategie redukcji szkód	-0,29***	-0,30		
4	Używanie x Strategie (interakcja)	-0,09***	-0,06	0,512	0,003***

¹ Czy lekarz lub psychoterapeuta kiedykolwiek zdiagnozował u Ciebie zaburzenie lub chorobę psychiczną?
(„Nie” = 0, „Tak” = 1)

***p < 0.001

Z kolei na wykresie 14. zilustrowano efekt interakcji dla tego modelu. Wykres ten zawiera średnią oraz po jednym odchyleniu standardowym poniżej i powyżej średniej dla skali stosowania strategii redukcji szkód, ze względu na częstość używania substancji psychoaktywnych (oś X) oraz doświadczania szkód/problemów z tym związanych (oś Y). Wraz z wzrostem częstości używania substancji psychoaktywnych, częstsze (wyższy poziom) stosowanie strategii redukcji szkód ogranicza prawdopodobieństwo doświadczania szkód/problemów, w stosunku do osób, które stosują te strategie rzadziej.

Wykres 14. Związek pomiędzy używaniem substancji psychoaktywnych i doświadczaniem związanych z tym szkód i problemów, dla niskiego (-1 SD), umiarkowanego (średnia) oraz wysokiego ($+1$ SD) poziomu częstości stosowania strategii redukcji szkód ($N=5991$).



Model 2. Stosowanie strategii redukcji szkód a nasilenie zaburzeń związanych z używaniem substancji

Tabela 16. prezentuje wyniki analizy regresji wyjaśniającej występowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) w badanej grupie ($N=5991$). Wyniki tego modelu wykazały istotne efekty główne dla zmiennych socjodemograficznych ($F(2, 5988) = 9,070, p < 0.001$), czynników ryzyka ($F(2, 5986) = 1851,396, p < 0.001$) i chroniących ($F(2, 5984) = 1048,620, p < 0.001$), oraz istotny efekty interakcji przy kontroli tych efektów podstawowych ($F(1, 5983) = 50,812, p < 0.001$). Całościowo, model wyjaśniał około 55% wariancji zmiennej zależnej (występowania zaburzeń związanych z używaniem substancji).

Tabela 16. Wyniki hierarchicznej liniowej regresji wielokrotnej przewidujące występowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych na podstawie częstości używania substancji psychoaktywnych, stosowania strategii redukcji szkód oraz zmiennych socjodemograficznych (płeć, wiek) oraz innych czynników (diagnozy psychiatrycznej, samoregulacji), wśród uczestników badania (N=5991).

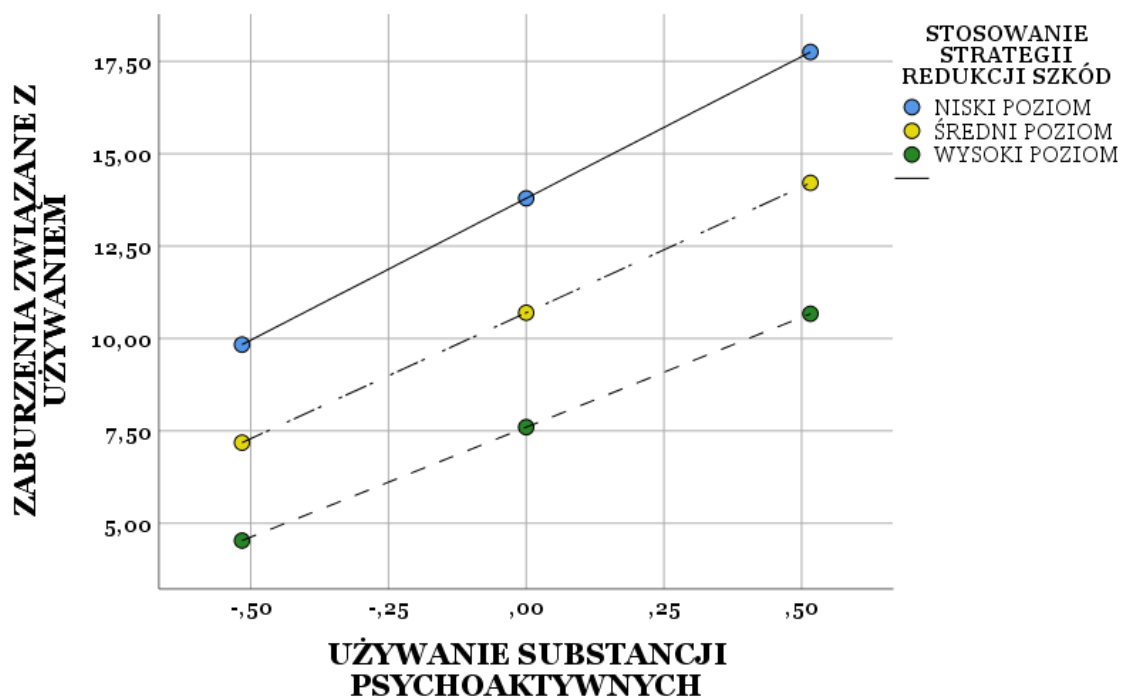
Krok	Predyktor	B	β	R ²	ΔR^2
1	Zmienne socjodemograficzne			0,003	0,003***
	Płeć (M=0, K=1)	-1,04***	-0,06		
	Wiek	0,04*	0,02		
2	Czynniki ryzyka			0,384	0,381***
	Używanie substancji	6,81***	0,41		
	Diagnozy psychiatryczne ¹	1,23***	0,07		
3	Czynniki chroniące			0,544	0,160***
	Samoregulacja	-1,02***	-0,08		
	Strategie redukcji szkód	-6,23***	-0,38		
4	Używanie x Strategie (interakcja)	-1,74***	-0,06	0,547	0,004***

¹ Czy lekarz lub psychoterapeuta kiedykolwiek zdiagnozował u Ciebie zaburzenie lub chorobę psychiczną? („Nie” = 0, „Tak” = 1)

*p<0.05; ***p<0.001

Wykres 15. ilustruje efekt interakcji dla tego modelu. Ilustracja ta zawiera średnią oraz po jednym odchyleniu standardowym poniżej i powyżej średniej dla skali stosowania strategii redukcji szkód, ze względu na częstość używania substancji psychoaktywnych (oś X) oraz doświadczania szkód/problemów z tym związanych (oś Y). Wraz z wzrostem częstości używania substancji psychoaktywnych, częstsze (wyższy poziom) stosowanie strategii redukcji szkód ogranicza prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń związanych z używaniem substancji, w stosunku do tych, którzy stosowali te strategie rzadziej.

Wykres 15. Związek pomiędzy używaniem substancji psychoaktywnych i nasileniem zaburzeń z tym związanych, dla niskiego ($-1\ SD$), średniego oraz wysokiego ($+1\ SD$) poziomu częstości stosowania strategii redukcji szkód ($N=5991$).



4. Zjawisko samoleczenia

4.1 Samoocena zdrowia psychicznego i fizycznego

Na wykresie 16. i w tabeli 17. zestawiono wyniki odpowiedzi na pytanie o subiektywną ocenę własnego zdrowia fizycznego i psychicznego („Czy uważasz się za osobę zdrową fizycznie? / zdrową psychicznie?”).

Wykres 16. Rozkład odpowiedzi na pytanie o subiektywną ocenę zdrowia (fizycznego i psychicznego), przez płeć i wiek respondentów: odsetki (%).

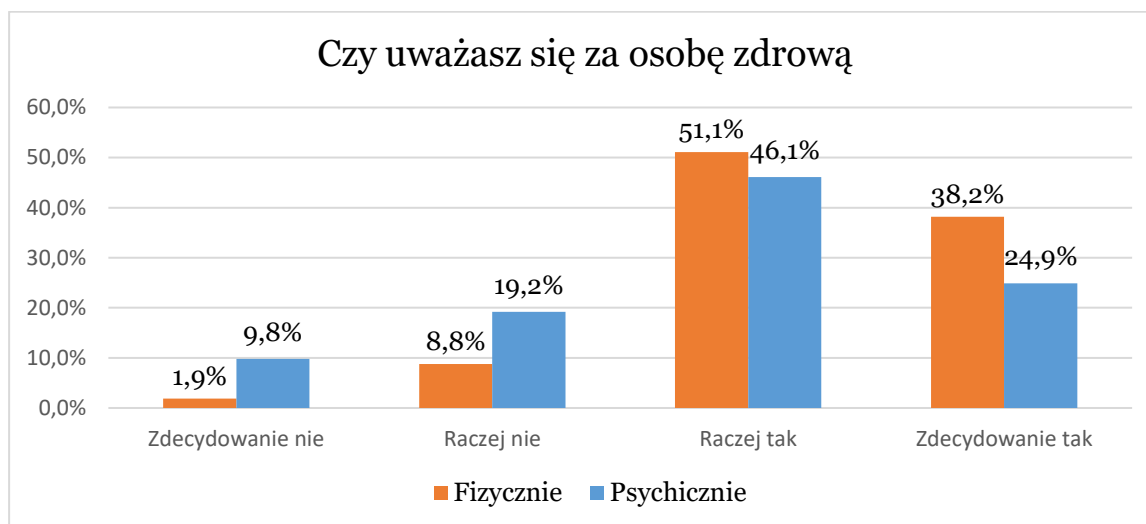


Tabela 17. Średnie dla odpowiedzi na pytanie o subiektywną ocenę zdrowia (fizycznego i psychicznego); średnie (odchylenia standardowe); min = 1, max = 4.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=4661	n=2004	n=82	n=4978	n=1769	
Zdrowie fizyczne	3.32*** (.67)	3.12•• (.72)	2.88♦♦♦ (.73)	3.26 (.70)	3.24 (.67)	3.26 (.69)
Zdrowie psychiczne	n=4670 3.01*** (.85)	n=2007 2.54••• (.91)	n=82 2.12♦♦♦ (.92)	n=4986 2.81 (.92)	n=1773 3.00*** (.83)	n=6759 2.86 (.90)

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: *** $p<.001$;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦♦♦ $p<.001$;

• różnice ze względu na płeć (żeńską-niebinarna): •• $p<.01$.

Zdecydowana większość osób, które odpowiedziały na to pytanie uważała się za osoby zdrowe fizycznie (ok. 90%) i psychicznie (ok. 70%). Przy czym mężczyźni ocenili swoje zdrowie (zarówno fizyczne jak i psychiczne) wyraźnie lepiej niż kobiety; jako najgorsze swoje zdrowie oceniły osoby niebinarne. Zróżnicowanie w samoocenie zdrowia ze względu na płeć zarówno, jeśli chodzi o zdrowie psychiczne jak i fizyczne było istotne statystycznie ($p<0.001$). Jedynie w przypadku samooceny zdrowia fizycznego u kobiet i osób niebinarnych istotność ta była na niższym poziomie ($p<0.01$). Zaobserwowano również istotną ($p<0.001$) statystycznie różnicę w ocenie zdrowia psychicznego osób młodszych w porównaniu ze starszymi. Młodszy respondenci ocenili swoje zdrowie psychiczne jako gorsze niż osoby starsze. Wiek nie różnicował istotnie oceny zdrowia fizycznego.

4.2 Diagnoza zaburzenia lub choroby psychicznej

Tabela 18. *Diagnoza zaburzenia lub choroby psychicznej, przez płeć i wiek: liczby bezwzględne i odsetki (%).*

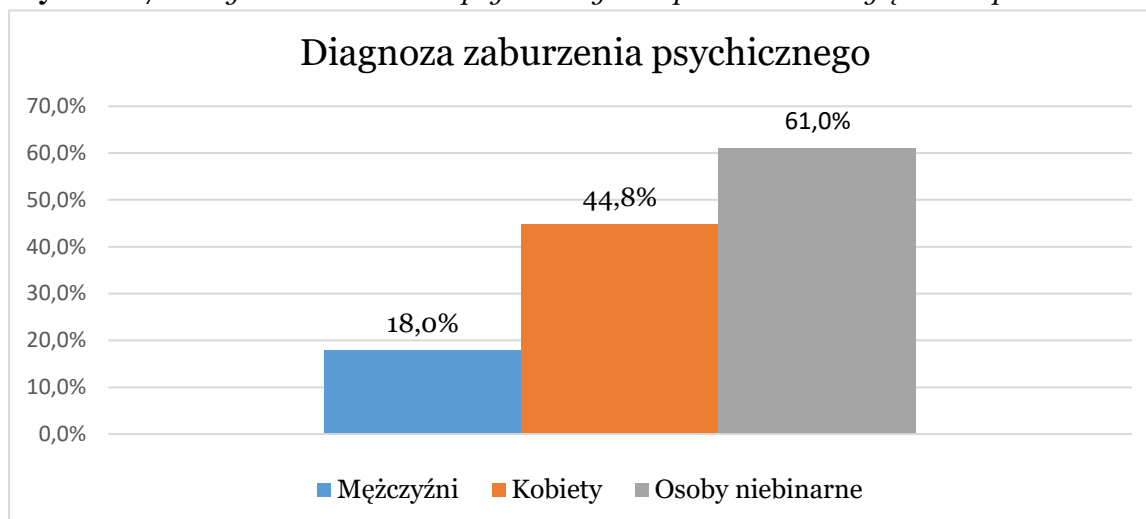
	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=4678	n=2009	n=80	n=4994	n=1775	
Diagnoza zaburzenia lub choroby psychicznej	841*** (18%)	900•• (44,8%)	50♦♦♦ (61%)	1324 (26,5%)	467 (26,3%)	1791 (26,5%)

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: *** $p<.001$;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦♦♦ $p<.001$;

• różnice ze względu na płeć (żeńską- niebinarna): •• $p<.01$.

Wykres 17. *Diagnoza zaburzenia psychicznego w podziale ze względu na płeć: odsetki (%).*



Na wykresie 17. i w tabeli 18. przedstawiono wyniki odpowiedzi na pytanie: „Czy lekarz lub psychoterapeuta kiedykolwiek zdiagnozował u Ciebie zaburzenie lub chorobę psychiczną?” (Tak / Nie). Spośród 6769 osób, które odpowiedziały na to pytanie, u 26,5% w perspektywie całego życia została zdiagnozowana choroba psychiczna. Płeć (męska vs. żeńska) w istotny sposób różnicowała osoby z diagnozą ($p < 0.001$). Istotne różnice w odsetkach diagnoz stwierdzono również między kobietami a osobami niebinarnymi ($p < 0.01$). Osoby niebinarne były diagnozowane najczęściej. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ze względu na wiek.

Na dalsze pytania z kategorii samoleczenia odpowiadały jedynie osoby, które potwierdziły, że mają diagnozę ($n=1791$).

Rozpowszechnienie poszczególnych chorób i zaburzeń psychicznych

Respondentom zostało zadane 9 pytań o posiadanie diagnoz różnych chorób i zaburzeń psychicznych, a także pytanie otwarte o inną diagnozę (z polem do wpisania). Na wykresie 18. i w tabeli 19. zestawiono wyniki odpowiedzi na pytania o posiadanie poszczególnych diagnoz (suma wszystkich wskazań przekracza 100% procent, gdyż były to pytania z możliwością udzielenia wielokrotnej odpowiedzi). Diagnozami tymi były:

- depresja,
- zaburzenia lękowe,
- uzależnienie (zaburzenie używania substancji psychoaktywnych),
- zaburzenie osobowości typu borderline,
- OCD – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne,
- ChAD - choroba afektywna dwubiegunowa
- ADHD/ADD,

- schizofrenia lub psychoza (spektrum zaburzeń psychotycznych),
- autyzm/zespół Aspergera (spektrum autyzmu),
- inne zaburzenia lub choroby.

Do osób z zaburzeniami lękowymi włączono także osoby, które w rubryce „inne, napisz jakie” wpisały nerwicę (n=23), fobię społeczną (n=10) i zaburzenia adaptacyjne (n=7). Do diagnozy ChAD włączono cyklotymię (n=6), a do spektrum zaburzeń psychotycznych włączono osoby z zaburzeniami schizotypowymi, schizoafektywnymi, schizoidalnymi, paranoidalnymi, oraz osobowość schizoidalną i schizotypową (n=11).

Pozostałe odpowiedzi na pytanie o diagnozy w polu „inne, napisz jakie” (n=185), obejmowały zaburzenia i choroby, które dało się podzielić na 4 grupy:

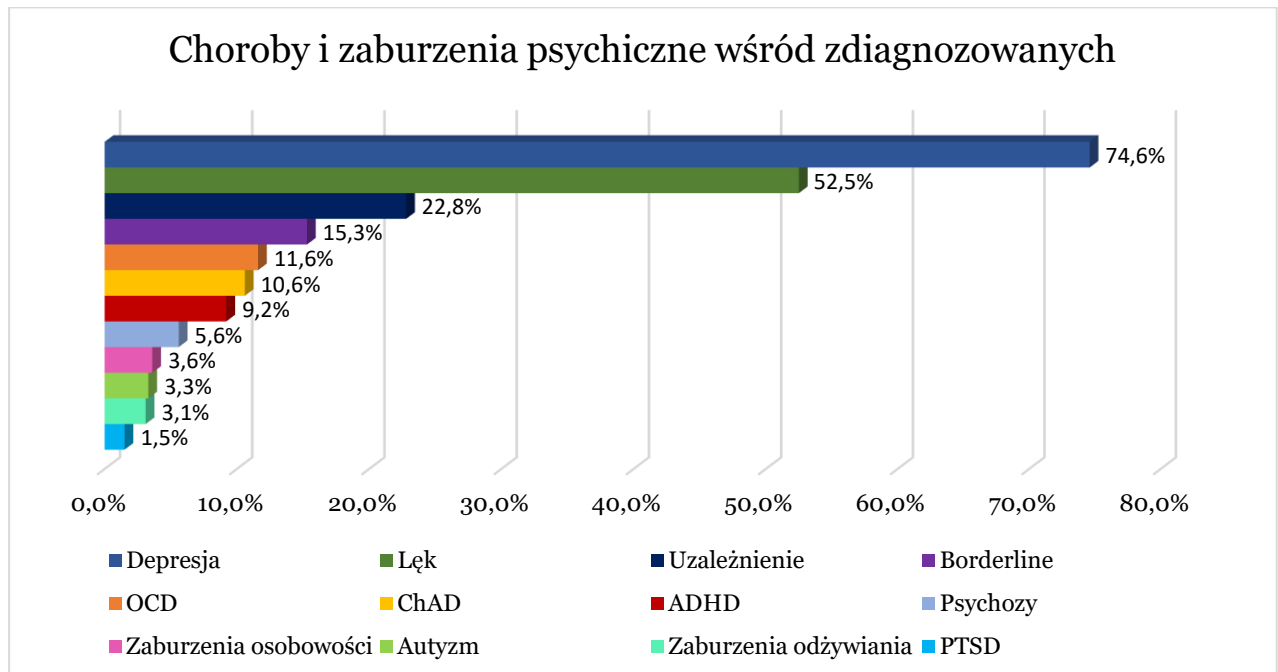
- Zaburzenia osobowości (wymieniane ogólnie lub szczegółowo: mieszane, afektywne, antyspołeczne, narcystyczne, osobowość nieprawidłowa); n=64,
- Zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia); n=55,
- PTSD; n=27,
- Pozostałe: zaburzenia łączone, w tym np. zaburzenia osobowości i anoreksja (n=7), zaburzenia dysocjacyjne (n=7), zaburzenia snu, głównie bezsenność (n=7), inne pojedyncze zaburzenia (n=3), oraz DDA (n=15), które nie jest diagnozą, lecz jest jako takie traktowane przez część respondentów (n=39).

Tabela 19. *Diagnozy zaburzenia lub choroby psychicznej: liczby bezwzględne i odsetki (%).*

Diagnozy	Liczby bezwzględne	Odsetki
Depresja	1334	74,6%
Zaburzenia lękowe	934	52,5%
Zaburzenie używania substancji psychoaktywnych	402	22,8%
Zaburzenie osobowości typu borderline	273	15,3%
OCD - zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	205	11,6%
ChAD - Choroba afektywna dwubiegunowa oraz cyklotymia	188	10,6%
ADHD / ADD	165	9,2%
Spektrum zaburzeń psychotycznych	98	5,6%
Zaburzenia osobowości	64	3,6%
Spektrum autyzmu	59	3,3%
Zaburzenia odżywiania	55	3,1%
PTSD	27	1,5%
Pozostałe (bez DDA)	24	1,3%

Wśród osób, które zadeklarowały posiadanie diagnoz psychiatrycznych dominowała depresja (74,6%) i zaburzenia lękowe (52,5%). Stosunkowo często zgłaszano także zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (22,8%) i zaburzenie osobowości typu borderline (15,3%). Najrzadszą diagnozą były spektrum zaburzeń psychotycznych (5,6%) i zaburzenia ze spektrum autyzmu (3,3%), a także nowo wyodrębnione zaburzenia osobowości (3,6%), zaburzenia odżywiania (3,1%) i PTSD (1,5%). Możliwe jednak, że rozpowszechnienie tych trzech ostatnich diagnoz jest częstsze w badanej populacji, ale z uwagi na to, że nie zostały one wyodrębnione w oddzielnych pytaniach, wyniki częstości ich występowania były niższe. Podstawą do oprocentowania była liczba osób, które potwierdziły diagnozę choroby lub zaburzenia psychicznego (n=1791).

Wykres 18. Choroby i zaburzenia psychiczne u osób zdiagnozowanych: odsetki (%).



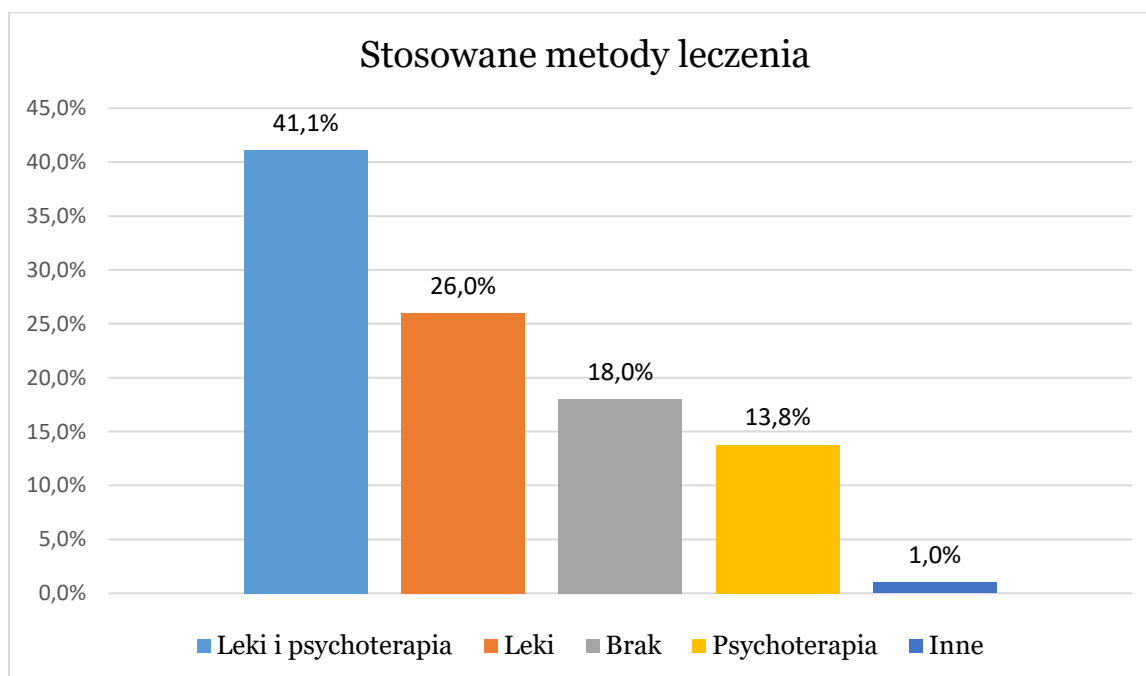
PTSD oraz „pozostałe zaburzenia” nie zostały włączone do dalszych analiz z uwagi na zbyt małą liczebność przy zbyt dużym zróżnicowaniu próby badawczej.

Wśród respondentów częste były przypadki wielokrotnych diagnoz. Na 1756 osób, które odpowiedziały na pytanie o posiadanie diagnoz poszczególnych zaburzeń/chorób zdrowia psychicznego, ok. 30% osób zgłosiło 1 diagnozę, 36,2% miało 2 diagnozy, a ok. 20% osób zgłosiło 3 diagnozy; cztery diagnozy posiadało 9,8% osób (n=172); więcej niż 4 diagnozy zgłosiło 3,2% osób (n=56).

Korzystanie z możliwości leczenia u profesjonalisty

Na wykresie 19. ukazano poszczególne metody leczenia chorób i zaburzeń psychicznych wraz z częstością ich stosowania przez respondentów (czyli zdiagnozowanych użytkowników substancji psychoaktywnych).

Wykres 19. Stosowane metody leczenia: odsetki (%).



W przypadku ponad 80% zdiagnozowanych chorób/zaburzeń zadeklarowano stosowanie jakiejś formy leczenia. Najpopularniejsze były leki łączone z psychoterapią (41,1%). Jeden procent badanych osób (n=39) stosował inne, nie wymienione w ankiecie formy leczenia: najczęściej była to hospitalizacja (n=15) oraz „leczenie w ośrodku” (n=11); inne wymienione formy to min.: „biofeedback”, „ustawienia Hellingera”, „akupunktura”, „medytacja”, „redukcja szkód poprzez wypisywanie morfiny przez lekarza”, „program metadonowy” oraz „dietetyk kliniczny”.

W Tabeli 20. zestawiono wyniki z odpowiedzi na pytania o korzystanie z możliwości leczenia poszczególnych chorób lub zaburzeń psychicznych u profesjonalisty.

Tabela 20. Korzystanie z możliwości leczenia u profesjonalisty: liczby bezwzględne i odsetki (%).

Diagnozy	Korzystanie z metod leczenia					
	Brak	Leki	Psychoterapia	Leki i psychoterapia	Inne	Suma (n)
Depresja	117 8,8%	397 29,8%	123 9,2%	687 51,5%	9 0,7%	1333
Zaburzenia lękowe	105 11,3%	290 31,1%	112 12%	419 45%	5 0,5%	931
Uzależnienie	163 40,5%	27 6,7%	127 31,6%	73 18,2%	12 3%	402
Borderline	63 23,1%	45 16,5%	49 17,9%	113 41,4%	3 1,1%	273
OCD	61 29,8%	58 28,3%	32 15,6%	53 25,9%	1 0,5%	205
Zaburzenia osobowości	15 23,4%	9 14,1%	15 23,4%	23 35,9%	2 3,1%	64
Zaburzenia odżywiania	11 20%	3 5,5%	21 38,2%	15 27,3%	5 9,1%	55
ChAD	28 15,1%	63 33,9%	10 5,4%	85 45,7%	-	186
ADHD / ADD	58 35,2%	53 32,1%	20 12,1%	34 20,6%	-	165
Zaburzenia psychotyczne	25 25,5%	31 31,6%	3 3,1%	37 37,8%	2 2%	98
Spektrum autyzmu	32 54,2%	7 11,9%	10 16,9%	10 16,9%	-	59
Suma	680 18,0%	982 26,0%	522 13,8%	1549 41,1%	39 1%	3772 100%

Leki i psychoterapia stosowane były najczęściej (>40%) w przypadku: depresji (51,5%), zaburzeń lękowych (45%), ChAD (45,7%) i zaburzeń osobowości typu borderline (41,4%); a najrzadziej (>20%) w przypadku spektrum autyzmu (16,9%) i zaburzeniu związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (18,2%).

Brak leczenia najczęściej (>40%) raportowany był w przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu (54,2%) i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (40,5%); natomiast najrzadziej (<20%) w przypadku depresji (8,8%), zaburzeń lękowych (11,3%) i ChAD (15,1%).

Psychoterapia (bez stosowania leków) najczęściej (>30%) wybierana była w przypadku zaburzeń odżywiania (38,2%) i zaburzeń związanych z używaniem substancji

psychoaktywnych (31,6%); najrzadziej zaś (<10%) przy spektrum zaburzeń psychotycznych (3,1%), ChAD (5,4%) i depresji (9,2%).

Leki (bez psychoterapii) najczęściej (>30%) stosowane były przy ChAD (33,9%), a najrzadziej (<10%) przy zaburzeniach odżywiania (5,5%) i zaburzeniu związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (6,7%).

4.3 Leczenie i samoleczenie

W tabeli 21. przedstawiono zbiorcze wyniki odnośnie liczby osób, które przynajmniej raz stosowały samoleczenie w jakiegokolwiek wymienionej wcześniej chorobie lub zaburzeniu psychicznym. Spośród zdiagnozowanych osób, 74,9% próbowało leczyć zaburzenia lub choroby psychiczne na własną rękę, natomiast 54,9% używało w tym celu substancji psychoaktywnych. W odpowiedzi na powyższe pytania zaobserwowano tylko jedną istotną różnicę ze względu na płeć – dotyczyła ona używania substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia, które istotnie częściej występowało wśród kobiet ($p < 0.001$).

Tabela 21. Stosowanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia chorób i zaburzeń psychicznych przez płeć i wiek; liczby bezwzględne i odsetki (%).

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=841	n=900	n=50	n=1324	n=467	
Próby leczenia się na własną rękę	631 75%	668 74,2%	42 84%	982 74,2%	359 76,9%	1341 74,9%
Używanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia	451*** 50,1%	501 59,6%	32 64%	717 54,2%	267 57,2%	984 54,9%

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: *** $p < .001$;

Jeśli chodzi o leczenie, wszystkie osoby zdiagnozowane stosowały jakąś formę profesjonalnego leczenia którejś ze swoich chorób lub zaburzeń (tabela 22.).

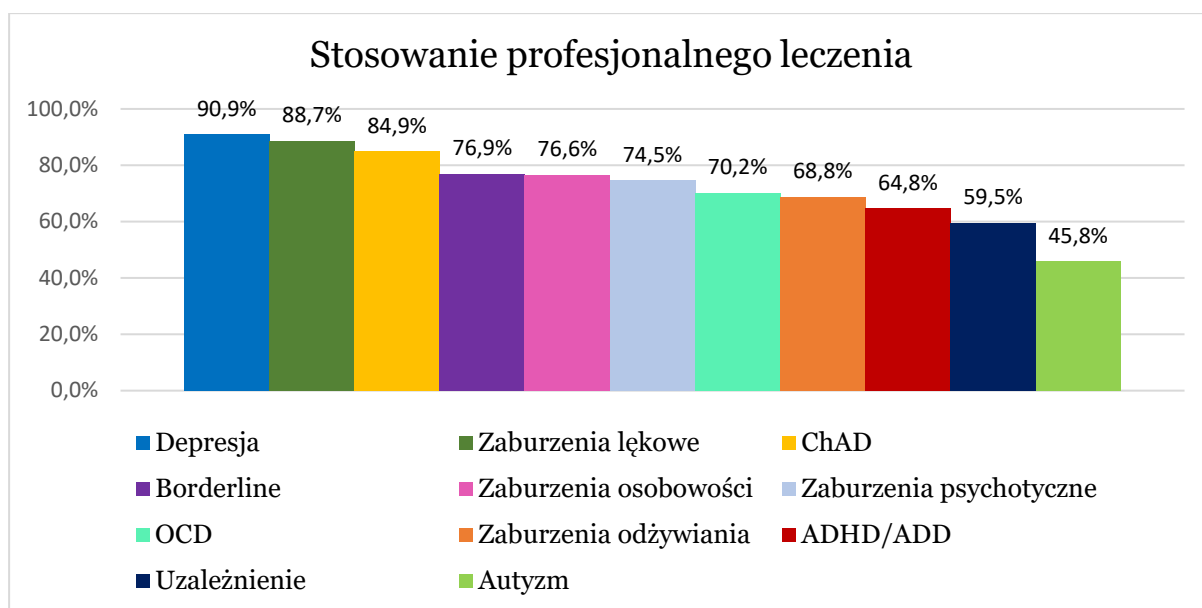
Tabela 22. Leczenie się u profesjonalisty, na własną rękę oraz stosowanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia; liczby bezwzględne i odsetki (%).

	Profesjonalne leczenie	Leczenie się na własną rękę	Samoleczenie się substancjami psychoaktywnymi
Depresja	1216 90,9%	964 72,5%	710 53,2%
Zaburzenia lękowe	826 88,7%	554 60,3%	400 42,8%
Zaburzenie używania substancji psychoaktywnych	239 59,5%	295 73,4%	138 34,3%
Zaburzenie osobowości typu borderline	209 76,9%	143 53%	99 36,3%
OCD - zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne	144 70,2%	83 41,1%	47 22,9%
Zaburzenia osobowości	49 76,6%	27 42,2%	18 28,1%
Zaburzenia odżywiania	44 68,8%	35 63,6%	20 36,4%
ChAD - Choroba afektywna dwubiegunowa oraz cyklotymia	158 84,9%	95 51,6%	70 37,2%
ADHD / ADD	107 64,8%	74 45,4%	57 34,5%
Spektrum zaburzeń psychotycznych	73 74,5%	34 35,1%	22 22,4%
Zaburzenia ze spektrum autyzmu	27 45,8%	23 39,7%	18 30,5%

Podstawą do oprocentowania jest liczba osób zdiagnozowanych na daną chorobę lub zaburzenie.

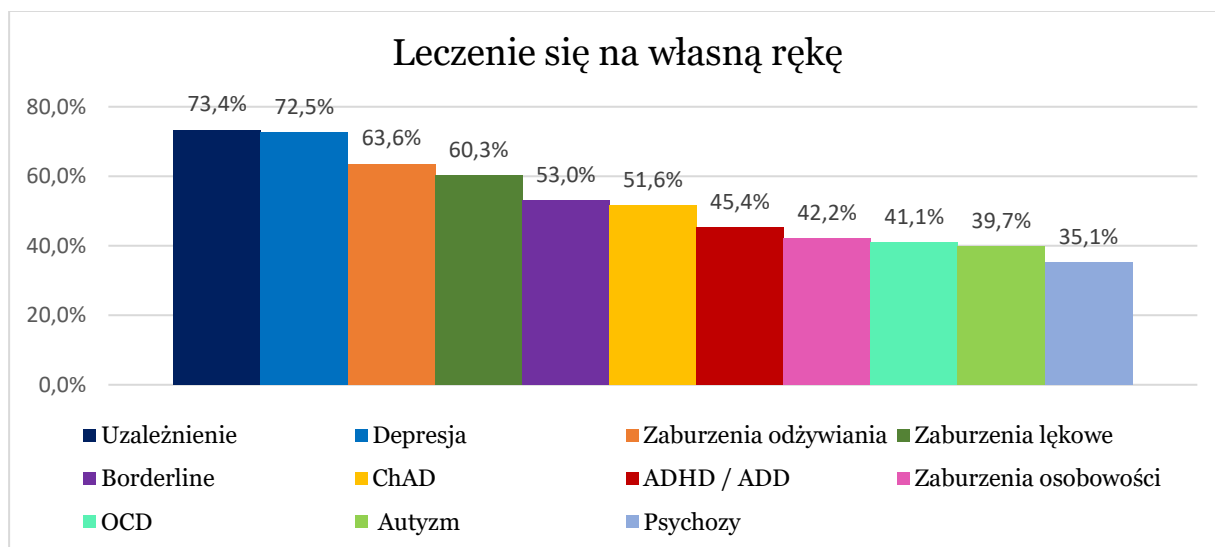
Z uwagi na małą liczebność, osoby z diagnozą spektrum zaburzeń psychotycznych, spektrum autyzmu oraz z zaburzeniami będącymi wcześniej w grupie „Inne”, zostały (z wyłączeniem DDA) włączone w następnych pytaniach do zbiorczej grupy „Pozostałe”.

Wykres 20. Stosowanie profesjonalnego leczenia przy poszczególnych zaburzeniach i chorobach: odsetki (%).



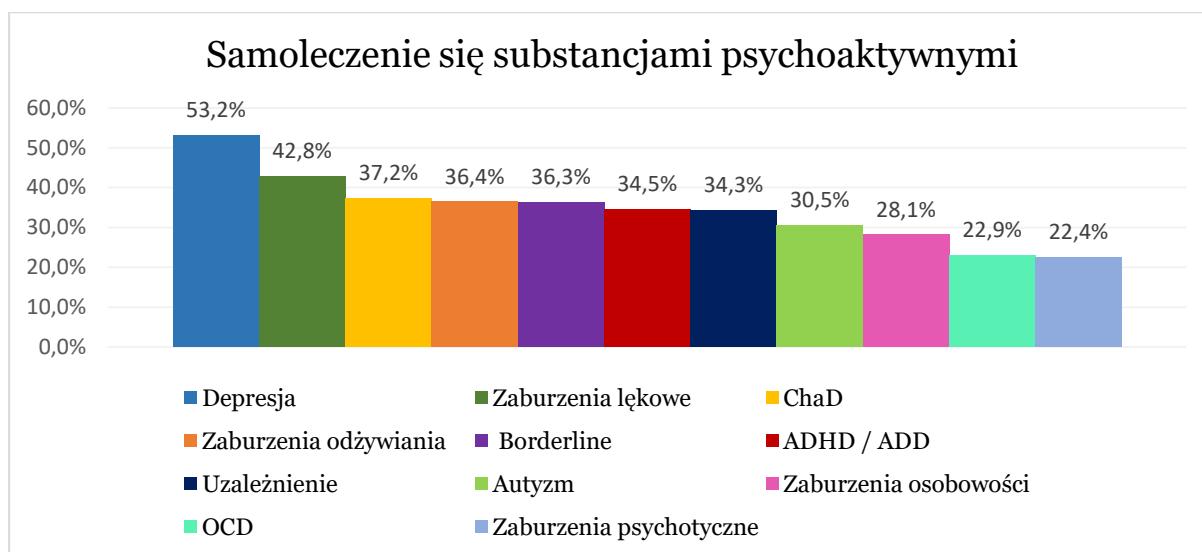
Profesjonalne leczenie (wykres 20.) najczęściej (>80%) stosowane było w przypadku depresji (90,9%), zaburzeń lękowych (88,7%) i ChAD (84,9%). Najrzadziej (<50%) leczono się w przypadku spektrum autyzmu (45,8%).

Wykres 21. Leczenie się na własną rękę przy poszczególnych zaburzeniach i chorobach: odsetki (%).



Próby leczenia się na własną rękę (wykres 21.) najczęściej (>70%) stosowane były w przypadku zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (73,4%) oraz depresji (72,5%). Najrzadziej zaś (<40%) stosowano je w przypadku spektrum zaburzeń psychicznych (35,1%) i zaburzeń ze spektrum autyzmu (39,7%).

Wykres 22. *Używanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia przy poszczególnych zaburzeniach i chorobach: odsetki (%).*



Samoleczenie się substancjami psychoaktywnymi (wykres 22.) najczęściej (>40%) stosowane było w przypadku depresji (53,2%) i zaburzeń lękowych (42,8%). Z kolei najrzadziej (<25%) stosowane było przy OCD (22,9%) i spektrum zaburzeń psychotycznych (22,4%).

Rozpowszechnienie stosowania samoleczenia

W tabeli 23. przedstawiono odsetki osób zdiagnozowanych na poszczególne choroby lub zaburzenia zdrowia psychicznego, które zgłosiły samoleczenie poszczególnymi substancjami psychoaktywnymi. W tabeli tej nie został uwzględniony alkohol, ponieważ ani jeden z respondentów nie zaznaczył, że stosował go w tym celu. Podstawę do oprocentowania stanowiły osoby zdiagnozowane na daną chorobę lub zaburzenie. W grupie „Pozostałe” znajdują się: spektrum zaburzeń psychotycznych, spektrum autyzmu oraz zaburzenia będące wcześniej w grupie „Inne” (z wyłączeniem DDA).

Tabela 23. *Rozpowszechnienie stosowania samoleczenia przy poszczególnych chorobach i zaburzeniach; liczby bezwzględne i odsetki (%).*

	Marhuana	Syntetyczne kannabinoidy	Stymulanty	Empatogeny	Psychodeliki	Dysocjanty	Opioidy	Leki poza wskazaniem
Depresja	571 42,8%	77 5,8%	277 20,8%	326 24,4%	412 30,9%	158 11,8%	189 14,2%	357 26,8%
Zaburzenia lękowe	305 32,8%	42 4,5%	133 14,3%	167 18%	196 21,1%	66 7,1%	109 11,9%	238 25,6%

Uzależnienie	101 25,1%	14 3,5%	54 13,4%	43 10,7%	63 15,7%	30 7,5%	33 8,2%	69 17,2%
Borderline	75 27,5%	12 4,4%	50 18,3%	50 18,3%	59 21,6%	26 9,5%	39 14,3%	69 25,3%
OCD	40 20%	3 1%	15 7%	16 8%	20 10%	6 3%	9 4%	21 10%
ChAD	58 30,9%	7 3,7%	36 19,1%	40 21,3%	44 23,4%	22 11,7%	26 13,8%	41 21,8%
ADHD	38 23,0%	3 1,8%	37 22,4%	20 12,1%	27 16,4%	5 3%	9 5,5%	24 14,5%
Pozostałe	77 23,5%	8 2,4%	39 11,9%	48 14,7%	46 14,1%	16 4,9%	29 8,9%	53 16,2%
Suma	1265	166	641	710	867	329	443	872

Na pomarańczowo zaznaczono substancje używane w celu samoleczenia przez ponad 30% respondentów z danym zaburzeniem lub chorobą psychiczną. Były to: marihuana w przypadku depresji (42,8%), zaburzeń lękowych (32,8%) i choroby afektywnej dwubiegunowej (30,9%); oraz psychodeliki w przypadku depresji (30,9%). Na żółto zaznaczono substancje, które były używane w celu samoleczenia przez ponad 20% respondentów z danym zaburzeniem lub chorobą. Na zielono zaznaczono pozostałe substancje włączone do dalszej analizy, gdzie $n > 30$.

Wyniki te wskazują, że substancjami stosowanymi najczęściej (>800 rekordów) w celu samoleczenia (ogólnie, we wszystkich badanych chorobach i zaburzeniach) były: marihuana (1265), leki uspokajające i nasenne (872) oraz psychodeliki (867). Rzadziej (600-750 rekordów) w celu samoleczenia stosowane były empatogeny (710) i stymulanty (641). Natomiast jeszcze rzadziej (300-500 rekordów) stosowano w tym celu opioidy (443) i dysocjanty (329). Najrzadziej zaś zgłaszane było samoleczenie syntetycznymi kannabinoidami (166).

Z uwagi na zbyt duże zróżnicowanie, grupa „Pozostałe” została wyłączona z dalszych analiz.

Substancje stosowane w samoleczeniu

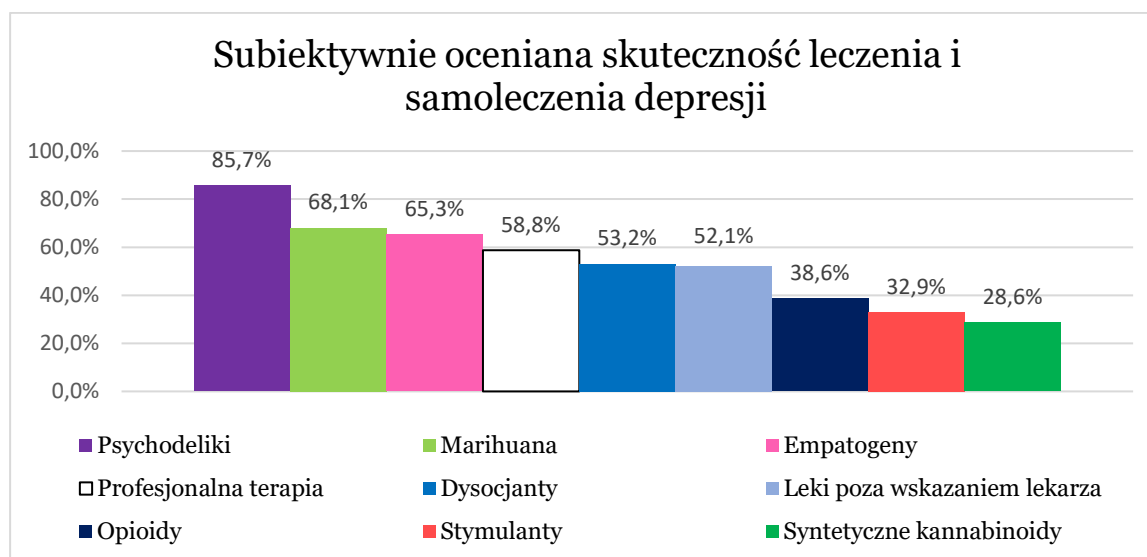
W tabeli 24. zestawiono wyniki odpowiedzi na pytania dotyczące skuteczności substancji stosowanych w samoleczeniu różnych chorób i zaburzeń psychicznych oraz subiektywnie ocenianej skuteczności profesjonalnej terapii. Podstawę do oprocentowania stanowiła liczba przypadków samoleczenia lub leczenia.

Tabela 24. Subiektywna skuteczność samoleczenia i leczenia u profesjonalisty; liczby bezwzględne i procenty (%).

	Marhuana	Syntetyczne kannabinoidy	Stymulanty	Empatogeny	Psychodeliki	Dysocjanty	Opioidy	Leki poza wskazaniem	Profesjonalna terapia
Depresja	389 68,1%	22 28,6%	91 32,9%	213 65,3%	353 85,7%	84 53,2%	73 38,6%	186 52,1%	715 58,8%
Zaburzenia lękowe	203 66,6%	17 40,5%	39 29,3%	108 64,7%	151 77%	32 53,2%	61 38,6%	173 72,7%	512 62,7%
Uzależnienie	58 57,4%	-	10 18,5%	18 41,9%	46 73%	18 60%	11 33,3%	25 36,2%	100 42%
Borderline	42 56%	-	17 34%	29 58%	43 72,9%	-	19 48,7%	39 56,5%	115 55%
OCD	25 62,5%	-	-	-	-	-	-	-	79 56%
ChAD	38 65,5%	-	14 38,9%	24 60%	35 79,5%	-	-	25 61%	95 59,7%
ADHD	25 65,8%	-	29 78,4%	-	-	-	-	-	65 60,7%
Jakiegokolwiek zaburzenie	839 66,1%	54 33,1%	217 33,8%	437 61,4%	690 79,3%	173 53,6%	202 41%	508 58,2%	1828 58,3%

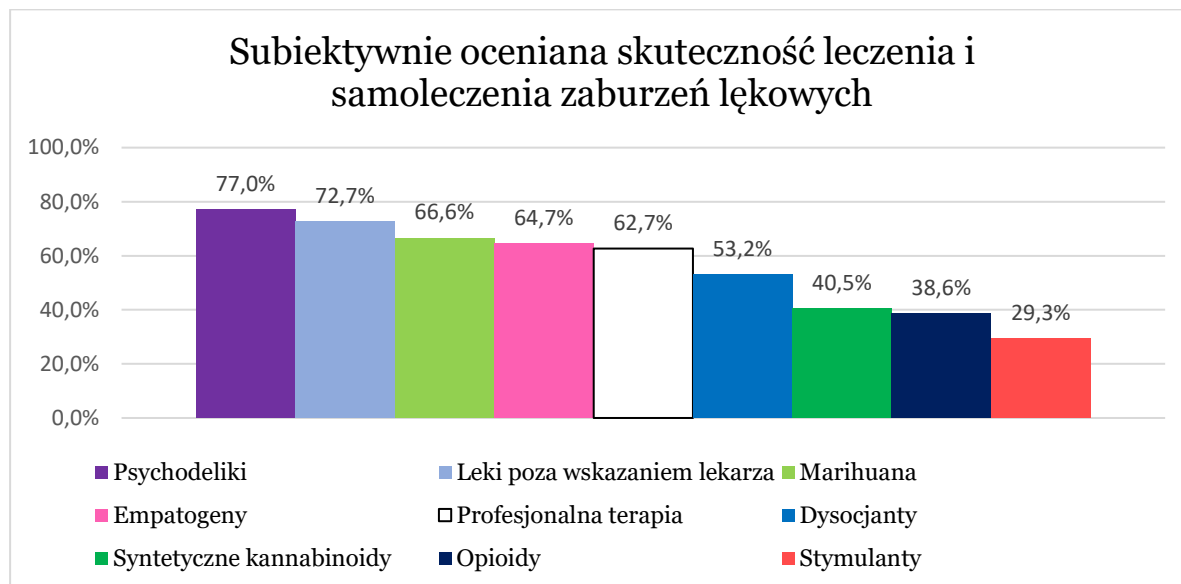
Według opinii respondentów najbardziej skuteczne w samoleczeniu depresji okazały się psychodeliki (85,7%). Marihuana oraz empatogeny (odpowiednio 68,1% i 65,3%) także wyprzedziły w tym względzie profesjonalne leczenie (58,8%). Najmniej skuteczne okazały się syntetyczne kannabinoidy (28,6%). Dane te zostały zestawione na poniższym wykresie (23).

Wykres 23. Porównanie subiektywnej oceny skuteczności samoleczenia i profesjonalnej terapii depresji: odsetki (%).



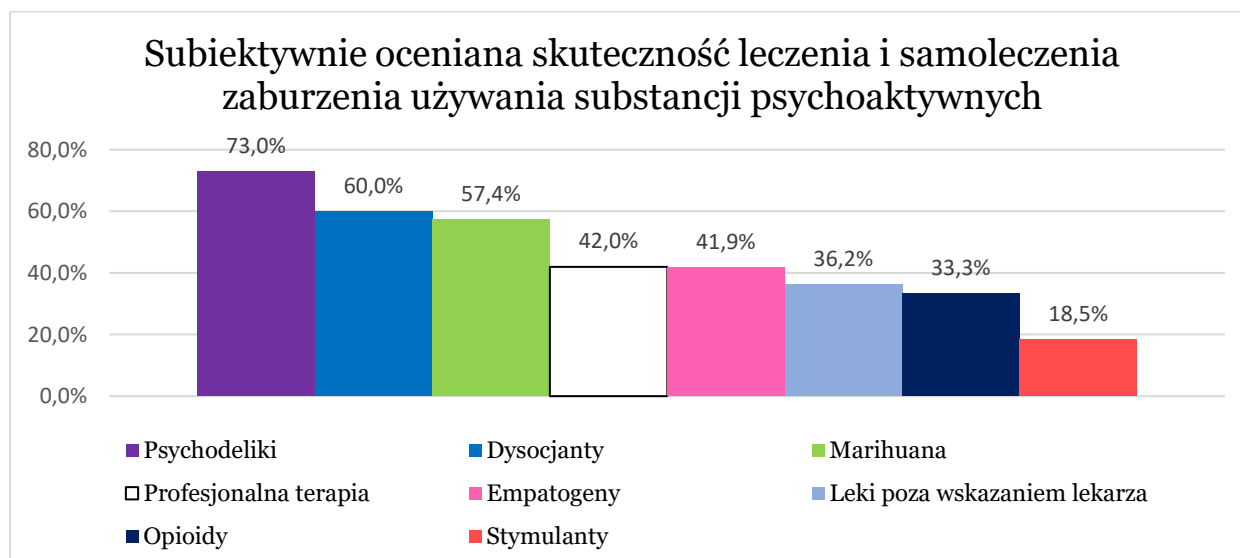
Jako najbardziej skuteczne w samoleczeniu zaburzeń lękowych ocenione zostały psychodeliki (77%). Efektywniejsze niż profesjonalna terapia (62,7%) okazały się także leki uspokajające i nasenne poza wskazaniem lekarza (72,7%), marihuana (66,6%) oraz empatogeny (64,7%). Najmniej efektywne okazały się stymulanty (29,3%). Dane te zostały zestawione na poniższym wykresie (24).

Wykres 24. Porównanie subiektywnej skuteczności samoleczenia i leczenia zaburzeń lękowych: odsetki (%).



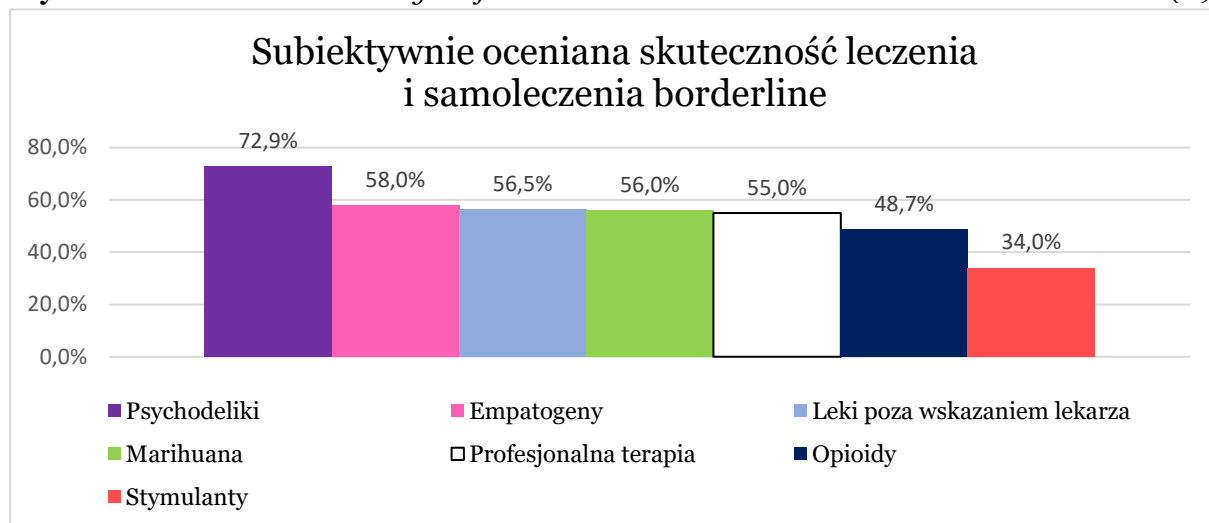
W przypadku samoleczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, psychodeliki były oceniane jako najskuteczniejsze (73%). Zaraz po nich jako skuteczne w samoleczeniu tych zaburzeń ocenione były dysocjanty (60%) i marihuana (57,4%), a na czwartym miejscu profesjonalna terapia (42%). Stymulanty okazały się najmniej efektywne (18,5%). Dane te zostały zestawione na poniższym wykresie (25).

Wykres 25. Porównanie subiektywnej skuteczności samoleczenia i leczenia zaburzenia używania substancji psychoaktywnych: odsetki (%).



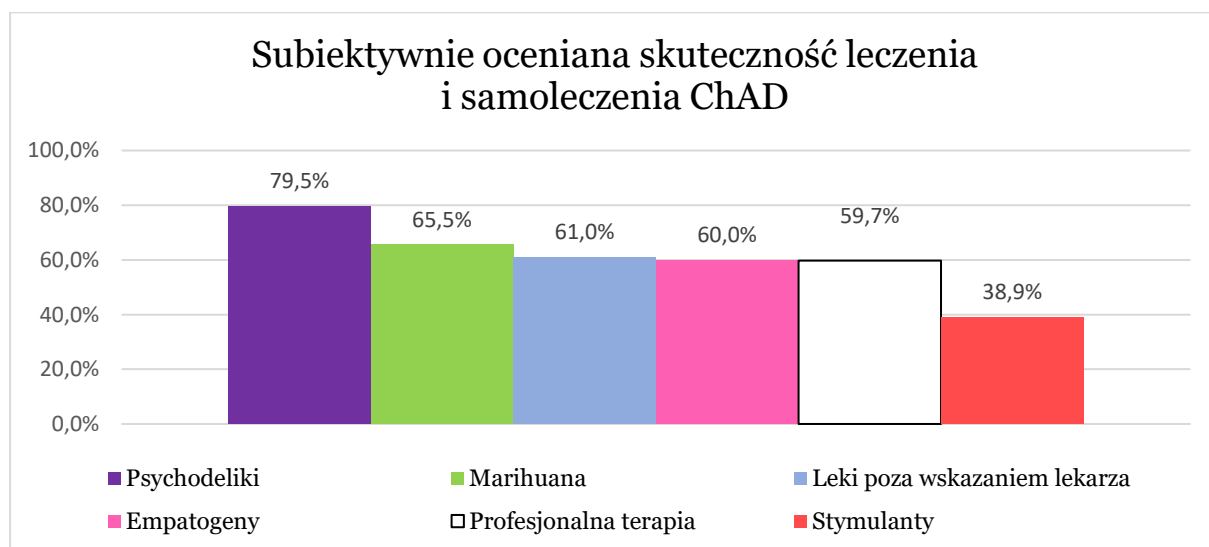
W przypadku zaburzenia osobowości typu borderline, zaraz po psychodelikach (72%) podobną skuteczność miały empatogeny, leki, marihuana oraz profesjonalna terapia (odpowiednio 58%, 56,5%, 56% i 55%). Stymulanty były oceniane jako najmniej efektywne (34%). Dane te przedstawia wykres poniżej (26).

Wykres 26. Porównanie subiektywnej skuteczności samoleczenia i leczenia borderline: odsetki (%).



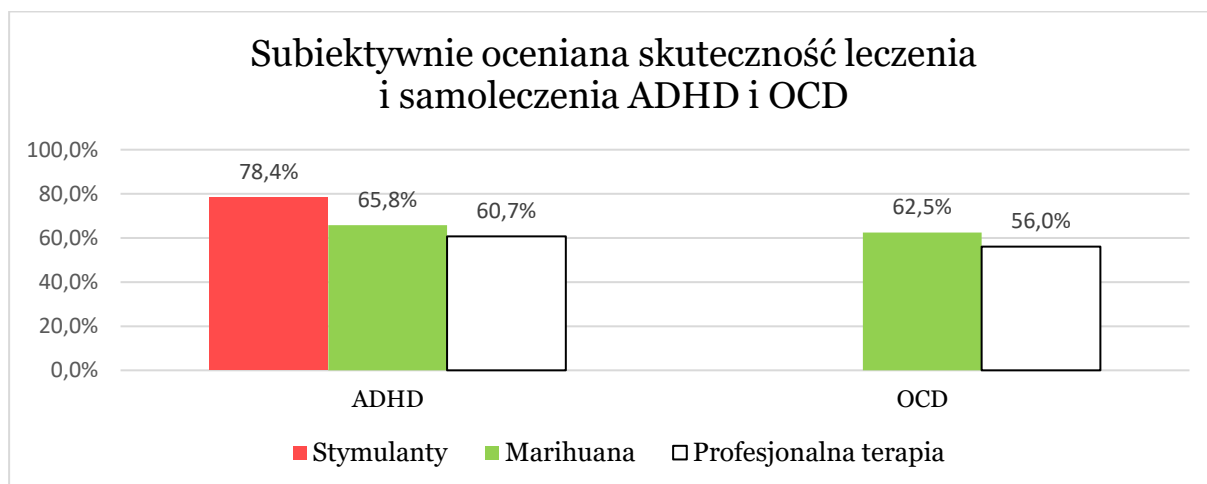
Według respondentów najbardziej skuteczne w samoleczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) były psychodeliki (79,5%). Następnie marihuana (65,5%), oraz z podobną skutecznością, leki uspokajające i nasenne stosowane poza wskazaniem lekarza, empatogeny i profesjonalna terapia (odpowiednio 61%, 60% i 59,7%). Stymulanty ocenione były jako najmniej efektywne (38,9%). Dane te zostały zestawione na poniższym wykresie (27).

Wykres 27. Porównanie subiektywnej skuteczności samoleczenia i leczenia ChAD: odsetki (%).



W opinii respondentów, najskuteczniejsze w samoleczeniu ADHD okazały się stymulanty (78,4%), a następnie marihuana (65,8%) i profesjonalna terapia (60,7%). Natomiast w przypadku zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, marihuana była oceniana jako skuteczniejsza niż profesjonalna terapia (odpowiednio 62,5% i 56% subiektywnie postrzeganej skuteczności). Dane na ten temat przedstawia poniższy wykres (28).

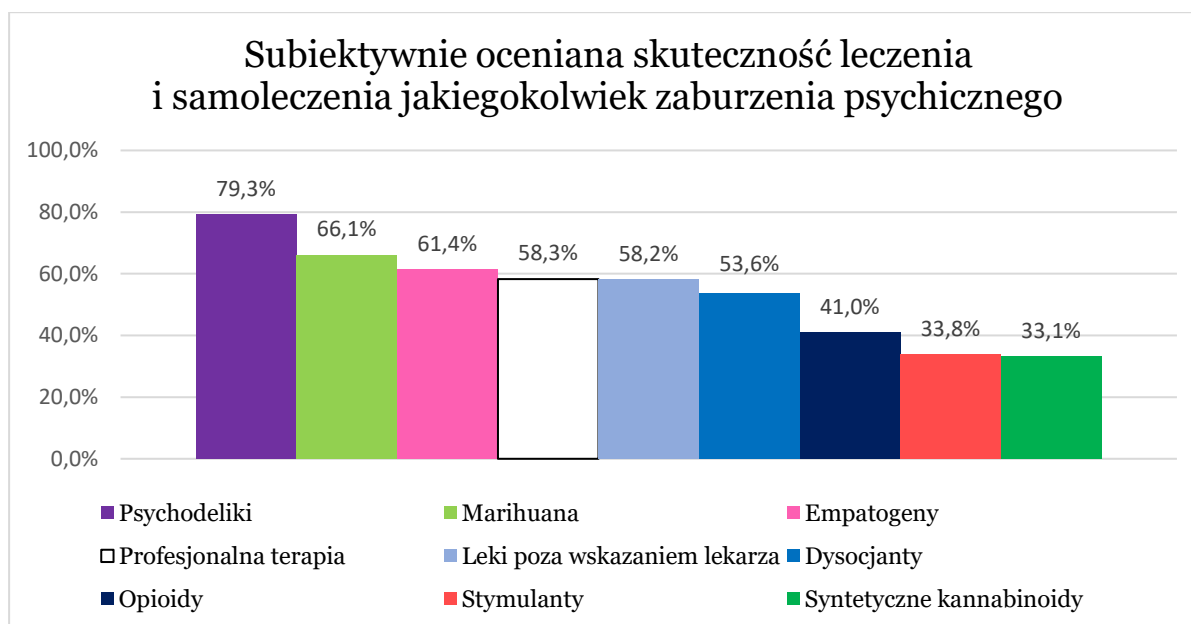
Wykres 28. Porównanie subiektywnej skuteczności samoleczenia i leczenia pozostałych chorób i zaburzeń psychicznych; odsetki (%).



Podsumowując, jako najbardziej skuteczne w samoleczeniu chorób lub zaburzeń zdrowia psychicznego respondenci wskazali psychodeliki – w przypadku jakiegokolwiek diagnozy skuteczność ta oceniona była na poziomie 79,3%. Marihuana uznana była jako skuteczna w 66,1%, a empatogeny w 61,4% przypadków. Skuteczność stosowania profesjonalnej terapii oraz leków uspokajających i nasennych poza wskazaniem lekarza oceniane były na podobnym poziomie (odpowiednio 58,3% i 58,2%). Na końcu znalazły się syntetyczne kannabinoidy z subiektywnie postrzeganą skutecznością w 33,1% przypadków. Dane te zostały zestawione na wykresie poniżej (29).

Ponadto, z uwagi na wysokie oceny subiektywnej skuteczności stosowania stymulantów w samoleczeniu ADHD, przy niskiej ocenie skuteczności samoleczenia w przypadku pozostałych diagnoz, obliczono także subiektywnie postrzeganą skuteczność leczenia jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego za pomocą stymulantów z wyłączeniem ADHD. Wynik ten wynosił 31,1%.

Wykres 29. Subiektywna skuteczność samoleczenia i leczenia u profesjonalisty jakichkolwiek chorób i zaburzeń; liczby bezwzględne i odsetki (%).



Samoleczenie w najczęściej występujących zaburzeniach i chorobach psychicznych

W tabelach 25-27. zestawiono wyniki odpowiedzi na pytania dotyczące samoleczenia w przypadku trzech najczęściej wskazywanych zaburzeń zdrowia psychicznego: depresji, zaburzeń lękowych i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Podstawę do oprocentowania stanowiła liczba osób zdiagnozowanych na daną chorobę lub zaburzenie.

Z danych dotyczących depresji (tabela 25.) wynika, że mężczyźni istotnie częściej niż kobiety ($p < 0.05$) podejmowali próby leczenia depresji na własną rękę. Płeć znacząco różnicowała także używanie substancji w celu samoleczenia depresji ($p < 0.001$): mężczyźni używali ich zdecydowanie częściej niż kobiety. Wystąpiła także znacząca różnica ($p < 0.05$) między kobietami a osobami niebinarnymi: osoby niebinarne używały substancji w celu samoleczenia depresji częściej niż kobiety.

Jeśli chodzi o wiek, nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w próbach leczenia depresji na własną rękę. Zaobserwowano natomiast różnice w samoleczeniu się za pomocą substancji psychoaktywnych ($p < 0.05$): osoby ze starszej grupy wiekowej istotnie częściej stosowały substancje w tym celu.

Tabela 25. Stosowanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia depresji przez płeć i wiek; liczby bezwzględne i odsetki (%).

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=630	n=666	n=38	n=987	n=347	
Próby leczenia się na własną rękę	474* 75,6%	460 69,4%	29 76,3%	707 71,9%	256 74,2%	963 72,5%
Używanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia	381*** 60,3%	304• 45,6%	25 65,8%	507 51,3%	203* 58,3%	710 53,1%

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: * $p < .05$, *** $p < .001$;

• różnice ze względu na płeć (żeńską-niebinarną): • $p < .05$.

W przypadku zaburzeń lękowych (tabela 26.), nie wykazano istotnych statystycznie różnic, jeśli chodzi o próby leczenia się na własną rękę ze względu na płeć respondentów. Różnice te zaobserwowano jednak w przypadku stosowania w tym celu substancji psychoaktywnych: mężczyźni stosowali je częściej niż kobiety ($p < 0.001$). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic ze względu na wiek respondentów.

Tabela 26. Stosowanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia zaburzeń lękowych przez płeć i wiek; liczby bezwzględne i odsetki (%).

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=371	n=533	n=30	n=704	n=230	
Próby leczenia się na własną rękę	229 63,3%	308 58,4%	17 56,7%	425 61,2%	129 57,3%	554 60,3%
Używanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia	182*** 49,1%	204 38,2%	14 46,7%	309 43,9%	91 39,4%	400 42,8%

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: *** $p < .001$.

W przypadku samoleczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic ze względu na płeć i wiek badanych (poniższa tabela 27).

Tabela 27. Stosowanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez płeć i wiek; liczby bezwzględne i odsetki (%).

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=212	n=182	n=8	n=283	n=119	
Próby leczenia się na własną rękę	166 78,3%	124 68,1%	5 62,5%	202 71,4%	93 78,2%	295 73,4%
Używanie substancji psychoaktywnych w celu samoleczenia	81 38,2%	54 29,7%	3 37,5%	97 34,3%	41 34,5%	138 34,3%

Podsumowując tabele 25.-27. oraz tabelę 21., o ile w przypadku jakichkolwiek chorób lub zaburzeń zdrowia psychicznego samoleczenie substancjami psychoaktywnymi częściej stosowane było wśród kobiet, to w przypadku depresji i zaburzeń lękowych częściej stosowali je mężczyźni.

4.4 Pozostałe motywy używania substancji psychoaktywnych w badanej grupie

W tabeli 28. zestawiono wyniki odpowiedzi na pytanie: „*Jak często (jeśli w ogóle), w ciągu ostatnich 12 m-cy, używałeś(aś) substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna) z następujących powodów?*”.

Tabela 28. Motywy używania substancji psychoaktywnych przez płeć i wiek; średnie i odchylenia standardowe, min=1, max=4.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=3927	n=1766	n=72	n=4239	n=1526	
Poprawa złego nastroju	1.67 (1.18)	1.74 (1.22)	1.81 (1.28)	1,72** (1.18)	1.62 (1.21)	1.69 (1.19)
Oderwanie się od aktualnych problemów	1.76*** (1.22)	1.92 (1.28)	2.05 (1.28)	1.85*** (1.24)	1.70 (1.23)	1.81 (1.24)

Zrelaksowanie się	3.09*** (0.81)	2.96 (0.91)	2.93 (0.91)	3.07*** (0.83)	2.96 (0.88)	3.04 (0.84)
Poczucie euforii	2.32*** (1.18)	2.51 (1.23)	2.47 (1.24)	2.42*** (1.20)	2.28 (1.18)	2.38 (1.20)
Poczucie odurzenia lub bycia pod wpływem	1.79*** (1.33)	2.04 (1.40)	2.27♦♦ (1.33)	1.92*** (1.36)	1.75 (1.32)	1.87 (1.35)
Zintensyfikowanie wrażeń seksualnych	1.18 (1.16)	1.11 (1.17)	0.89 (1.03)	1.09 (1.15)	1.33*** (1.16)	1.16 (1.16)
Stymulacja (np. żeby nie zasnąć)	0.58*** (0.92)	0.80 (1.09)	0.73 (1.06)	0.62 (0.97)	0.75*** (1.02)	0.65 (0.98)
Zrzucenie wagi	0.14*** (0.54)	0.46 (1.01)	0.43♦ (0.98)	0.26** (0.76)	0.20 (0.65)	0.24 (0.73)
Szybsze zaśnięcie	1.34 (1.21)	1.29 (1.25)	1.40 (1.24)	1.33 (1.21)	1.31 (1.25)	1.33 (1.22)
Zwiększenie radości z przebywania z przyjaciółmi	2.24* (1.18)	2.16 (1.24)	1.96 (1.27)	2.30*** (1.19)	1.96 (1.21)	2.21 (1.20)
Zwiększenie pewności siebie, umiejętność rozmowy w sytuacjach towarzyskich	1.28*** (1.23)	1.58 (1.37)	1.44 (1.34)	1.44*** (1.30)	1.19 (1.21)	1.37 (1.28)
Zmniejszenie naturalnych zahamowań	1.01*** (1.14)	1.14 (1.26)	1.01 (1.21)	1.09*** (1.19)	0.95 (1.12)	1.05 (1.18)
Pobudzenie, gdy chce się wyjść ze znajomymi	0.98*** (1.16)	1.19 (1.30)	0.93 (1.13)	1.04 (1.22)	1.03 (1.16)	1.04 (1.21)
Pomoc w koncentracji na pracy lub nauce	0.68* (1.01)	0.60● (1.01)	1.00 (1.22)	0.65 (1.01)	0.67 (1.02)	0.66 (1.01)
Wzmocnienie wrażeń z takich aktywności jak słuchanie muzyki, granie w gry czy uprawianie sportu	2.20*** (1.22)	1.69●● (1.35)	2.17 (1.21)	2.08** (1.29)	1.96 (1.26)	2.05 (1.28)
Zmniejszenie nudy przy wykonywaniu określonej czynności	1.53*** (1.29)	1.17 (1.28)	1.41 (1.28)	1.47*** (3.09)	1.28 (1.26)	1.42 (1.30)

Wzmocnienie działania innych substancji	0.90 (1.07)	0.91 (1.10)	1.00 (1.08)	0.95*** (1.09)	0.80 (1.01)	0.90 (1.07)
Łagodzenie efektów zjazdu/ zejścia po użyciu innych substancji	0.78*** (1.11)	0.98 (1.21)	0.76 (1.02)	0.84 (1.15)	0.85 (1.11)	0.84 (1.14)
Pełna skala „motywy używania”	1.41* (0.59)	1.46 (0.65)	0.72 (0.69)	1.45*** (0.62)	1.37 (0.59)	1.43 (0.61)

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦ $p < .05$, ♦ $p < .01$;

• różnice ze względu na płeć (żeńską-niebinarna): • $p < .05$, •• $p < .01$.

Do najczęściej zgłaszanych motywów używania różnych substancji psychoaktywnych (>2.00) zaliczyć można: zrelaksowanie się (3,04); dostarczanie poczucia euforii (2,38), odurzenia lub bycia pod wpływem (2,32); zwiększenie radości z przebywania z przyjaciółmi (2,21); oraz wzmocnienie wrażeń z takich aktywności jak słuchanie muzyki, granie w gry czy uprawianie sportu (2,05). Z kolei wśród najrzadziej wymienianych motywów używania (<1.00) znalazły się: zrzucenie wagi (0,24); pomoc w koncentracji na pracy lub nauce (0,66); stymulacja (np. żeby nie zasnąć) (0,65); łagodzenie efektów zjazdu/ zejścia po użyciu innych substancji (0,84); czy wzmocnienie działania innych substancji (0,90).

Jednoczynnikowa analiza wariancji (ANOVA) wykazała, że głównymi motywami używania w starszej grupie wiekowej były: „zintensyfikowanie wrażeń seksualnych” oraz „stymulacja” ($p < 0.001$). Natomiast młodsza grupa wiekowa częściej ($p > 0.001$) używała substancji psychoaktywnych w takich celach jak: „oderwanie się od aktualnych problemów”, „zrelaksowanie się”, „poczucie euforii”, „poczucie odurzenia lub bycia pod wpływem”, „zwiększenie radości z przebywania z przyjaciółmi”, „zwiększenie pewności siebie”, „zmniejszenie naturalnych zahamowań”, „zmniejszenie nudy przy wykonywaniu określonej czynności”, „wzmocnienie działania innych substancji”.

Jeśli chodzi o płeć, mężczyźni wyraźnie częściej ($p < 0.001$) niż kobiety korzystali z substancji psychoaktywnych w celach takich jak:

- Wzmocnienie wrażeń z takich aktywności jak słuchanie muzyki, granie w gry czy uprawianie sportu;
- Zmniejszenie nudy przy wykonywaniu określonej czynności;
- Zrelaksowanie się.

Natomiast wyraźnie częściej ($p < 0.001$) wśród kobiet w porównaniu do mężczyzn zgłaszane były następujące motywacje:

- Oderwanie się od aktualnych problemów;

- Poczucie euforii;
- Poczucie odurzenia lub bycia pod wpływem;
- Stymulacja (np. żeby nie zasnąć);
- Zrzucenie wagi;
- Zwiększenie pewności siebie, umiejętność rozmowy w sytuacjach towarzyskich;
- Pobudzenie, gdy chce się wyjść ze znajomymi;
- Łagodzenie efektów zjazdu/ zejścia po użyciu innych substancji;
- Zmniejszenie naturalnych zahamowań.

Zsumowane motywy pokazały wyraźną różnicę na poziomie $p < 0.001$ pomiędzy młodszą i starszą grupą, oraz różnicę na poziomie $p < 0.05$ pomiędzy kobietami a mężczyznami.

Tabela 29. przedstawia średnie i odchylenia standardowe w poszczególnych podskalach, stanowiących nadrzędne motywów używania substancji. W danych tych wynika, że w badanej grupie zdecydowanie najpopularniejszy był motyw modulacji nastroju ($M=2.16$), zaś najrzadziej obecny wśród respondentów był motyw związany z fizycznym wpływem substancji na organizm ($M=0.84$).

Tabela 29. Częstość występowania poszczególnych grup motywów używania substancji psychoaktywnych: średnie (odchylenia standardowe).

Motyw	Modulacja nastroju	Efekty fizyczne	Kontakty społeczne	Ułatwienie wykonywania czynności	Modulacja działania innych substancji
	N=5871	N=5877	N=5895	N=5888	N=5879
Średnia i odchylenie standardowe	2,16 (0.79)	0.84 (0.65)	1.42 (0.94)	1.37 (0.91)	0.87 (0.97)

4.5 Korelacje pomiędzy samooceną zdrowia, posiadaniem diagnoz i samoleczeniem

Tabela 30. przedstawia wyniki analizy korelacji (ρ Spearmana) pomiędzy zmiennymi z zakresu pytań o samoocenę swojego zdrowia fizycznego i psychicznego, oraz skuteczności leczenia się u profesjonalisty i stosowanego samoleczenia.

Samoocena zdrowia fizycznego korelowała dodatnio (na słabym lub umiarkowanym poziomie) z prawie wszystkimi zmiennymi (oprócz posiadania diagnozy psychiatrycznej i stosowania

samoleczenia, gdzie korelacje były ujemne). Oznacza to, że osoby gorzej oceniające swoje zdrowie fizyczne częściej posiadały także diagnozę psychiatryczną i częściej stosowały samoleczenie. Samoocena zdrowia psychicznego natomiast dodatnio korelowała (na umiarkowanym lub silnym poziomie) z większością zmiennych (oprócz otwartości na doświadczenia, posiadania diagnozy psychiatrycznej i stosowania samoleczenia, gdzie korelacje te były ujemne). Wyniki analizy korelacji wskazują także na negatywny związek pomiędzy posiadaniem diagnozy a większością zmiennych psychospołecznych (oprócz otwartości na doświadczenia oraz stosowania samoleczenia, w których wystąpiły słabe korelacje dodatnie). Korelacje stosowania samoleczenia były ujemne (na niskim poziomie) w przypadku samooceny zdrowia fizycznego i psychicznego. Słabe ujemne korelacje dotyczyły również samoregulacji i ekstrawersji, natomiast słabe dodatnie korelacje – sumienności i otwartości na doświadczenia. Ponieważ tylko osoby, które miały diagnozę były pytane o stosowanie samoleczenia, posiadanie diagnozy i samoleczenie nie były skorelowane.

Tabela 30. Wyniki analizy korelacyjnej pomiędzy zmiennymi (ρ Spearmana).

	Samoocena zdrowia fizycznego	Samoocena zdrowia psychicznego	Posiadanie diagnozy	Stosowanie samoleczenia
Poczucie sprawczości	.304**	.421**	-.225**	-.028
Samoregulacja	.337**	.505**	-.272**	-.058*
Ekstrawersja	.261**	.403**	-.230**	-.063*
Ugodowość	.124**	.185**	-.088**	-.019
Sumienność	.292**	.365**	-.221**	.069*
Stabilność emocjonalna	.293**	.656**	-.414**	-.047
Otwartość na doświadczenia	.063**	-.015	.102**	0.65*
Samoocena zdrowia fizycznego	-	.415**	-.209**	-.103**
Samoocena zdrowia psychicznego	.415**	-	-.483**	-.102**
Posiadanie diagnozy psychiatrycznej	-.209**	-.483**	-	-
Stosowanie samoleczenia	-.103**	-.102**	-	-

* $p < .05$, ** $p < .01$.

4.6 Zestawienie zmiennych dotyczących zdrowia, samoleczenia i motywów używania z nasileniem zaburzeń związanych z używaniem (na podstawie testu DUDIT)

4.6.1 Zaburzenia związane z używaniem substancji i diagnoza choroby lub zaburzenia

Dane zestawione w tabeli 31. wskazują, że osoby, które w teście DUDIT uzyskały wynik wskazujący na brak symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji (0-6 pkt.), rzadziej mają potwierdzoną diagnozę zaburzenia psychicznego (18,7% vs. 52,6%). Natomiast osoby „prawdopodobnie uzależnione” (25-44 pkt.), częściej posiadają także diagnozy chorób lub zaburzeń psychicznych. W grupie osób ze szkodliwym wzorem używania (7-24 pkt.) proporcje osób posiadających diagnozę zaburzenia/choroby zdrowia psychicznego wynosiły ok. 27%. Zaobserwowano istotną ($p > 0.001$) zależność między posiadaniem diagnozy zaburzenia lub choroby psychicznej a nasileniem zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Tabela 31. Występowania diagnozy zaburzenia lub choroby psychicznej a kategorie nasilenia zaburzeń związanych z używaniem substancji, na podstawie testu DUDIT: liczby bezwzględne oraz odsetki (%).

	Wynik testu DUDIT			Ogółem
	0-6 pkt.	7-24 pkt.	25-44 pkt.	
Tak, mam diagnozę zaburzenia psychicznego	444 a 18,7%	1056 b 27,5%	291 c 52,6%	1791 26,5%
Nie mam diagnozy zaburzenia psychicznego	1932 a 81,3%	2784 b 72,5%	262 c 47,4%	4978 73,5%
Ogółem	2376 100%	3840 100%	553 100%	6769 100%

4.6.2. Samoleczenie

Tabela 32 pokazuje, że osoby, które w teście DUDIT uzyskały wynik wskazujący na brak symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (0-6 pkt.), rzadziej stosowały samoleczenie (38,5% vs. 61,5%). Zaobserwowano istotną ($p > 0.001$) zależność między stosowaniem samoleczenia a zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych. Podstawę do oprocentowania stanowiła liczebność osób zdiagnozowanych. Do osób stosujących samoleczenie zaliczono te, które przynajmniej raz zaznaczyły stosowanie samoleczenia jakąkolwiek substancją psychoaktywną. Natomiast osoby nie stosujące samoleczenia to te, które posiadały przynajmniej jedną diagnozę, ale ani razu nie zaznaczyły, że stosują samoleczenie jakiegokolwiek ze swoich zaburzeń/chorób.

Tabela 32. Zestawienie stosowania samoleczenia substancjami psychoaktywnymi z kategoriami nasilenia zaburzeń związanych z używaniem substancji, na podstawie testu DUDIT: liczby bezwzględne oraz odsetki (%).

	Wynik testu DUDIT			Ogółem
	0-6 pkt.	7-24	25-44	
Osoby stosujące samoleczenie substancjami psychoaktywnymi	171 a 38,5%	598 b 56,6%	215 c 73,9%	984 54,9%
Osoby niestosujące samoleczenia substancjami psychoaktywnymi	273 a 61,5%	458 b 43,4%	76 c 26,1%	361 45,1%
Ogółem	300 100%	791 100%	253 100%	1344 100%

4.6.3 Motywy używania substancji psychoaktywnych

Tabela 33. zestawia wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji (One-Way ANOVA) porównującej częstość poszczególnych motywów używania substancji ze względu na nasilenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (na podstawie testu DUDIT). W danych tych wynika, że bez względu na motywy używania substancji, osoby, których wynik testu DUDIT wskazywał na szkodliwy wzór używania (7-24 pkt.) lub prawdopodobieństwo uzależnienia (25-44 pkt.), przyjmują substancje psychoaktywne istotnie częściej niż osoby bez symptomów tych zaburzeń (0-6 pkt.).

Tabela 33. Porównanie częstości poszczególnych motywów używania substancji psychoaktywnych ze względu na nasilenia zaburzeń związanych z używaniem substancji na podstawie testu DUDIT (ANOVA z testami post hoc).

Zmienna zależna	Wynik testu DUDIT	Liczebność (N)	Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)	Analizy post hoc	Poziom istotności (p)
Modulacja nastroju	0-6 (1)	2101	1.72	0.74	1 – 2	0,001
	7-24 (2)	3320	2.32	0.68	2 – 3	0,001
	25-44 (3)	450	2.99	0.65	1 – 3	0,001
	F(2,5868) = 823; p < 0,001					
Efekty fizyczne	0-6 (1)	2100	0.50	0.50	1 – 2	0,001
	7-24 (2)	3328	0.97	0.52	2 – 3	0,001
	25-44 (3)	449	1.49	0.72	1 – 3	0,001
	F(2,5874) = 689; p < 0,001					
Kontakty społeczne	0-6 (1)	2108	1.12	0.86	1 – 2	0,001
	7-24 (2)	3335	1.52	0.92	2 – 3	0,001
	25-44 (3)	452	2.05	0.95	1 – 3	0,001
	F(2,5892) = 249; p < 0,001					
Ułatwienie wykonywania czynności	0-6 (1)	2102	0.99	0.82	1 – 2	0,001
	7-24 (2)	3338	1.52	0.87	2 – 3	0,001
	25-44 (3)	448	2.05	0.87	1 – 3	0,001
	F(2,5885) = 991; p < 0,001					
Modulacja działania innych substancji	0-6 (1)	2098	0.33	0.59	1 – 2	0,001
	7-24 (2)	3333	1.05	0.94	2 – 3	0,001
	25-44 (3)	448	2.12	1.01	1 – 3	0,001
	F(2,5876) = 398; p < 0,001					

5. Zmienne psychospołeczne a częstość używania substancji i nasilenie związanych z tym zaburzeń (na podstawie testu DUDIT)

5.1 Cechy osobowości według modelu „Wielkiej Piątki” a częstość używania substancji psychoaktywnych i nasilenie związanych z tym zaburzeń

Analizy opisowe

W tabeli 34. zestawiono wyniki pięciu cech osobowości według modelu „Wielkiej Piątki” ze względu na płeć oraz wiek respondentów. Wyniki analiz różnic ze względu na płeć wskazują, że mężczyźni w naszej próbie są bardziej ekstrawertyczni oraz bardziej stabilni emocjonalnie niż kobiety; kobiety natomiast są bardziej od mężczyzn otwarte na nowe doświadczenia.

W przypadku dwóch pozostałych cech osobowości – ugodowość i sumienność, nie stwierdzono istotnych różnic ze względu na płeć. Analizy porównujące osoby niebinarne z osobami płci męskiej i żeńskiej wykazały istotne różnice w zakresie ekstrawersji, sumienności, stabilności emocjonalnej i otwartości na doświadczenia. Osoby niebinarne, w porównaniu do osób płci męskiej i żeńskiej, były mniej ekstrawertyczne, mniej sumienne i mniej stabilne emocjonalnie, jednocześnie bardziej otwarte na doświadczenia.

Porównania ze względu na wiek (młodszą vs. starszą grupę) wykazały znaczące różnice w przypadku trzech wymiarów osobowości – ugodowości, sumienności i stabilności emocjonalnej. We wszystkich tych trzech przypadkach starsza grupa wiekowa wykazywała się średnio rzecz ujmując większą ugodowością, sumiennością i stabilnością emocjonalną niż grupa młodszą. W przypadku ekstrawersji i otwartości na doświadczenie nie wykryto istotnych różnic ze względu na wiek.

Tabela 34. Cechy osobowości wg modelu „Wielkiej Piątki” ze względu na płeć i wiek; średnie i odchylenia standardowe, min= 1, max = 7.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=4155	n=1836	n=66	n=4447	n=1610	
Ekstrawersja	5.00** (1.49)	4.86 (1.50)	4.41♦♦ (1.53)	4.96 (1.50)	4.94 (1.49)	4.95 (1.50)
Ugodowość	5.30 (1.14)	5.31 (1.18)	4.98 (1.41)	5.27** (1.17)	5.37 (1.11)	5.30 (1.16)
Sumienność	4.45 (1.38)	4.36••• (1.49)	3.33♦♦♦ (1.41)	4.35*** (1.42)	4.56 (1.43)	4.41 (1.43)
Stabilność emocjonalna	4.44*** (1.59)	3.34 (1.60)	2.97♦♦♦ (1.50)	4.02*** (1.68)	4.27 (1.66)	4.09 (1.67)
Otwartość na doświadczenia	5.05*** (1.05)	5.31 (1.04)	5.41♦ (1.01)	5.14 (1.05)	5.11 (1.06)	5.13 (1.06)

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: **p<.01, ***p<.001;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦p<.05, ♦♦p<.01, ♦♦♦p<.001;

• różnice ze względu na płeć (żeńską-niebinarna): •••p<.001.

Analizy korelacyjne

Wyniki analizy korelacji (r Pearsona) pomiędzy cechami osobowości według modelu „Wielkiej Piątki” a częstością używania substancji oraz nasileniem związanych z tym zaburzeń (mierzone testem DUDIT), zostały zestawione w tabeli 35. Wyniki te wskazują na występowanie słabych negatywnych związków (ale istotnych statystycznie) pomiędzy cechami osobowości a częstością używania substancji psychoaktywnych oraz nasileniem zaburzeń związanych z używaniem. Kierunki zależności pomiędzy badanymi cechami osobowości a wskaźnikami używania substancji psychoaktywnych były zgodne z oczekiwaniami (ujemne korelacje), choć niskie poziomy współczynników tych korelacji mogą zaskakiwać. Wyniki te wskazują, że cechy osobowości nie są głównymi czy samodzielными determinantami zarówno w częstości używania substancji jak i nasilenia związanych z tym zaburzeń. Wyjątkiem od tej ogólnej tendencji była słaba korelacja dodatnia pomiędzy otwartością na doświadczenia a częstością używania substancji psychoaktywnych. Zależność tą można wyjaśnić tym, że cecha otwartości na doświadczenia odnosi się do tendencji poszukiwania i pozytywnego wartościowania nowych doświadczeń życiowych, a także do tolerancji wobec nowości, ciekawości poznawczej i niekonwencjonalności, co – jak wiadomo z literatury przedmiotu (np. Jessor i Jessor, 1977) – sprzyja także sięganiu po substancje psychoaktywne.

Tabela 35. Korelacje (r Pearsona) pomiędzy cechami osobowości („Wielka Piątka”) a częstością używania substancji i nasileniem związanych z tym zaburzeń (na podstawie testu DUDIT).

		1	2	3	4	5	6	7
1	Używanie substancji	-	0.612**	-0.041**	-0.069**	-0,177**	-0.186**	0.098**
2	Wynik testu DUDIT		-	-0.121**	-0.125**	-0.268**	-0.264**	-0.026**
3	Ekstrawersja			-	0.172**	0.242**	0.466**	0.212**
4	Ugodowość				-	0.180**	0.207**	0.093**
5	Sumienność					-	0.339**	-0.017**
6	Stabilność emocjonalna						-	-0.005**
7	Otwartość na doświadczenia							-

** $p < .01$

5.2 Samoregulacja i pozostałe zmienne psychospołeczne a częstość używania substancji psychoaktywnych i nasilenie związanych z tym zaburzeń.

Analizy opisowe

W tabeli 36. zestawiono średnie czterech zmiennych psychospołecznych ze względu na płeć oraz wiek respondentów. Wyniki porównania średnich wskazują, że: młodzi mężczyźni mają istotnie wyższe niż młode kobiety wyniki na skali samoregulacji, poczucia sprawczości oraz percepcji ryzyka; a osoby niebinarne mają istotnie niższe niż mężczyźni wyniki na skali samoregulacji i poczucia sprawczości. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami płci żeńskiej i niebinarnej.

Porównania średnich ze względu na wiek wskazują, że młodsza grupa (18-24 lata) osiągała istotnie niższe wyniki na skalach samoregulacji i poczucia sprawstwa, niż grupa starsza (25-30 lat). Jednocześnie, młodsza grupa wiekowa ma istotnie wyższe wyniki na skali motywów używania substancji psychoaktywnych. W przypadku percepcji ryzyka nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic ze względu na wiek respondentów.

Tabela 36. Zmienne psychospołeczne ze względu na płeć i wiek; średnie i odchylenia standardowe.

	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=4155	n=1836	n=66	n=4403	n=1586	
Samoregulacja (min=1, max=5)	3.43*** (0.63)	3.18 (0.67)	2.98♦♦♦ (0.73)	3.32*** (0.64)	3.41 (0.67)	3.35 (0.65)
Poczucie sprawczości (min=1, max=4)	3.11*** (0.49)	2.89 (0.55)	2.83♦♦ (0.60)	3.02*** (0.52)	3.10 (0.51)	3.04 (0.52)
Percepcja ryzyka (min=0, max=4)	2.21*** (0.66)	2.10 (0.73)	2.09 (0.67)	2.17 (0.67)	2.17 (0.72)	2.17 (0.68)
Motywy używania (min=0, max=4)	1.42 (0.59)	1.45 (0.65)	1.46 (0.69)	1.45*** (0.62)	1.36 (0.59)	1.43 (0.61)

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: ***p<.001;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦p<.01, ♦♦♦p<.001.

Analizy korelacji

Wyniki analizy korelacji (r Pearsona) pomiędzy zmiennymi psychospołecznymi respondentów a częstością używania substancji oraz nasileniem związanych z tym zaburzeń zostały zestawione w tabeli 37. Wyniki te wskazują na występowanie silnych lub umiarkowanych (powyżej 0,45) dodatnich korelacji pomiędzy motywami używania a częstością używania substancji i nasileniem zaburzeń związanych z używaniem. Pozostałe zmienne psychospołeczne (samoregulacja, poczucie sprawczości i percepcja ryzyka używania poszczególnych substancji) były słabo lub umiarkowanie negatywnie skorelowane z częstością używania substancji psychoaktywnych oraz nasileniem związanych z tym zaburzeń, z wyjątkiem słabej dodatniej korelacji pomiędzy percepcją ryzyka i nasileniem zaburzeń związanych z używaniem. Stosunkowo najsilniejsze ujemne korelacje odnotowano w odniesieniu do samoregulacji. Jest to zgodne z doniesieniami z literatury (np. Magar, Phillips i Hosie, 2008; Percy, 2008), które wskazują na samoregulację jako jeden z istotnych czynników ograniczających ryzyko doświadczania niekorzystnych konsekwencji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Tabela 37. Korelacje (r Pearsona) pomiędzy zmiennymi psychospołecznymi a częstością używania substancji i nasileniem związanych z tym zaburzeń (na podstawie testu DUDIT).

		1	2	3	4	5	6
1	Używanie substancji	-	0.612**	-0.218**	-0.092**	-0.113**	0.491**
2	Wynik testu DUDIT		-	-0.341**	-0.173**	0.073**	0.607**
3	Samoregulacja			-	0.652**	-0.012	-0.285**
4	Poczucie sprawczości				-	-0.012	-0.136**
5	Percepcja ryzyka					-	0.045**
6	Motywy używania						-

** $p < .01$

Silne dodatnie korelacje pomiędzy ogólną skalą motywów używania substancji a częstością ich używania i nasileniem związanych z tym zaburzeń „domagały się” sprawdzenia, jakie motywy odgrywają największą rolę w tym ogólnym wyniku. W związku z tym analizie korelacyjnej poddano pięć różnych motywów używania substancji psychoaktywnych (pięć podskal motywów używania). Wyniki tej analizy zestawiono w tabeli 38. Silne dodatnie korelacje (powyżej 0,5) odnotowano pomiędzy motywem „modulacja działania innych substancji” a częstością używania i nasileniem zaburzeń związanych z używaniem substancji (wynikiem testu DUDIT), a także pomiędzy motywem „modulacja nastroju” a wynikiem testu DUDIT. Umiarkowane korelacje (pomiędzy 0,4 a 0,5) odnotowano pomiędzy motywem „efekty fizyczne” a częstością używania substancji i nasileniem związanych z tym zaburzeń. Pozostałe motywy używania („kontakty społeczne” oraz „ułatwienie czynności”) były również dodatnio powiązane z używaniem/zaburzeniami, ale ich związki były słabsze.

Tabela 38. Korelacje (*r* Pearsona) pomiędzy poszczególnymi rodzajami motywów używania (podskale) a częstość używania substancji psychoaktywnych i nasilenie związanych z tym zaburzeń.

		1	2	3	4	5	6	7
1	Używanie substancji	-	0.612**	0.345**	0.439**	0.283**	0.250**	0.588**
2	Wynik testu DUDIT		-	0.521**	0.484**	0.320**	0.382**	0.570**
3	Modulacja nastroju			-	0.450**	0.435**	0.421**	0.418**
4	Efekty fizyczne				-	0.379**	0.456**	0.504**
5	Kontakty społeczne					-	0.382**	0.396**
6	Ułatwienie czynności						-	0.353**
7	Modulacja innych substancji							-

** $p < .01$

5.3 Wybrane wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego a częstość używania substancji psychoaktywnych i nasilenie związanych z tym zaburzeń

Analizy opisowe

W tabeli 39. zestawiono wyniki opisowe pięciu pytań składających się na skalę tendencji samobójczych ze względu na płeć oraz wiek respondentów. Analizy ze względu na płeć wskazują, że w badanej grupie myśli i zachowania samobójcze zdecydowanie przeważają wśród kobiet niż wśród młodych mężczyzn. Ponad 70% kobiet kiedykolwiek w życiu miało myśli samobójcze (versus ok. 50% mężczyzn), ponad 50% kobiet miało plany samobójcze (versus 33% mężczyzn), oraz prawie 30% kobiet miało za sobą próbę samobójczą (versus ok. 13% mężczyzn). Z porównań ze względu na płeć wynika również, że osoby niebinarne są w bardzo dużym stopniu narażone na zachowania samobójcze. W grupie tej odsetki osób odpowiadających twierdząco na pytania składające się na skalę tendencji samobójczych są najwyższe i istotnie różnią się od odsetków kobiet i mężczyzn. Myśli samobójcze (przynajmniej raz/dwa razy w życiu) potwierdziło 90% osób niebinarnych, a przynajmniej jedną próbę samobójczą w życiu potwierdziło ponad 50% osób niebinarnych. Analizy ze względu na wiek potwierdziły, że myśli i zachowania samobójcze, składające się na tendencje samobójcze, są istotnie częstsze w młodszej grupie wiekowej (18-24 lata), w porównaniu do grupy starszej (25-30 lat).

Tabela 39. Wskaźniki tendencji samobójczych ze względu na płeć i wiek; odsetki odpowiedzi twierdzących oraz średnie i odchylenia standardowe (w przypadku skali); min=0, max=3.

Czy kiedykolwiek w życiu...	Płeć			Wiek		Razem
	M	K	NB	18-24	25-30	
	n=4151	n=1836	n=66	n=4445	n=1608	n=6053
	Liczba bezwzględna (%) Przynajmniej 1-2 w życiu			Liczba bezwzględna (%) Przynajmniej 1-2 w życiu		
...czułeś(aś) się tak źle, że pragnąłeś (pragnęłaś) umrzeć?	2223* (53,6%)	1434• (78,1%)	63♦ (95,5%)	2798* (62,9%)	922 (57,3%)	3720 (61,5%)
...przychodziły Ci do głowy myśli samobójcze?	2179* (52,5%)	1361• (74,1%)	60♦ (90,9%)	2723* (61,3%)	877 (54,5%)	3600 (59,5%)
...próbowałeś(aś) zrobić sobie krzywdę?	915* (22,1%)	981• (53,5%)	46♦ (69,7%)	1570* (35,4%)	372 (23,1%)	1942 (32,1%)
...planowałeś(aś) sposób odebrania sobie życia?	1364* (32,9%)	969• (52,9%)	49♦ (74,2%)	1835* (41,3%)	547 (34,0%)	2382 (39,4%)
próbowałeś(aś) popełnić samobójstwo?	540* (13,0%)	539• (29,4%)	35♦ (53,0%)	870* (19,6%)	244 (15,2%)	1114 (18,4%)
	Średnie (Odchylenia standardowe)					
Tendencje samobójcze (skala)	0.62*** (0.76)	1.21••• (0.97)	1.83♦♦♦ (0.93)	0,86*** (0,90)	0,68 (0,79)	0,81 (0,88)

* różnice ze względu na płeć (męska-żeńską) oraz wiek: *p<.05, ***p<.001;

♦ różnice ze względu na płeć (męska-niebinarna): ♦p<.05, ♦♦♦p<.001;

• różnice ze względu na płeć (żeńską-niebinarna): •p<.05, •••p<.001.

Analizy korelacji

Wyniki analizy korelacji (r Pearsona) pomiędzy wskaźnikami zdrowia fizycznego i psychicznego a częstością używania substancji i nasileniem związanych z tym zaburzeń zostały zestawione w tabeli 40. Wyniki te wskazują na występowanie istotnych statystycznie choć słabych, negatywnych związków pomiędzy samooceną stanu zdrowia fizycznego/psychicznego a częstością używania substancji psychoaktywnych oraz wynikami testu DUDIT (zaburzeniami związanymi z ich używaniem). Samoocena zdrowia psychicznego była nieco silniej powiązana z częstością używania/ nasileniem zaburzeń niż samoocena zdrowia fizycznego. Słabe dodatnie korelacje stwierdzono pomiędzy tendencjami samobójczymi oraz posiadaniem diagnozy psychiatrycznej (r ho Spearmana) a częstością używania substancji psychoaktywnych. Na szczególną uwagę zasługują wysokie dodatnie korelacje pomiędzy samooceną zdrowia psychicznego a tendencjami samobójczymi i posiadaniem diagnozy psychiatrycznej.

Tabela 40. Wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego a częstość używania substancji psychoaktywnych i nasilenie związanych z tym zaburzeń.

		1	2	3	4	5	6
1	Używanie substancji	-	0.612**	-0.162**	-0.301**	0.315**	0.220**
2	Wynik testu DUDIT		-	-0.224**	-0.344**	0.318**	0.194**
3	Zdrowie fizyczne			-	0.423**	-0.283**	-0.209**
4	Zdrowie psychiczne				-	-0.605**	-0.484**
5	Tendencje samobójcze					-	0.541**
6	Diagnoza psychiatryczna						-

** $p < .01$

V. Bibliografia

- Acier, D., Kindelberger, C., Chevalier, C., & Guibert, E. (2015). "I always stop before I get sick": a qualitative study on French adolescents alcohol use. *Journal of Substance Use*, 20(4), 262-267.
- Adamowska, S. (2012). *Badanie zgodności rozpoznań psychiatrycznych u dzieci i młodzieży z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 za pomocą kwestionariusza*, rozprawa doktorska, maszynopis, Wrocław: Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu.
- Akram, G., & Galt, M. (1999). A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs. *Drugs: education, prevention and policy*, 6(2), 215-225.
- Alessi, E. J., & Martin, J. I. (2010). Conducting an internet-based survey: Benefits, pitfalls, and lessons learned. *Social Work Research*, 34(2), 122-128.
- Allott, K., & Redman, J. (2006). Patterns of use and harm reduction practices of ecstasy users in Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(2), 168-176.
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA.
- Barnett, N. P., Murphy, J. G., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2007). Efficacy of counselor vs. computer-delivered intervention with mandated college students. *Addictive behaviors*, 32(11), 2529-2548.
- Beccaria, F., Rolando, S., Hellman, M., Bujalski, M., & Lemmens, P. (2015). From criminals to celebrities: Perceptions of "the addict" in the print press from four European countries from nineties to today. *Substance Use & Misuse*, 50(4), 439-453.
- Benton, S. L., Schmidt, J. L., Newton, F. B., Shin, K., Benton, S. A., & Newton, D. W. (2004). College student protective strategies and drinking consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(1), 115-121, <https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.115>.
- Bergman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). DUDIT: The drug use disorders identification test: MANUAL. Stockholm, Sweden: Karolinska Institute.
- Bobrowski, K. (2008). Fazy używania nielegalnych substancji psychoaktywnych a picie alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych. *Alkoholizm i Narkomania*, 4, 341-362.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Weatherburn, P. (2015). "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1171-1176.
- Boys, A., Marsden, J., & Strang, J. (2001). Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective. *Health education research*, 16(4), 457-469.

- Bravo, A. J., Prince, M. A., & Pearson, M. R. (2016). A multiple replication examination of distal antecedents to alcohol protective behavioral strategies. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(6), 958-967.
- Carhart-Harris, R. L., & Nutt, D. J. (2013). Experienced drug users assess the relative harms and benefits of drugs: a web-based survey. *Journal of psychoactive drugs*, 45(4), 322-328.
- Chen, C. Y., & Lin, K. M. (2009). Health consequences of illegal drug use. *Current opinion in psychiatry*, 22(3), 287-292.
- Conway K., Compton W., Stinson, F., Grant B. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, Feb;67(2):247-57.
- Cruz, O. S. (2015). Nonproblematic illegal drug use: Drug use management strategies in a Portuguese sample. *Journal of Drug Issues*, 45(2), 133-150.
- Dąbrowska, K., Miturska, E., Moskalewicz, J., & Wieczorek, Ł. (2012). Konsekwencje używania i nadużywania marihuany w świetle współczesnej wiedzy. *Alkoholizm i Narkomania*, 25(2), 167-186.
- Davis, A. K., Osborn, L. A., Rosenberg, H., Cross, N., Lauritsen, K. J., Ashrafioun, L., ... & Leith, J. (2014). Psychometric evaluation of the Marijuana Reduction Strategies Self-Efficacy Scale with young recreational marijuana users. *Addictive behaviors*, 39(12), 1750-1754.
- Drumm, R. D., McBride, D., Metsch, L., Neufeld, M., & Sawatsky, A. (2005). "I'm a Health Nut!" Street Drug Users' Accounts of Self-Care Strategies. *Journal of Drug Issues*, 35(3), 607-629.
- Duncan, D. F., White, J. B., & Nicholson, T. (2003). Using Internet-based surveys to reach hidden populations: case of nonabusive illicit drug users. *American journal of health behavior*, 27(3), 208-218.
- Essau, C. (Ed.). (2002). *Substance abuse and dependence in adolescence: epidemiology, risk factors and treatment*. Psychology Press.
- Fergus, S., Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fernández-Calderón, F., Díaz-Batanero, C., Barratt, M. J., & Palamar, J. J. (2019). Harm reduction strategies related to dosing and their relation to harms among festival attendees who use multiple drugs. *Drug and alcohol review*, 38(1), 57-67.
- Fernández-Calderón, F., Lozano-Rojas, O., Rojas-Tejada, A., Bilbao-Acedos, I., Vidal-Giné, C., Vergara-Moragues, E., & González-Saiz, F. (2014). Harm reduction behaviors among young polysubstance users at raves. *Substance abuse*, 35(1), 45-50.
- Frank, C., Thake, J., & Davis, C. G. (2012). Assessing the protective value of protective behavioral strategies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5), 839-843.

- Fromme, K., & Orrick, D. (2004). The lifestyle management class: A harm reduction approach to college drinking. *Addiction Research & Theory*, 12(4), 335-351.
- Garmezy, N., Masten, A., Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Glassman, T., Werch, C. C., & Jobli, E. (2007). Alcohol self-control behaviors of adolescents. *Addictive Behaviors*, 32(3), 590-597.
- Graham J. (2009). Missing data analysis: making it work in the real word. *Annual Review of Psychology*, 60:549–576.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807-816.
- Greń, J., Ostaszewski, K., Dąbrowska, K., & Wieczorek, Ł. (2021). “It’ll Never Be Safe, But You Can Limit the Harms”. Exploring Adolescents’ Strategies to Reduce Harms Associated with Psychoactive Substance Use. *Substance Use & Misuse*, 1-12.
- Hall, W. D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K. I., & Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 265-279.
- Harris K., Edlund M. (2005). Self-Medication of Mental Health Problems: New Evidence from a National Survey. *Health Serv Res*. Feb; 40(1).
- Hayes, A. F. (2017). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Guilford publications.
- Howard, D. E., Griffin, M., Boekeloo, B., Lake, K., & Bellows, D. (2007). Staying safe while consuming alcohol: A qualitative study of the protective strategies and informational needs of college freshmen. *Journal of american college health*, 56(3), 247-254, <https://doi.org/10.3200/JACH.56.3.247-254>.
- Hunt, G., Evans, K., Moloney, M., & Bailey, N. (2009). Combining different substances in the dance scene: Enhancing pleasure, managing risk and timing effects. *Journal of drug issues*, 39(3), 495-522.
- Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Nelles, B., & Stimson, G. (2003). Review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use.
- Hunter, L. (2012). Challenging the reported disadvantages of e-questionnaires and addressing methodological issues of online data collection. *Nurse Researcher*. 20, 1, 11-20.
- Hutten, N., Mason, N., Dolder, P., Kuypers K. (2019). Self-Rated Effectiveness of Microdosing With Psychedelics for Mental and Physical Health Problems Among Microdosers. *Front Psychiatry*. 10: 672
- Jenkins, E. K., Slemon, A., & Haines-Saah, R. J. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substance use: insights from a multi-site qualitative analysis of young people’s harm minimization strategies. *Harm reduction journal*, 14(1), 1-11.

- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- Kalant, H. (1999). Differentiating drugs by harm potential: The rational versus the feasible. *Substance use & misuse*, 34(1), 25-34.
- Kelly, B. C. (2009). Mediating MDMA-related harm: Preloading and post-loading among ecstasy-using youth. *Journal of psychoactive drugs*, 41(1), 19-26.
- Kessler R., Nelson C., McGonagle, K., Edlund, M., Frank R., Leaf P. (1996). The Epidemiology of Co-Occurring Addictive and Mental Disorders: Implications for Prevention and Service Utilization *Am J Orthopsychiatry*. Jan;66(1):17-31.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Klimkiewicz, A., Jakubczyk, A., Mach, A., Abramowska, M., Serafin, P., Szczypiński, J., ... & Wojnar, M. (2020). Psychometric properties of the polish version of the drug-use disorders identification test. *European addiction research*, 26(3), 131-140.
- Kocoń, K., Okulicz-Kozaryn, K., & Pisarska, A. (2004). MŁODZIEŻ O NARKOTYKACH – WYNIKI BADAŃ JAKOŚCIOWYCH. *Alkoholizm i Narkomania*, 17(1-2), 45-60.
- Koob, G. F., Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*, 363(1507): 3113–3123.
- Lazareck, S., Robinson, J. A., Crum, R. M., Mojtabai, R., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2012). A longitudinal investigation of the role of self-medication in the development of comorbid mood and drug use disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of clinical psychiatry*, 73(5), 0-0.
- Lea, T., Amada, N., Jungaberle, H., Schecke, H., & Klein, M. (2020). Microdosing psychedelics: Motivations, subjective effects and harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 75, 102600.
- Lenton, S., & Single, E. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 213-219.
- Magar, E. C., Phillips, L. H., & Hosie, J. A. (2008). Self-regulation and risk-taking. *Personality and individual differences*, 45(2), 153-159.
- Malczewski A. (2019). Młodzież a substancji psychoaktywne. W: Grabowska M., Gwiazda M. (red.), *Młodzież 2018* (234-249). Warszawa: Centrum Badań Opini Społecznej.
- Marillier, M., Batisse, A., Richeval, C., Labrouve, V., Martinez, M., Allorge, D., ... & Gaulier, J. M. (2017). CHEMSEX, NPS & risk reduction management: Preliminary results of a pilot study. *Toxicologie Analytique et Clinique*, 29(1), 47-56.
- Martens, M. P., Taylor, K. K., Damann, K. M., Page, J. C., Mowry, E. S., & Cimini, M. D. (2004). Protective behavioral strategies when drinking alcohol and their relationship to negative

alcohol-related consequences in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 390.

Mason, N., Kuypers, K. (2018). Mental health of a self-selected sample of psychedelic users and self-medication practices with psychedelics. *Journal of Psychedelic Studies* 1(2): 45–52.

McBride, N., Farrington, F., & Midford, R. (2000). What harms do young Australians experience in alcohol-use situations? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(1), 54-59.

Miller, P. G., & S nderlund, A. L. (2010). Using the internet to research hidden populations of illicit drug users: a review. *Addiction*, 105(9), 1557-1567.

Mithoefer, M. C., Feduccia, A. A., Jerome, L., Mithoefer, A., Wagner, M., Walsh, Z., ... & Doblin, R. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. *Psychopharmacology*, 236(9), 2735-2745.

Moczko J. (2012). Wnioskowanie statystyczne w przypadku wyst powania brakuj cych danych, *Przegl d Lekarski*, 69(10); 1035-1039.

Morgan, C. J., Muetzelfeldt, L., Muetzelfeldt, M., Nutt, D. J., & Curran, H. V. (2010). Harms associated with psychoactive substances: findings of the UK National Drug Survey. *Journal of Psychopharmacology*, 24(2), 147-153.

Morgan, C. J., Noronha, L. A., Muetzelfeldt, M., Feilding, A., & Curran, H. V. (2013). Harms and benefits associated with psychoactive drugs: findings of an international survey of active drug users. *Journal of Psychopharmacology*, 27(6), 497-506.

M r , L., Simon, K., B rd, I., & R cz, J. (2011). Voice of the psychonauts: Coping, life purpose, and spirituality in psychedelic drug users. *Journal of psychoactive drugs*, 43(3), 188-198.

Moskalewicz, J., Wciórka, J. (2021). Kondycja psychiczna mieszka c w Polski. Raport z bada   Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego spo ecze stwa i jego uwarunkowa    EZOP II . Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Skidmore, J. R., Borsari, B., Barnett, N. P., Colby, S. M., & Martens, M. P. (2012). A randomized controlled trial of a behavioral economic supplement to brief motivational interventions for college drinking. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 876.

Muttoni, S., Ardissino, M., & John, C. (2019). Classical psychedelics for the treatment of depression and anxiety: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 258, 11-24.

Nicholson, T., White, J., & Duncan, D. F. (1999). A Survey of adult recreational drug use via the world wide web: The DRUGNET study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(4), 415-422.

Nunes, E. V., Quitkin, F. M. (1997). Treatment of depression in drug-dependent patients: effects on mood and drug use. *NIDA Res Monogr.*, 172:61-85.

Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.

Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369(9566), 1047-1053.

O'Brien, K., Chatwin, C., Jenkins, C., & Measham, F. (2015). New psychoactive substances and British drug policy: A view from the cyber-psychonauts. *Drugs: education, prevention and policy*, 22(3), 217-223.

Okulicz-Kozaryn, K., & Sierosławski, J. (2007). Validation of the "Problematic Use of Narcotics"(PUN) screening test for drug using adolescents. *Addictive behaviors*, 32(3), 640-646.

Okulicz-Kozaryn, K., Borucka, A., Brykczyńska, C., & Pisarska, A. (2008). Używanie poszczególnych rodzajów narkotyków przez młodzież: wzory i konsekwencje. *Alkoholizm i Narkomania*, 21(4), 391-411.

Ostaszewski K (red. naukowa), Bobrowski K., BoruckaA., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Biechowska D., Shchudlo S., Klymansk L, Herasym H., Herus O., Savka V, Mirchuk I: (2017). Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych, problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży. Badania mokotowskie 2004-2016. Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016; Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Ostaszewski K. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Ostaszewski K., Greń J., Dąbrowska K., Wieczorek Ł. (2018). Analiza jakościowa stylu życia 17-18-letnich użytkowników substancji psychoaktywnych, wzorów i motywów używania substancji oraz innych zachowań problemowych. Raport końcowy. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dostęp (20.06.2020) pod adresem: <https://www.cinn.gov.pl/porta?id=166545>

Ostaszewski, K. (2008). Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i narkomania*, 21(4), 363-389.

Panagopoulos, I., & Ricciardelli, L. A. (2005). Harm reduction and decision making among recreational ecstasy users. *International Journal of Drug Policy*, 16(1), 54-64.

Park, J. Y., & Wu, L. T. (2017). Prevalence, reasons, perceived effects, and correlates of medical marijuana use: a review. *Drug and alcohol dependence*, 177, 1-13.

Parks, K. A., & Kennedy, C. L. (2004). Club drugs: reasons for and consequences of use. *Journal of psychoactive drugs*, 36(3), 295-302.

Pearson, M. R. (2013). Use of alcohol protective behavioral strategies among college students: A critical review. *Clinical psychology review*, 33(8).

Pedersen, E. R., Hummer, J. F., Rinker, D. V., Traylor, Z. K., & Neighbors, C. (2016). Measuring protective behavioral strategies for marijuana use among young adults. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(3), 441-450.

Percy, A. (2008). Moderate adolescent drug use and the development of substance use self-regulation. *International Journal of Behavioral Development*, 32(5), 451-458.

- Phillips, K. T., & Rosenberg, H. (2008). The development and evaluation of the Harm Reduction Self-Efficacy Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 36.
- Pichardo, C., Justicja F., de la Fuente j. Martinez-Vicente J., Berben A. (2014). Factor structure of the self-regulation questionnaire (SRQ) at Spanish universities, *Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-8.
- Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 25(6), 611-624.
- Robinson, T.E. and Berridge, K.C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Ruane, D. (2015). Harm reduction or psychedelic support? Caring for drug-related crises at transformational festivals. *Dancecult: Journal of Electronic Dance Music Culture*, 7(1), 55-75.
- Rutter, M. (2012). *Resilience* as a dynamic concept, *Development and Psychopathology*, 24, 335-344.
- Sapienza J., Masten A., (2011). Understanding and promoting *resilience* in children and youth, *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 267-273.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., & Juczyński, Z. (2007). Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności–GSES. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 112-122.
- Shewan, D., Dalgarno, P., & Reith, G. (2000). Perceived risk and risk reduction among ecstasy users: the role of drug, set, and setting. *International Journal of Drug Policy*, 10(6), 431-453.
- Sierosławski, J. (2020). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. (Alcohol and drug use among school children. The ESPAD Polish report) Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Soar, K., Turner, J. J. D., & Parrott, A. C. (2006). Problematic versus non-problematic ecstasy/MDMA use: the influence of drug usage patterns and pre-existing psychiatric factors. *Journal of Psychopharmacology*, 20(3), 417-424.
- Sorokowska, A., Słowińska, A., Zbieg, A., & Sorokowski, P. (2014). Polska adaptacja testu Ten Item Personality Inventory (TIPI)–TIPI-PL–wersja standardowa i internetowa.
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., ... & Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296.
- Stockwell, T., Gruenewald, P., Toumbourou, J., & Loxley, W. (Eds.). (2005). Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice. John Wiley & Sons.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet*, 369(9570), 1391-1401.
- van Amsterdam, J., Pennings, E., Brunt, T., & van den Brink, W. (2013). Physical harm due to chronic substance use. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 66(1), 83-87.

Van Hout, M. C., Benschop, A., Bujalski, M., Dąbrowska, K., Demetrovics, Z., Felvinczi, K., ... & Korf, D. (2017). Health and social problems associated with recent Novel Psychoactive Substance (NPS) use amongst marginalised, nightlife and online users in six european countries. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-16.

Van Schipstal, I., Mishra, S., Berning, M., & Murray, H. (2016). Harm reduction from below: on sharing and caring in drug use. *Contemporary drug problems*, 43(3), 199-215.

Vidal Gine, C., Fernández Calderón, F., & Lopez Guerrero, J. (2016). Patterns of use, harm reduction strategies, and their relation to risk behavior and harm in recreational ketamine users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42(3), 358-369.

World Health Organization (WHO). (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization.

Young, S. E., Corley, R. P., Stallings, M. C., Rhee, S. H., Crowley, T. J., & Hewitt, J. K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug & Alcohol Dependence*, 68(3), 309-322.