



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 1 (93) 2021

NR 1

2021

SPIIS TREŚCI

Prawo

NARKOTYKI – ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Katarzyna Syroka-Marczewska 1

Profilaktyka

PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH W CZASIE PANDEMII COVID-19. NOWA SYTUACJA, NOWE WYZWANIA, NOWE MOŻLIWOŚCI

Robert Rejniak 6

Leczenie, redukcja szkód

PRZECIWDZIAŁANIE UZALEŻNIENIOM A PANDEMIA COVID-19 W 2020 ROKU

Artur Malczewski 10

Analiza

CUKIER JAK KOKAINA? PRZEGLĄD BADAŃ I PRÓBA USTALENIA, CZY CUKIER UZALEŻNIA

Marta Jarosiewicz 15

Uzależnienia behawioralne

LOOT BOXY A PROBLEMOWY HAZARD W GRACH WIDEO

Paweł Izdebski, Błażej Górecki 20

POLSKA ADAPTACJA I WALIDACJA DWÓCH TESTÓW PRZESIEWOWYCH ZABURZEŃ HAZARDOWYCH – KANADYJSKI INDEKS GIER HAZARDOWYCH (PGSI) ORAZ KWESTIONARIUSZ LIE/BET

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska, Janusz Sierośławski 25

Badania, raporty

OSOBOWOŚCIOWE WYZNACZNIKI RYZYKA UZALEŻNIENIA OD JEDZENIA U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Nina Ogińska-Bulik 33

JAKOŚĆ ŻYCIA W DYNAMICE PANDEMII COVID-19 I JEJ KORELATY. BADANIA PODŁUŻNE OSÓB KORZYSTAJĄCYCH ZE WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

Joanna Chwaszcz, Michał Wiechetek, Patrycja Sławska-Jaroszevska 39

Doniesienie

EUROPEJSKIE SZKOLENIA DLA OSÓB ZAJMUJĄCYCH SIĘ PROFILAKTYKĄ – MIĘDZYNARODOWY PROJEKT ASAP

Artur Malczewski 46

Internet

DWUMIESIĘCZNIK PSYCHOLOGIA W PRAKTYCE okładka III

PORTAL POŚWIĘCONY PSYCHOLOGII okładka IV

Zgodnie z prawem, kto posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega odpowiedzialności karnej. Odpowiedzialność karna albo jej brak jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy. Najniższa możliwa kara za narkotyki to grzywna, a najsurowsza to 10 lat pozbawienia wolności.

NARKOTYKI – ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Zgodnie z art. 62 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej: ustawa)¹, kto posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega odpowiedzialności karnej. **Kara jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy.** Decyzja w tym zakresie należy do sądu. Zasadniczo przepisy przewidują karę pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli mamy do czynienia ze znaczną ilością² środków odurzających lub substancji psychotropowych, wówczas sprawca podlega wyższej karze, tj. karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. W sytuacji mniejszej wagi sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności³ albo pozbawienia wolności do roku.

Interpretacja art. 62 ustawy nie jest jednoznaczna, o czym świadczą przywołane poniżej rozstrzygnięcia sądów:

1. z wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 7.12.2006 r., II AKa 249/06, wynika, że: „przedmiotem czynu polegającego na bezprawnym posiadaniu środków odurzających musi być co najmniej taka ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, która wystarczy przynajmniej na jednorazowe ich użycie przez jedną osobę w celach innych niż medyczne w dawce przyjętej czy uznawanej jako typowa dla danego środka odurzającego lub substancji psychotropowej”;
2. z wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 20.12.2006 r., II AKa 241/06, wynika, że: „art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zabrania posiadania środków odurzających bądź substancji psychotropowych, zatem posiadania przynajmniej jednej porcji takiego środka pozwalającej na odurzenie człowieka. Przepis ten nie ma zastosowania do sytuacji powstałej po «posiadaniu środka odurzającego», a to – jak w tej sprawie – woreczka ze śladowymi ilościami

białego proszku. «Ilość śladowa», nikłe resztki, pozostałości po substancji psychotropowej nie spełnia cyt. znamienia posiadania owej substancji”;

3. z wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 13.03.2007 r., II AKa 28/07, wynika, że: „kryterium limitującym karalność posiadania środków odurzających i substancji psychotropowych z całą pewnością nie jest długotrwałość ich dzierżenia”;
4. w wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 23.12.2008 r., II AKa 380/08, czytamy, że „o posiadaniu narkotyku można mówić tylko wtedy, gdy sprawca dysponuje co najmniej jedną działką narkotyku. Tak więc bez wątpienia kryterium tego nie spełnia osad marihuany na szklanej lufce”;
5. z wyroku Sądu Najwyższego z 21.01.2009 r., II KK 197/08, wynika, że: „dysponowanie środkiem odurzającym lub substancją psychotropową związane z ich zażywaniem albo z zamiarem niezwłocznego zażycia przez osobę dysponującą nimi, nie jest ich posiadaniem w rozumieniu art. 62 ust. 1 ustawy;
6. z wyroku Sądu Najwyższego z 16.04.2009 r., IV KK 418/08, wynika, że: „środki odurzające lub substancje psychotropowe, o których mowa w art. 62 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii [...], muszą spełniać nie tylko kryterium przynależności grupowej do związków wymienionych w załącznikach do tego aktu prawnego, ale również kryterium ilościowe, pozwalające na co najmniej jednorazowe użycie w celu osiągnięcia efektu odurzenia lub innego, charakterystycznego dla działania substancji psychotropowej”;
7. z postanowienia Sądu Najwyższego z 28.10.2009 r., I KZP 22/09, wynika, że: „na podstawie art. 62 ustawy karalny jest każdy wypadek posiadania

środka odurzającego lub substancji psychotropowej «wbrew przepisom ustawy», a więc w celu dalszej sprzedaży lub udzielenia ich innej osobie, jak i w celu samodzielnego zażycia – czy to za jakiś czas, czy niezwłocznie, jeżeli sprawca posiada środek odurzający lub substancję psychotropową w ilości pozwalającej na co najmniej jednorazowe użycie, w dawce dla nich charakterystycznej, zdolnej wywołać u człowieka inny niż medyczny skutek”.

W uchwale składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 27 stycznia 2011 r., sygn. akt I KZP 24/10, stwierdzono, że każde władztwo, każde faktyczne dysponowanie środkiem odurzającym lub substancją psychotropową będzie wypełniało znamię czasownikowe „ma” typu przestępstwa określonego w tym przepisie. Analogicznie w wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu – II Wydział Karny z dnia 30 listopada 2017 r., sygn. akt II AKa 299/17 sąd przyjął, że „dla przyjęcia posiadania” nie ma znaczenia również to, jak długo oskarżony władał środkiem odurzającym, może to być choćby krótkotrwale, faktyczne władztwo nad rzeczą. Jak już wspomniano, odpowiedzialność karna albo jej brak jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy. Najniższa możliwa kara za narkotyki to grzywna, a najsurowsza to 10 lat pozbawienia wolności⁴.

Dla penalizacji posiadania środka odurzającego lub substancji psychotropowej znaczenie ma ilość narkotyku pozwalająca na choćby jednorazowe użycie w dawce przyjętej za typową dla danego środka czy substancji⁵. Oceny, czy ujawniony narkotyk jest przedmiotem przestępstwa nielegalnego posiadania narkotyków, dokonuje się zasadniczo dwupoziomowo: po pierwsze, na etapie postępowania przygotowawczego funkcjonariusz Policji przeprowadza badanie testerem narkotykowym (m.in. Mistral Group 119, PTD 119). W zależności od zabarwienia się testera narkotykowego można otrzymać wynik pozytywny lub negatywny. Po drugie, powołuje się biegłego⁶ z zakresu kryminalistycznych badań chemicznych w celu wydania na podstawie ekspertyzy kryminalistycznej opinii z zakresu badań chemicznych. Bez względu na powyższe należy pamiętać, że wszystko zależy od konkretnego przypadku oraz osoby sędziego, ponieważ opinia biegłego (podobnie, jak każdy inny dowód w sprawie) jest oceniana przez pryzmat zasad określonych w kodeksie postępowania karnego (dalej: KPK), tj. zasady swobodnej oceny dowodów,

o której mowa w art. 7 KPK (organy postępowania kształtują swe przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego) oraz art. 201 KPK (jeżeli opinia jest niepełna lub niejasna albo gdy zachodzi sprzeczność w samej opinii lub między różnymi opiniami w tej samej sprawie, można wezwać ponownie tych samych biegłych lub powołać innych). Jednocześnie warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że art. 33⁷ ustawy dopuszcza używanie środków odurzających grup I-N i II-N oraz substancji psychotropowych grup II-P, III-P i IV-P wyłącznie **w celach medycznych**, przemysłowych lub prowadzenia badań, a substancji psychotropowych grupy I-P – jedynie w celu prowadzenia badań. Posiadane bez uprawnienia środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne, lub ich preparaty, oraz prekursorzy kategorii 1, podlegają zabezpieczeniu przez organy ścigania lub organy celne. W tym miejscu warto zwrócić uwagę, że gdy nie zostało jeszcze wszczęte postępowanie karne, sąd orzeka o ich przepadku na rzecz Skarbu Państwa.

Czy posiadanie narkotyków na własny użytek jest karalne?

Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3 ustawy, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie **można umorzyć** również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby **niecelowe** ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

Przepis art. 62a ustawy obowiązuje od 9 grudnia 2011 r.

Stanowi on samodzielną (tzn. niewymagającą już powoływania którejkolwiek z przesłanek określonych w art. 17 § 1 KPK) podstawę prawną umorzenia dochodzenia lub śledztwa w sytuacji, gdy przedmiotem czynu są:

1. środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej,
2. przeznaczone są one na własny użytek sprawcy,
3. orzeczenie wobec sprawcy kary za ich posiadanie byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień społecznej szkodliwości⁸.

Do podjęcia decyzji o umorzeniu konieczne jest łączne spełnienie wszystkich wymienionych przesłanek.

Umorzenie postępowania na podstawie ww. przepisu może mieć miejsce już na etapie postępowania przygotowawczego, tj. prowadzonego przez organy ścigania (policję, prokuraturę). Instytucja umorzenia może zostać jednak zastosowana także na etapie postępowania jurysdykcyjnego, tj. prowadzonego przez sąd.

Jak już wspomniano, przesłanką umorzenia postępowania jest taka ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, którą należy ocenić jako nieznaczną. Ustawodawca nie zdefiniował jednak tego pojęcia. Sposób rozumienia nieznaczonej ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych jako przesłanki instytucji uregulowanej w art. 62a ustawy powinno uwzględniać nie tylko kryterium ilościowe odwołujące się do wagi tych substancji, ale również kryterium jakościowe. Przy interpretacji wyrażenia „nieznaczonej ilości” nie należy ograniczać się tylko do wagi środków odurzających i substancji psychotropowych, gdyż należy również uwzględnić stężenie zabezpieczonej substancji, pozwalające ocenić, ile można z niej zrobić jednorazowych dawek tej substancji. W celu ustalenia znaczenia pojęcia nieznaczonej ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych należy uwzględnić również – oprócz wymienionych kryteriów ilościowego i jakościowego – kryterium proporcji ilości zabezpieczonych substancji do potrzeb sprawcy⁹. Przykładowo wskazuje się, że chodzi o ilość odpowiadającą doraźnym potrzebom uzależnionego, tj. 1-2 porcje¹⁰. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29 września 2005 r., III AKa 217/05, sąd orzekł natomiast, że środki odurzające w ilości nie większej niż 5 gramów (...) niewątpliwie można zaliczyć do ilości nieznaczonej, skoro ustawodawca w pierwotnej treści załącznika do projektu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wskazał jako ilości nieznaczone do 10 gramów marihuany, do 3 gramów haszyszu i do 0,25 grama amfetaminy. Sąd Apelacyjny w Poznaniu w uzasadnieniu wyroku z dnia 23 lutego 2017 r., II AKa 247/16 również uznał za „nieznaczną ilość” kilka gramów. W praktyce to biegły z zakresu

Dla penalizacji posiadania środka odurzającego lub substancji psychotropowej znaczenie ma ilość narkotyku pozwalająca na choćby jednorazowe użycie w dawce przyjętej za typową dla danego środka czy substancji.

fizykochemii poddaje analizie narkotyków i weryfikuje, ile „porcji” narkotyków można pozyskać z suszu. Istotne, aby już na tym etapie zweryfikować opinię biegłego – aby ocenić, czy w sprawie występuje faktycznie „nieznaczone” ilość narkotyku, należy określić zawartość THC w suszu – im jest niższa, tym większa ilość suszu będzie potrzebna do jednorazowego zużycia. W opiniach biegłych przeważnie pojawia się konkluzja, że jedna porcja w przypadku suszu konopi wynosi od 0,3 do 1 grama, choć pojawiają się także odmienne opinie¹¹.

Posiadanie narkotyków na własny użytek oznacza, że sprawca przestępstwa nie zamierzał udzielić ich odpłatnie lub nieodpłatnie innej osobie.

Należy podkreślić, że przepis art. 62a ustawy przewiduje **uprawnienie** do umorzenia postępowania, a nie nakaz takiego postąpienia¹². Ma on charakter fakultatywny

(na co wskazuje sformułowanie „można umorzyć”), a zatem jego zastosowanie zależy każdorazowo **od oceny sytuacji oraz swobodnego uznania prokuratora lub sądu**.

W praktyce, aby oskarżony skorzystał z instytucji umorzenia przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia musi wskazać możliwie **przekonujące argumenty**, mające na celu wykazanie nieznaczonej

ilości środka odurzającego lub substancji psychotropowej, przeznaczenie na własny użytek sprawcy oraz **że orzeczenie kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu lub stopień społecznej szkodliwości**¹³.

Dla przykładu zdaniem Sądu Okręgowego w Warszawie orzeczenie kary wobec oskarżonego, który posiadał przy sobie środki odurzające w postaci heroiny o łącznej wadze 0,27 grama netto (przy czym czynu tego dopuścił się w ciągu 5 lat po odbyciu co najmniej 6 miesięcy kary pozbawienia wolności orzeczonej za umyślne przestępstwo podobne), jest celowe, ponieważ wymagają tego względy wychowawcze oraz zapobiegawcze, a w szczególności pożądanym jest ukształtowanie u oskarżonego postawy akceptowanej społecznie, czemu nie służyłoby umorzenie postępowania. Zgodnie z treścią art. 37a kodeksu karnego (dalej: KK) można orzec karę

grzywny albo karę ograniczenia wolności, zamiast kary pozbawienia wolności, jeżeli ustawa przewiduje zagrożenie karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat. W tej sytuacji, biorąc pod uwagę okoliczności łagodzące występujące w niniejszej sprawie, czyli młody wiek oskarżonego oraz to, że aktualnie oskarżony zadeklarował chęć poddania się terapii leczenia uzależnień, sąd postanowił wymierzyć oskarżonemu karę przy zastosowaniu art. 37a KK w zw. z art. 34 § 1a pkt 1 KK. Zatem chcąc dać oskarżonemu szansę, a mając jednocześnie na uwadze okoliczności obciążające w tej sprawie, sąd doszedł do przekonania, że karą właściwą będzie kara ograniczenia wolności w wysokości 4 miesięcy, polegająca na wykonywaniu nieodpłatnej, kontrolowanej pracy na cel społeczny w wymiarze 30 godzin w stosunku miesięcznym. W ocenie sądu kara w takim wymiarze spełni cele prewencji ogólnej i szczególnej¹⁴. Do rozważenia, czy w państwa ocenie jest to kara adekwatna?

Jak już wspomniano przy ocenie, czy ujawniona ilość narkotyku jest nieznaczna, należy brać pod uwagę nie tylko jego wagę, lecz także przesłanki wymienione w art. 115 § 2 KK. Przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy (posiadanie narkotyku na własny użytek, a także wpływ tego posiadania na sprawcę i jego otoczenie – czy narkotyk odgrywał w życiu sprawcy istotną rolę, czy jakkolwiek posiadanie przez sprawcę narkotyku negatywnie wpłynęło na jego otoczenie), rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Na pewno istotnym czynnikiem będzie dotychczasowa karalność sądowa sprawcy, opinia środowiskowa, miejsce ujawnienia narkotyków itp. Ujawnienie narkotyków np. w szkole czy na imprezie masowej jest zazwyczaj istotną przeszkodą w umorzeniu.

Nowe substancje psychoaktywne – odpowiedzialność karna

Często pojawia się pytanie: czy prawo tak samo traktuje „dopalacze” i narkotyki? Odpowiedź brzmi: nie. Zgodnie z art. 62b ustawy kto, wbrew przepisom ustawy, posiada nowe substancje psychoaktywne, podlega

grzywnie. Jeżeli przedmiotem czynu jest znaczna ilość nowych substancji psychoaktywnych, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3. W sytuacji, w której przedmiotem czynu jest nowa substancja psychoaktywna w ilości nieznacznej, przeznaczonej na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

Przepis art. 62b ustawy został dodany przez art. 1 pkt 36 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i obowiązuje od 21 sierpnia 2018 r. Celem tego przepisu było spenalizowanie zachowania polegającego na posiadaniu nowych substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy.

W myśl art. 4 pkt 11a ustawy nową substancją psychoaktywną jest każda substancja lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu, działające na ośrodkowy układ nerwowy, inne niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzające zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3 ustawy.

Jak już wspomniano, odpowiedzialność karna albo jej brak jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy. Najniższa możliwa kara za „dopalacze” to grzywna, a najbardziej surowa to 3 lata pozbawienia wolności.

Przypisy

¹ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. 2005 Nr 179 poz. 1485 z późn. zm.

² Oczywiście „znaczna ilość” stanowi kryterium obiektywne i jest mierzona ilością porcji konsumpcyjnych (różnych wagowo w zależności od rodzaju narkotyku, a konkretnie jego mocy odurzającej), niezależne od tego, czy środek odurzający lub substancja psychotropowa przeznaczone są do zaspokojenia własnych potrzeb sprawcy, czy też sprawca ma względem nich inne zamiary (zob. wyrok SA w Warszawie z dnia 4 sierpnia 2017 r., II AKa 168/17). W świetle utrwalonego orzecznictwa za oczywiste jednak uchodzi, że znaczna ilość środków odurzających lub substancji

psychotropowych – w rozumieniu ustawy z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – jest to taka ilość, która mogłaby jednorazowo zaspokoić potrzeby co najmniej kilkudziesięciu osób uzależnionych (zob. wyrok SA w Lublinie z dnia 24 maja 2017 r., II Aka 93/17; wyrok SA w Lublinie z dnia 18 października 2012 r., II Aka 224/12; wyrok SA w Warszawie z dnia 21 marca 2016 r., II Aka 247/15, LEX nr 2061769; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 20 lutego 2008 r., II Aka 10/18; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 2 lutego 2012 r., II Aka 413/11; postanowienie SN z dnia 23 września 2009 r., I KZP 10/09, OSNKW 2009/10/84; wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r., IV KK 127/11).

³ Wykonanie kary ograniczenia wolności ma na celu wzbudzenie w skazanym woli kształtowania jego społecznie pożądanego postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego. Kara ograniczenia wolności trwa najkrócej miesiąc, najdłużej 2 lata; wymierza się ją w miesiącach i latach. Kara ograniczenia wolności polega na: obowiązku wykonywania nieodpłatnej, kontrolowanej pracy na cele społeczne lub potrąceniu od 10% do 25% wynagrodzenia za pracę w stosunku miesiecznym na cel społeczny wskazany przez sąd. Warto podkreślić, że w czasie odbywania kary ograniczenia wolności skazany nie może bez zgody sądu zmieniać miejsca stałego pobytu oraz ma obowiązek udzielania wyjaśnień dotyczących przebiegu odbywania kary. Wymierzając karę ograniczenia wolności, sąd może orzec świadczenie pieniężne wymienione w art. 39 katalog środków karnych pkt 7 KK lub obowiązki, o których mowa w art. 72 KK (sąd może zobowiązać skazanego do: 1) informowania sądu lub kuratora, 2) przeprowadzenia pokrzywdzonego, 3) wykonywania ciężącego na nim obowiązku łóżenia na utrzymanie innej osoby, 4) wykonywania pracy zarobkowej, do nauki lub przygotowania się do zawodu, 5) powstrzymania się od nadużywania alkoholu lub używania innych środków odurzających, 6) poddania się terapii uzależnień, 6a) poddania się terapii, w szczególności psychoterapii lub psychoedukacji, 6b) uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych, 7) powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, 7a) powstrzymania się od kontaktowania się z pokrzywdzonym lub innymi osobami w określony sposób lub zbliżania się do pokrzywdzonego lub innych osób, 7b) opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym, 8) innego stosownego postępowania w okresie próby, które może zapobiec popełnieniu ponownie przestępstwa).

⁴ Jeśli próbujesz bronić się w sprawie o posiadanie narkotyków samodzielnie, warto zwrócić uwagę na poniższe możliwości:

- Posiadanie narkotyków art. 62 ust. 1 upn
- kara wolnościowa | art. 37a § 1 KK
- kara mieszana | art. 37b § 1 KK
- odstąpienie od wymierzenia kary | art. 59 KK
- nadzwyczajne złagodzenie kary | art. 60 § 2 KK
- warunkowe umorzenie postępowania karnego | art. 66 § 1 KK
- warunkowe zawieszenie wykonania kary | art. 69 § 1 KK
- Posiadanie znacznej ilości narkotyków art. 62 ust. 2 upn
- kara mieszana | art. 37b § 1 KK
- odstąpienie od wymierzenia kary | art. 59 KK
- nadzwyczajne złagodzenie kary | art. 60 § 2 KK
- warunkowe zawieszenie wykonania kary | art. 69 § 1 KK
- Posiadanie narkotyków wypadek mniejszej wagi art. 62 ust. 3 upn
- odstąpienie od wymierzenia kary | art. 59 KK
- kara mieszana | art. 37b § 1 KK
- nadzwyczajne złagodzenie kary | art. 60 § 2 KK
- warunkowe zawieszenie wykonania kary | art. 69 § 1 KK
- umorzenie art. 62 a upn

Źródło: <http://adwokat-warszawa.eu/posiadanie-narkotykow/>, dostęp z dnia 03.03.2021 r. oraz opracowanie własne.

⁵ A. Muszyńska, „Problematyka granic odpowiedzialności karnej za posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych w praktyce sądowej”, *Pal.* 2010/7–8, s. 119–120.

⁶ Treść opinii stanowi bardzo wartościowy dowód, ponieważ biegły już nie tylko stwierdza rodzaj substancji i jej wagę, ale także często wskazuje przynależność do określonej grupy związków chemicznych oraz wskazuje ilość porcji handlowych (tzw. działek, porcji dealerskich, dawek ulicznych), czy ilość dawek progowych (możliwość wywołania efektu odurzenia danym środkiem odurzającym lub substancją psychotropową).

⁷ Jak słusznie zauważa B. Kurzępa, substancje psychoaktywne mają dwójakie działanie: z jednej strony mogą być wykorzystywane – z pozytywnym skutkiem – w medycynie, nauce i przemyśle, z drugiej zaś mają właściwości uzależniające, co rodzi wiele poważnych, a często i dramatycznych problemów natury zdrowotnej, społecznej itp. W celu ustanowienia oraz efektyw-

nego sprawowania kontroli nad nimi, zarówno krajowej, jak i międzynarodowej, dokonano podziału środków odurzających oraz substancji psychotropowych na grupy, kierując się przede wszystkim ich właściwościami uzależniającymi w przypadku stosowania ich w celach innych niż medyczne oraz zakresem ich zastosowania w celach medycznych (B. Kurzępa w: A. Ważny (red.), *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, wyd. II, Warszawa 2019). Dokonany został następujący podział środków odurzających i substancji psychotropowych, które mogą być używane wyłącznie w celach: a) medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań – I-N, II-N, II-P, III-P, IV-P, b) prowadzenia badań – I-P, c) prowadzenia badań oraz w lecznictwie zwierząt – IV-N. Wytwarzanie, przetwarzanie lub przerabianie, w celu prowadzenia badań naukowych, środków odurzających grup I-N, II-N i IV-N oraz substancji psychotropowych grup I-P, II-P, III-P i IV-P jest dozwolone wyłącznie jednostkom naukowym. Muszą one jednak wcześniej uzyskać zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego (art. 35 ust. 1 i ust. 4 pkt 1 ustawy). Podobne zezwolenie wymagane jest w przypadku stosowania środków odurzających grupy IV-N oraz substancji psychotropowych grupy I-P w celu prowadzenia badań naukowych. Czynności tego rodzaju powinny się mieścić w zakresie działalności statutowej danej jednostki naukowej. Przepis art. 41 ust. 4 ustawy dopuszcza wydawanie z apteki preparatów zawierających środki odurzające grupy II-N lub substancje psychotropowe grup III-P i IV-P na podstawie recept innych niż specjalnie oznakowane recepty lub zapotrzebowania. Preparaty z zawartością środków odurzających grupy III-N mogą być wydawane z apteki bez recepty. Natomiast preparaty z zawartością pozostałych grup środków odurzających i substancji psychotropowych mogą być wydawane z apteki wyłącznie na podstawie specjalnie oznakowanych recept albo zapotrzebowania. Posiadanie w celach medycznych oraz do badań klinicznych preparatów zawierających środki odurzające grup I-N, II-N, III-N i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P jest dopuszczalne po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego. Takim posiadaczem może być zakład opieki zdrowotnej niemający apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej, zakład leczniczy dla zwierząt, lekarz, lekarz dentysta i lekarz weterynarii, prowadzący praktykę lekarską, a także inny podmiot, którego działalność wymaga posiadania i stosowania tych preparatów. Szczegóły z tym związane określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.10.2015 r. w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (Dz.U. poz. 1819). Wykonując delegację zawartą w art. 44f ustawy, Minister Zdrowia wydał 17.08.2018 r. rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych. W załączniku nr 1 znajduje się wykaz substancji psychotropowych z podziałem na grupy, o których mowa w art. 32 ustawy. W załączniku nr 2 znajduje się wykaz środków odurzających z podziałem na grupy, o których mowa w art. 31 ustawy, oraz ze wskazaniem środków odurzających grupy IV-N dopuszczonych do stosowania w lecznictwie zwierząt zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy. Wykaz nowych substancji psychoaktywnych umieszczony jest w załączniku nr 3.

⁸ A. Ważny (red.), „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, wyd. II, Warszawa 2019.

⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 23 lutego 2017 r., II Aka 247/16.

¹⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 4 października 2000 r., II Aka 161/00.

¹¹ <https://capitallegal.pl/posiadanie-narkotykow/>, dostęp z dnia 03.03.2021 r.

¹² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 28 grudnia 2016 r., II Aka 388/16.

¹³ Stopień społecznej szkodliwości będzie niski w sytuacji, gdy sprawca będzie posiadał nieznaczne ilości narkotyku, w okolicznościach nie stwarzających zagrożenia dla osób trzecich, w szczególności w posiadaniu na własne potrzeby. Należy zauważyć, że ocena społecznej szkodliwości czynu również dokonywana jest przez organy ścigania, dlatego warto w tym zakresie wykazać się inicjatywą dowodową.

¹⁴ Wyrok Sądu Okręgowego Warszawa-Praga w Warszawie z dnia 5 sierpnia 2019 r., VI Ka 1508/18.

Dla wielu terapeutów i psychologów sytuacja pandemii jest nowym doświadczeniem. Jeszcze do niedawna terapia online była traktowana przez wiele nurtów psychoterapeutycznych jako coś gorszego, coś niezbyt profesjonalnego. Być może z tego powodu, że w terapii online relacja pacjent–terapeuta jest inna niż w tradycyjnej psychoterapii. To nie pacjent przychodzi do gabinetu terapeuty, ale oboje są „gośćmi” internetu.

PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH W CZASIE PANDEMII COVID-19. NOWA SYTUACJA, NOWE WYZWANIA, NOWE MOŻLIWOŚCI

Robert Rejniak

Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii w Bydgoszczy

Kiedy wiosną 2020 roku po raz pierwszy zetknęliśmy się z sytuacją dotyczącą epidemii koronawirusa, było to dla wszystkich coś nowego, coś dziwnego, budzącego niepokój i niepewność. Zadawano pytania: Co teraz? Jak będziemy pracować? Jak długo będzie trwała ta sytuacja? Co robić? Jak się zachować? Wówczas problemy, które się pojawiły, większość osób traktowała jako przejściowe, które potrwać co najwyżej dwa, trzy tygodnie, może miesiąc, półtora, i że po tym okresie kwarantanny, izolacji wrócimy do „normalnego” życia. Jedno jest pewne: cały świat zwolnił, wszyscy musieliśmy zwolnić. Zwolnić, ale też przygotować się na jakieś nieprzewidziane sytuacje.

Wyzwania dla profilaktyków i terapeutów

W branży pomocy psychologicznej; terapeutycznej i profilaktycznej, najpierw powróciliśmy do pracy online, bo jeszcze przez jakiś czas nie można było się bezpośrednio spotykać, ponieważ zarówno podopieczni/klienci, jak i terapeuci mieli obawy o swoje zdrowie. Nadal było bardzo dużo niewiadomych.

Nasi nastoletni klienci chętnie umawiali się na sesje online i mimo pewnych początkowych oporów przed sztucnością tych spotkań na dystans, udawało się współpracować i kontakt ten był w zasadzie zadowalający dla obu stron. Z tygodnia na tydzień zbliżał się moment, że znów będzie można się spotkać na żywo.

Letnia odwilż sprawiła, że młodzi ludzie zaczęli pojawiać się w poradniach, w punktach konsultacyjnych, w świetlicach socjoterapeutycznych czy środowiskowych. Można było realizować programy profilaktyczne oraz wczesnej interwencji, m.in. program FreD goes net.

Do poradni i programów trafiała młodzież skierowana przez swoich rodziców, ewentualnie przez służby mundurowe, które ujawniły przypadki demoralizacji w związku z piciem alkoholu i używaniem substancji psychoaktywnych. Zajęcia były realizowane w mniejszych grupach, aby utrzymać systematyczność spotkań oraz stosować się do zaleceń epidemiczno-sanitarnych. Jednak zamknięcie szkół, w których nauczyciele i pedagodzy na podstawie obserwacji różnych zachowań problemowych mogli kierować uczniów do tego typu programów, sprawiło, że młodych beneficjentów było zdecydowanie mniej.

Jak to było i jest z pomaganiem online?

Wraz z rozwojem internetu, nowych technologii i zmianami społecznymi pojawiła się możliwość świadczenia usług psychologicznych w sposób zdalny. Początkowo świadczone poprzez e-maile czy fora dyskusyjne (Aouil, 2005), zaczęły przyjmować coraz częściej formy kontaktu synchronicznego. W języku potocznym i publicystyce ogół tych działań nazywany jest, w dużym uproszczeniu, psychoterapią online, jednak warto zaznaczyć, że działania psychologów online obejmują całe spektrum pomocy psychologicznej (Rudnicka, Pindych, Probiez, 2018).

Dla wielu terapeutów i psychologów sytuacja ta była nowym doświadczeniem, bo jeszcze do niedawna terapia online była traktowana przez wiele nurtów psychoterapeutycznych jako coś gorszego, jako coś niezbyt profesjonalnego. Być może z tego powodu, że w terapii online relacja pacjent–terapeuta jest inna niż w tradycyjnej psychoterapii. To nie pacjent przychodzi do gabinetu terapeuty, ale oboje są „gośćmi” internetu (Kamińska, 2013). Nawet jeśli niektórzy

prowadzili różne sesje ze swoimi klientami, np. za granicą poprzez Skype, to rzadko się do tego przyznawali. Miałem podobnie, żyłem w poczuciu, że jeśli już pomagam online, to jest to już bardzo wyjątkowa sytuacja lub tłumaczyłem sobie, że to już konsultacje, bo ten proces terapeutyczny odbywał się wcześniej na żywo.

Oczywiście było też wielu psychologów, terapeutów, którzy oferowali pomoc online i traktowali to jako ofertę dodatkową dla osób, które być może z powodu swojej nieśmiałości nie potrafią przezwyciężyć lęku przed spotkaniem na żywo i też wychodzili naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom klientów. Istniało też pomaganie w stylu „ekspert radzi”, „psycholog radzi”. Pamiętam tego typu porady w różnych kolorowych, również ekskluzywnych czasopismach. Były i są poradnie internetowe, które oferują porady niesynchroniczne i czaty ze specjalistą itp. Wcześniej jednak było to traktowane marginalnie albo niewiele się o tym mówiło. Można więc stwierdzić, że nie było to coś zupełnie nowego. Część tych rzeczy była uzupełnieniem profesjonalnych form, a część była namiastką takiej pomocy.

Okazało się później, że przedłużająca się sytuacja epidemiczna wymogła rozwinięcie się różnych form pomocy psychologicznej w sposób zdalny. Różne platformy przeżywają obecnie swój renesans i rozkwit gospodarczy, ponieważ pojawiło się wielu chętnych na zakup licencji na korzystanie z różnych możliwości online bez ograniczeń. W 2020 roku nastąpił także urodzaj różnych szkoleń i kursów online, od godzinnych czy kilkugodzinnych webinarów, aż do wielomiesięcznych kursów i studiów, dających również kwalifikacje zawodowe.

Profilaktyka selektywna i pomoc psychologiczna online – plusy i minusy

Z moich doświadczeń wynika, że większość młodych klientów chętnie nawiązywała współpracę online, telefonicznie lub przez komunikatory. Wielu terapeutów i osób zajmujących się profilaktyką, z którymi rozmawiałem, mówiło, że z reguły były to pozytywne doświadczenia. Czasem odnosili wrażenie, że rozmowa telefoniczna stawała się czymś bardzo ważnym dla klienta, czymś bardzo głębokim, osobistym i intymnym, bo można było usłyszeć w słuchawce ton głosu, jego barwę, westchnienia. Można by więc powiedzieć, że nie tylko w przenośni, ale i dosłownie nasz klient mówił nam do ucha o ważnych dla siebie rzeczach.

Z drugiej strony kontakt audio-wideo poprzez różne komunikatory, portale społecznościowe czy platformy służące komunikacji wydawał się też dobrą alternatywą. Można było spotkać się z klientem face to face znacznie bliżej niż w normalnych warunkach: w gabinecie, w poradni, bo przecież ekran był ustawiony co najwyżej kilkadziesiąt centymetrów od oczu. Można było obserwować mimikę twarzy, okazywane emocje, spojrzenia i gesty. Dodatkowo można było zweryfikować swoje wyobrażenia o warunkach i realiach, w jakich żyje nasz podopieczny, zobaczyć jego pokój, czasem kogoś z rodziny czy domowych pupili: koty, psy, ptaki i inne. Żyjemy w czasach światłowodów, szybkich i dobrych łączących internetowych, również tych bezprzewodowych – te obecne zdobycze techniki pozwalają na naprawdę owocną pracę. W okresie wspomnianej odwilży część klientów mieszkających poza miastem czasem w odległości kilkudziesięciu kilometrów, zdecydowała się pozostać w kontakcie online nie tylko z powodów organizacyjnych, ale także ze względu na ochronę swojego zdrowia, bo nie musieli przemieszczać się środkami komunikacji publicznej. W dużej mierze ograniczyło to czas związany z realizowaniem zajęć indywidualnych czy terapii, np. przygotowanie się do wyjazdu i sam wyjazd, czas podróży, plan dnia, zwolnienie z pracy czy ze szkoły. Być może czas podróży, czas trwania samej terapii i czas powrotu okazał się szczególnie wygodny dla rodziców naszych podopiecznych.

Plusy zdalnego pomagania to:

- Oszczędność czasu wynikająca z tego, że nie trzeba dojeżdżać do poradni, ośrodka, gabinetu.
- Prosta komunikacja wynikająca z tego, że szczególnie młodzi ludzie od dawna korzystają z komunikatorów związanych lub niezwiązanych z portalami społecznościowymi.
- Z tej formy pomocy chętnie korzystają osoby, którym zależy na anonimowości, odczuwają w ten sposób mniejszy niepokój czy inne przykre uczucia pojawiające się w trakcie rozmowy.
- Rozmówca w sytuacji trudnej ma kontrolę nad tym, że może w każdej chwili się rozłączyć, przerwać połączenie, tłumacząc to obiektywnymi problemami technicznymi (co prawda nie zdarzyło mi się to, ale jedna z nastolatek powiedziała, że jest to dla niej zawór bezpieczeństwa).
- Wielu podopiecznych mówiło, że rozmowa online w niczym nie odbiegała od spotkań na żywo.
- Terapeucie dawało to też możliwość większego skupienia się na rozmowie, większej dyskrecji w sporządzaniu notatek nawet podczas sesji.

- Można lepiej dysponować czasem, bo zarówno osoba pomagająca, jak i klient mogą różnie organizować sobie terapię: prowadzić ją z różnych miejsc, także z domu; już ponad 10 lat temu badania potwierdzały to jako atut (Leśnicka, 2009).
- Niższe koszty udziału w sesji dla uczestnika oraz terapeuty.

Minusy pomocy online:

- Problematiczne może być zachowanie poufności dotyczące przebiegu sesji ze względu na to, w jakich warunkach odbywa się proces, a pomagający nie ma na to wpływu (poradnia, gabinet to grunt neutralny, a tu klient tak naprawdę decyduje, w jakich warunkach będzie korzystał z tej pomocy). I to było problemem – zadbanie o swoje bezpieczeństwo, intymność, dyskrecję (niektórzy zamykali się w łazience, szli na strych, do samochodu na parking, zakładali słuchawki, rozmawiali podczas spaceru z psem, na ławce w parku).
- Różne zakłócenia podczas sesji, na które pomagający nie ma wpływu, np. słysząc dobiegające głosy z innych pokoi, wchodzenie osób trzecich do pokoju klienta, pukanie do drzwi, dzwonek, szczekanie psa, hałaśliwe papużki – wszystko to wpływa na warunki przebiegu spotkania.
- Część nastolatków miała dość permanentnej nauki zdalnej, wyczerpały im się możliwości aktywnego uczestnictwa w lekcjach, utrzymania koncentracji uwagi w ciągu dnia, więc dodatkowa godzina na spotkaniu z terapeutą była dla nich nie lada wysiłkiem, co czasem przekładało się na efektywność sesji.

Wczesna interwencja FreD goes net a pandemia

Powyższa analiza pozwala wnioskować, że spożywanie substancji psychoaktywnych przez nastolatków w aktualnej sytuacji nie zmniejszy się, a wręcz może się nasilać. Jest to rzeczywistość, w której z jednej strony grupa nastolatków eksperymentujących z substancjami psychoaktywnymi – odbiorców programu FreD – zyskuje na liczebności, z drugiej strony reżim sanitarny oraz regulacje społeczne znacząco utrudniają docieranie do tych osób, ujawnianie ich kontaktów z substancjami oraz angażowanie w program.

Mimo problemów, organizacje i instytucje mające w swojej ofercie program FreD bez przerwy zbierały kandydatów do programu i w okresie zniesienia największych restrykcji

stały się realizować zajęcia profilaktyczne. Były to mniejsze grupy, 4-6-osobowe, co z jednej strony wpływało na dynamikę zajęć, ale z drugiej zapewniało realizację zgodnie ze standardami (nie wydłużał się czas oczekiwania na zajęcia, zebrania odpowiednio liczebnej grupy). Zajęcia odbywały się w dużych salach, wietrzonych, dezynfekowanych, z zachowaniem należytego dystansu, w przepisowych maskach. To niestety sprawiało, że niektóre części musiały ulec modyfikacji, np. ćwiczenia wymagające kontaktu bezpośredniego. Zostały one zamienione na bardziej statyczne, dające możliwość zrealizowania podobnego celu profilaktycznego. To również wpływało na dynamikę i atrakcyjność zajęć, ale wydaje się, że nie wpływało znacząco na efekty końcowe danego elementu składowego. Dlatego warto na przyszłość zastanowić się nad nowym rozwiązaniem w takich trudnych sytuacjach.

Nowe wyzwania, nowe możliwości, nowe pomysły na profilaktykę

Rozwiązaniem, które miałyby odpowiedzieć na rosnącą potrzebę realizacji programów profilaktyki selektywnej, wydaje się być docieranie do osób z grupy ryzyka bez konieczności organizowania stacjonarnych rozmów diagnostycznych oraz stacjonarnych sesji zajęć grupowych. Dodatkowo forma taka mogłaby odpowiadać na potrzeby wszystkich tych, dla których pojawienie się w placówce stacjonarnej było trudnością bądź było niemożliwe z innych powodów: przeszkód ekonomicznych (w tym ubóstwa), dużej odległości od punktu realizacji, niepełnosprawności, utrudnień infrastrukturalnych czy innych.

Aktualne doświadczenia i ograniczenia wynikające z sytuacji epidemicznej COVID-19 wymuszają również przygotowanie się na podobne zjawiska i problemy w przyszłości. Okazuje się również, że pojawienie się różnych problemów wynikających z tej trudnej sytuacji spowodowało, że zarówno dzieci, młodzież, jak i osoby dorosłe zaczęły wykorzystywać przestrzeń wirtualną do działań edukacyjnych, wychowawczych, poradnictwa medycznego i terapii. To daje nadzieję, że ta przestrzeń oraz wykorzystanie nowych technologii znajdzie swoje odniesienie w realizacji programów profilaktycznych, a program FreD jest właśnie taką ofertą.

Zastosowanie narzędzi teleinformatycznych, które zdają się umożliwiać realizację założeń programu FreD bez konieczności fizycznej obecności uczestników, nasuwa się w sposób naturalny jako forma spełniająca wymagania postawione w akapicie powyżej. Ponadto szereg dowodów

empirycznych, jak również naukowych zdaje się przemawiać za zasadnością wdrożenia takiego rozwiązania. Dr Justyna Klingemann w swoim wykładzie „Czy terapia online i przez telefon jest skuteczna? Przegląd badań nad efektywnością terapii skierowanej do osób z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi”, zaprezentowanym na VII Ogólnopolskiej Konferencji „Narkotyki – Alkohol. Polityka, Nauka i Praktyka” we wrześniu 2020 roku, wskazuje, że wdrażanie działań terapeutycznych online, mimo iż temat ten nadal nie jest dokładnie zbadany, wydaje się być zasadne, szczególnie jeżeli dotyczy to osób o „łagodniejszym przebiegu uzależnień” oraz bez dostępu do innych form pomocy. Potencjalni odbiorcy programu FreD spełniają oba z wyżej wymienionych warunków. Kolejnymi argumentami wskazującymi na zasadność zastosowania narzędzi online jest poczucie kompetencji młodych ludzi w dziedzinie biegłości posługiwania się „webową” infrastrukturą (na której oparta będzie internetowa implementacja programu FreD) oraz ich zaangażowanie i ufność wobec działań oferowanych online.

Z roku na rok coraz więcej polskich gospodarstw domowych ma dostęp do internetu. Jak podaje Główny Urząd Statystyczny w roku 2019 blisko 87% gospodarstw domowych posiadało dostęp do sieci. Są to przesłanki, które pozwalają zakładać, że w kolejnych latach liczba ta będzie dalej wzrastać. Istnieje za tym duże prawdopodobieństwo, że zdecydowana większość osób skierowanych do udziału w programie FreD mogłaby uczestniczyć w wersji realizowanej za pomocą internetu. Warto w tym momencie nadmienić, że program FreD w wersji online ma stanowić uzupełnienie wersji stacjonarnej, a nie jego substytut.

Za zasadnością przeprowadzenia procesu zaadaptowania programu FreD do realizacji zdalnej stoi również niemożność przewidzenia rozwoju sytuacji związanej z pandemią COVID-19 bądź wystąpienia innych podobnych zjawisk. Projekt ma na celu zarówno odpowiedzieć na aktualne potrzeby, jak również przygotować realizatorów na wypadek podobnych problemów w przyszłości. Jest duża szansa, że realizacja online sprawdzi się również jako strategia zwiększająca zasięg programu.

Nieprzychylnie warunki epidemiczne związane z COVID-19, okres ograniczeń i obostrzeń ze względów bezpieczeństwa pokazał, że realizacja programów profilaktycznych w sposób tradycyjny znalazła się w patowej sytuacji. Jeszcze trudniej jest realizować program interwencyjny oparty na współpracy z różnymi instytucjami.

Zamknięcie szkół oraz skupienie się służb mundurowych i służby zdrowia wokół innych problemów sprawiło, że dostęp kandydatów do tego typu programów profilaktycznych stał się bardzo utrudniony.

Dyskusja

Z uwagi na brak ustaleń międzynarodowych dotyczących pomocy online istnieje konieczność określenia zasięgu takich praktyk, objęcia ich normami prawnymi oraz nadzorem przez profesjonalne instytucje. Zagroženiem może też być brak jasno określonych środków bezpieczeństwa dla danych osobowych podopiecznych. Kwestie formalne, takie jak m.in. licencjonowanie e-terapeutów/realizatorów działań online oraz zasadność użycia e-terapii/e-profilaktyki, pozostają nierozwiązane, chociaż wydaje się, że obecna sytuacja związana z pandemią wręcz uprawnia do ich szybkiego uregulowania.

Istotne jest przeprowadzenie niezbędnych szkoleń dla przyszłych e-terapeutów, wprowadzenie certyfikatu potwierdzającego zdobyte przez nich kwalifikacje (w Polsce certyfikat doradcy online, a nie psychoterapeuty) oraz stworzenie ogólnodostępnej bazy z ich danymi osobowymi (Madej i in., 2016).

Równie istotną sprawą jest szkolenie dla przyszłych realizatorów programu wczesnej interwencji FreD do pracy online, ponieważ w pracy z nastolatkami będzie ważne nie tylko merytoryczne przygotowanie do zajęć, ale również umiejętności techniczne gwarantujące biegłe i dynamiczne posługiwanie się narzędziami internetowymi.

Pierwodruk artykułu ukazał się w portalu programyrekomendowane.pl, na stronie programyrekomendowane.pl/strony/profilaktyka-zachowan-ryzykownych-w-czasie-pandemii-covid-19,424 (dostęp 23.03.2021)

Bibliografia

- Aouil B. (2005), „Psychologia pomocy online, czyli Internet w poradnictwie psychologicznym”, Magraf, Bydgoszcz.
- Kamińska K. (2013), „Internetowa pomoc psychologiczna”, *Psychoterapia* 2 (165), s. 99-113.
- Leśnicka A. (2009), „Polskojęzyczna e-terapia – ankieta dla specjalistów prowadzących psychoterapię przez Internet”, *Psychiatria* 6 (2), s. 43-50.
- Madej A., Sendler D., Makara-Studzinska M. (2016), „Psychoterapia on-line: wyzwania dla etyki”, *Psychoterapia* 3 (178), s. 31-36.
- Rudnicka P., Pindych A., Probiez E. (2018), „Etyczne aspekty prowadzenia terapii online: analiza wybranych stron internetowych”, tom 10 nr 4, *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia de Cultura*.

O trudnej sytuacji w placówkach leczenia uzależnień świadczy fakt, że 50% superwizji dotyczy terapeutów, a nie pacjentów, ponieważ specjaliści mają dużo problemów spowodowanych obecną sytuacją epidemiologiczną. Są zmęczeni, przepracowani i zestresowani. Niektórzy terapeuci przestają widzieć sens terapii, bo straciła ona swoją regularność.

PRZECIWDZIAŁANIE UZALEŻNIENIOM A PANDEMIA COVID-19 W 2020 ROKU

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W ramach monitorowania sytuacji w obszarze pomocy osobom uzależnionych oraz prowadzenia działań profilaktycznych w trakcie pandemii COVID-19 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadziło dwie analizy sytuacji. Na początku pandemii, w kwietniu i maju 2020 roku, zrealizowane zostały badania ankietowe wśród placówek leczniczych. Wyniki tamtej szybkiej oceny sytuacji zostały zaprezentowane na łamach jednego z numerów Serwisu Informacyjnego Uzależnienia w 2020 roku. Pod koniec roku, tj. 16-18 listopada 2020 roku, odbyły się trzy dyskusje grupowe online na temat wpływu pandemii na system pomocy osobom uzależnionym: w pierwszej uczestniczyli Eksperti Wojewódzcy ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, druga rozmowa odbyła się z przedstawicielami placówek leczenia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, a w trzeciej udział wzięli przedstawiciele programów leczenia substytucyjnego. Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie najważniejszych wniosków z tych trzech dyskusji.

Sytuacja w województwach w trakcie pandemii COVID-19

Podczas spotkania Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii omawiana była sytuacja dotycząca realizacji działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii w trakcie pandemii COVID-19. Eksperti prezentowali swoje działania, jak również aktywności, których nie udało im się zrealizować na skutek wprowadzenia obostrzeń. Większość zaplanowanych działań w ramach pracy urzędów wojewódzkich lub podległych im instytucji została zrealizowana dzięki wykorzystaniu systemów teleinformatycznych.

W województwie warmińsko-mazurskim programy profilaktyczne w szkołach udało się częściowo zrealizować przed kwarantanną. W efekcie pandemii nie odbyła się coroczna narada pełnomocników gminnych w tym województwie, ale powołano konwent pełnomocników i koordynatorów gminnych (ok. 15 osób). W 2020 roku program Monaru dotyczący wymiany igieł i strzykawek zaczął być finansowany ze środków urzędu marszałkowskiego, a analizy EMCDDA pokazują, że działania z zakresu redukcji szkód są ważnym elementem systemu pomocy w okresie pandemii COVID-19.

W niektórych województwach było mniej środków na przeciwdziałanie uzależnieniom, np. w województwie lubelskim, ale za to więcej pracy w wyniku pandemii COVID-19. W tym województwie mimo pandemii COVID-19 większość zaplanowanych działań udało się zrealizować. Niektóre z planowanych szkoleń udało się wdrożyć w trybie stacjonarnym we wrześniu 2020 roku, ale większa część odbyła się w trybie online. Nie przeprowadzono kampanii społecznej z powodu zamknięcia szkół i generalnie zamknięcie szkół było jednym z głównych wyzwań w działaniach profilaktycznych w województwie lubelskim, ale również w innych województwach.

Ekspert z województwa małopolskiego zaprezentował również przykłady owocnej współpracy dzięki spotkaniom i współpracy horyzontalnej, np. w jednym z ośrodków wydzielono miejsce na kwarantannę, co pozwoliło zachować ciągłość jego funkcjonowania. W grudniu odbyło się spotkanie online z placówkami zaangażowanymi w profilaktykę, spotkanie Międzyinstytucjonalnej Platformy Współpracy na rzecz Przeciwdziałania Narkomanii w województwie mało-

polskim oraz szkolenie Unplugged. Jednym z wyzwań w działaniach online według opinii ekspertów jest kwestia, że nie wszyscy umieją korzystać z narzędzi informatycznych, a więc nie zawsze mogą skorzystać z oferty szkoleń online czy pomocy placówek leczniczych.

W województwie wielkopolskim również większość zadań jest przystosowana do realizacji w trybie online. Kampania „Bez chemii na drodze” jest w trakcie wdrażania w tym województwie dzięki wsparciu urzędu marszałkowskiego, który włączył się w działania Fundacji Poza Schematami oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W województwie opolskim odbyło się webinarium online w listopadzie 2020 roku, prezentujące raport z badań zachowań problemowych młodzieży tego województwa, a w grudniu kolejne spotkanie online z gminami. Podobnie jak w innych województwach i w tym także nie udało się zrealizować w pełni stacjonarnych działań z powodu pandemii COVID-19. Przedstawicielka województwa dolnośląskiego poinformowała o ogłoszeniu konsultacji społecznych programu z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom na kolejne lata (2021–2024). Nie udało się zrealizować szkolenia profilaktycznego i konkursu dla organizacji pozarządowych w województwie dolnośląskim, ale szereg innych działań zostało wdrożonych, takich jak: PKD, webinaria, programy uzyskiwania kwalifikacji zawodowych i programy ponadpodstawowe w podmiotach leczniczych. W dużej mierze wspierano remonty i wyposażenia w placówkach.

W województwie kujawsko-pomorskim niektóre organizacje wciąż próbowały realizować programy w szkole, mimo trwającej pandemii. Wstrzymane zostały prace nad opracowaniem programu wojewódzkiego z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, ponieważ brakuje podstawy prawnej w postaci nowego Narodowego Programu Zdrowia.

Podsumowując dyskusje na spotkaniu ekspertów wojewódzkich, warto zwrócić uwagę, że COVID-19 miał wpływ na ograniczenie zakresu prowadzonych działań, w szczególności w obszarze profilaktyki realizowanej w szkołach. O ile spotkania i konferencje, które wspierają osoby zajmujące się przeciwdziałaniem narkomanii, odbywały się online, o tyle nie zawsze udało się w ten sposób realizować działania adresowane bezpośrednio do odbiorców programów (programy profilaktyczne).

Kolejnym czynnikiem, oprócz pandemii COVID-19, który może mieć wpływ w 2021 roku na realizację działań, jest brak w niektórych województwach nowego wojewódzkiego programu z zakresu uzależnień, ponieważ do końca 2020 roku nie został uchwalony nowy Narodowy Program Zdrowia.

Programy leczenia substytucyjnego w czasie epidemii COVID-19

W ramach analizy sytuacji pandemii COVID-19 17 listopada 2020 roku odbyło się spotkanie online z placówkami leczącymi osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych.

W trakcie dyskusji na temat działania placówek leczniczych w czasie epidemii COVID-19, przedstawiciele programów substytucyjnych zgłaszali różne strategie i zmiany w ich funkcjonowaniu w celu przestrzegania wymogów sanitarnych. Wydłuża się czas przyjmowania pacjentów do placówek leczniczych, ponieważ osoby przyjmowane są dopiero po otrzymaniu wyniku testu na COVID-19. Część oferowanych działań została wstrzymana, jak np. zamknięcie klubu pacjenta, świetlic, aby zminimalizować kontakty między pacjentami. W czasie lockdownu nie było przyjęć do większości programów, ponieważ wiązało się to z wizytą diagnostyczną. W programach wprowadzono ograniczenie wizyt, wyznaczono konkretne godziny odbioru metadonu (co 15 minut), żeby uniknąć gromadzenia się osób oraz zarządzano wpuszczanie pacjentów pojedynczo do poradni. W programach substytucyjnych zostały zawieszone grupy terapeutyczne, natomiast wszystkie spotkania indywidualne funkcjonowały jak dawniej. Wprowadzono zmiany w pracy programów, np. rezygnacja z zebrań dla pacjentów, komunikacja w formie papierowej, stworzenie formularza, w którym są zamieszczone informacje, na co mogą liczyć, czym się powinni kierować itp. W jednej z placówek działa specjalny pokój przeznaczony na odbywanie kwarantanny. Przebywa w nim jeden pacjent przez 7 dni, po czym jest przyjmowany do ośrodka.

W trakcie spotkania przedstawiciele programów leczenia substytucyjnego omawiane były możliwości testowania pacjentów i personelu na COVID-19. Większość panelistów poruszała kwestię ponoszenia przez placówki kosztów wykonywania testów. Jest to częsta praktyka, zwłaszcza w dużych miastach, w których

kontakt z sanepidem jest niemożliwy ze względu na przeciążenie tej instytucji. Testy były robione wybiórczo. Poddawane im były tylko osoby z podejrzeniem zakażenia wirusem ze względu na wysokie koszty testowania. W przypadku programów realizowanych w szpitalach wszystkie pielęgniarki, które są w nich zatrudnione, mają robione testy regularnie, ponieważ takie obowiązują tam procedury, natomiast w placówkach zajmujących się uzależnieniami nie było takiej możliwości. Z dyskusji wynikało, że większość placówek z własnych środków opłaca testy dla pacjentów i personelu, jeżeli takie są potrzebne. Paneliści wyrazili nadzieję, że będą jedną z pierwszych grup, które otrzymają szczepionki na COVID-19, i ten postulat udało się zrealizować.

Osoby leczone substytucyjnie w czasie epidemii

Dyskusja miała również na celu analizę wpływu pandemii COVID-19 na osoby leczone. Przedstawiciele programów substytucyjnych omówili profil osób, które zgłosiły się do leczenia i zmiany, które nastąpiły wśród osób leczonych. Pandemia COVID-19 nie spowodowała istotnego wzrostu liczby pacjentów leczonych substytucyjnie. Jednakże niektóre programy zaobserwowały trend częstszego zgłaszania się do programu pacjentów pierwszorazowych (jeden z programów w Warszawie) lub pacjentów uzależnionych od leków opioidowych. Do jednej z placówek w Warszawie napłynęła duża grupa osób, która chciała dołączyć do programu (były przyjmowane ambulatoryjnie). Wiele z tych osób nigdy wcześniej nie korzystała z leczenia metadonem. Zostali oni bez środków do życia w wyniku pandemii COVID-19 i dlatego też podjęli decyzję o leczeniu substytucyjnym. W trakcie spotkania poruszona została kwestia, że nowi pacjenci, którzy od krótkiego czasu są w programie substytucyjnym, przychodzą codziennie po metadon, nie mają możliwości otrzymania większych „zaliczek” tego leku na dłuższy okres. W opinii niektórych panelistów nie sprawdzało się wydawanie zaliczek metadonu dla osób, które są krótko w programie, ponieważ nie radzą one sobie z przyjmowaniem odpowiednich dawek, celowo biorą większe dawki, łączą metadon z innymi substancjami psychoaktywnymi. Jednak

stali pacjenci, którzy od dłuższego czasu są w programie, dostawali „zaliczki” metadonu na długie okresy – 2 tygodnie lub nawet w przypadku jednego programu na 6 tygodni. W niektórych programach pojawili się nowi, bardzo młodzi pacjenci metadonowi (dwudziestoletni).

Warto zwrócić uwagę, że według uczestników dyskusji pacjenci podchodzą do obostrzeń z dużym poczuciem obowiązku i dyscypliny. Jeżeli pacjent ma objawy lub podejrzewa się u niego zakażenie, jest on obsługiwany na zewnątrz placówki (wydawanie metadonu). Pacjenci pilnują noszenia maseczek i rękawiczek, dezynfekują ręce, proszą o dezynfekcję klamek po ich wyjściu. W jednej z placówek z porównania statystyk za rok poprzedni i bieżący wynika, że na początku roku 2020 liczba zgónów się nie zwiększyła, nie ma też większego łamania abstynencji ani wypadania z programu. Natomiast po zniesieniu lockdownu okazało się, że wielu pacjentów pozwalało sobie jednak brać substancje w większych ilościach, bo dostają metadon na 2 tygodnie lub więcej. W opinii niektórych panelistów pacjenci dużo bardziej cenią sobie wizyty w gabinecie od wizyt online, nawet w kwestii wygody wielu z nich nie uznało teleporady jako formy pomocy bardziej korzystnej. Pojawiła się nowa grupa pacjentów w leczeniu substytucyjnym. Osoby, które przed lockdownem przyjechały z zagranicy do Polski i nie zdążyły wyjechać, zażywały środki, które właśnie im się skończyły i dlatego musiały skorzystać z substytucji.

Podczas dyskusji zidentyfikowano problemy, jakie pojawiły się w związku z pandemią COVID-19:

- zawieszenie komunikacji publicznej spowodowało problemy z dojazdem do placówki, pacjenci byli zmuszeni do korzystania z taksówek, żeby dojechać po metadon do pobliskich miejscowości,
- po wydawaniu „zaliczek” metadonu na dwa tygodnie w czasie lockdownu pojawił się problem, żeby pacjenci wrócili do starych reguł,
- istnieje problem z pacjentami bezdomnymi, zazwyczaj funkcjonują oni w sposób niestabilny, trudniej uchronić ich przed zarażeniem COVID-19,
- pojawił się także problem z pacjentami, którzy wymagają alkomatów, pielęgniarki nie chcą, żeby te osoby dmuchały w nie przy nich ze względów higienicznych, natomiast gdy robią to, odwracając się od pielęgniarek, nie wiadomo, czy pomiar został wykonany prawidłowo,

- pacjenci gromadzą się pod przychodnią, odbywają spotkania towarzyskie, zdejmują maski – wzrasta wówczas ryzyko zakażenia COVID-19,
- zdarzają się pacjenci, którzy nie mają możliwości technicznej, żeby uczestniczyć w teleporadach,
- mniejsza możliwość przyjmowania pacjentów, ponieważ trzeba odczekać tydzień, zanim przyjmie się taką osobę – musi ona odbyć kwarantannę,
- w jednej z placówek pracownik nie był dopuszczony do pracy z powodu podejrzenia koronawirusa, musiał wziąć urlop.

Nowe rozwiązania w programach substytucyjnych

Programy leczenia substytucyjnego wprowadzały różne rozwiązania w trakcie epidemii, aby wyeliminować lub ograniczyć ryzyko zakażenia COVID-19:

- prowadzenie teleporad i terapii w formie hybrydowej,
- komunikacja w formie pisemnej z pacjentami oraz rodzinami pacjentów, zamiast spotkań w placówce,
- obsługa na zewnątrz placówki – wydawanie metadonu, dzięki czemu ogranicza się ryzyko zakażenia,
- przejście personelu na pracę zdalną, np. praca przez komunikatory z pacjentami,
- system zmianowy, tydzień/tydzień, wymienianie się pracowników, aby cały zespół nie był wyłączony w jednym czasie z pracy z powodu kwarantanny,
- w jednej z placówek przydzielono pracownika do sprawdzania temperatury i stanu zdrowia pacjentów w przedsiionku poradni,
- podejmowane są różne formy ostrożności, np. osoby są wpuszczane na teren poradni pojedynczo, odbierają substytut i dopiero potem jest przyjmowana kolejna osoba,
- w jednej z placówek zamontowano lampy UV pod sufitem w celu dezynfekcji,
- w jednej z placówek pracownicy, którzy mają podejrzenie koronawirusa, są odsuwani od pracy na siedem dni, nie biorą urlopu, odpracowują tę nieobecność w innym czasie,
- ważne jest wzajemne informowanie się o kontaktach z zakażonymi, żeby jak najszybciej można było podjąć kroki zaradcze,
- szczepionki na COVID-19 powinny być dostępne dla osób pracujących w programach leczenia sub-

stytucyjnego na takich samych zasadach jak dla pracowników medycznych.

Pandemia w placówkach leczenia uzależnień

W czasie dyskusji grupowej zidentyfikowano szereg wyzwań, które mają wpływ na działanie placówek leczniczych w czasie pandemii COVID-19. Konieczność utrzymywania reżimu sanitarnego mającego na celu ochronę personelu i klientów, co wiązało się ze zmianą trybu pracy na zdalny w sytuacjach, kiedy jest to możliwe. Kwestia zatrudnienia nowych pracowników, ponieważ wiele osób przechodzi na zwolnienia chorobowe lub jest objętych kwarantanną. Nastąpiło zmniejszenie zakresu terapii rodzinnej ze względu na fakt, że nie do wszystkich placówek jest możliwe wprowadzanie rodzin z powodu ograniczeń związanych z przepisami sanitarnymi. Pacjenci mają bardzo utrudniony dojazd lub brak takiej możliwości, z uwagi na zmiany w funkcjonowaniu transportu publicznego. W efekcie nastąpiło zmniejszenie dostępu do systemu leczenia. Placówki lecznicze starały się kontynuować leczenie, pomimo pojawiających się problemów. W jednej z nich doszło do śmierci terapeuty z powodu COVID-19. Ponadto z powodu pandemii placówki lecznicze ponoszą dodatkowe koszty na dodatkowe komputery niezbędne do pracy w nowych warunkach, do odbywania teleporad, rozmów z pracownikami, rozmów kwalifikacyjnych, do użytku dla pacjentów (w jednej z placówek) czy zakupienie lamp dezynfekcyjnych. Były to dodatkowe wydatki nieprzewidziane w budżecie placówki. W trakcie dyskusji podkreślano, że wprowadzono wiele nowych rozwiązań, aby zapewnić pomoc osobom uzależnionym, do których należało przede wszystkim przejście na terapię zdalną z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. W jednym z ośrodków stacjonarnych zostały wprowadzone zajęcia na zewnątrz w formie spacerów lub w namiocie. Jednym z rozwiązań mających na celu ochronę personelu i pacjentów przed COVID-19 była praca zmianowa „tydzień na tydzień”, co ograniczało bardzo mocno kontakt między personelem. Dodatkowo w niektórych placówkach wprowadzono testowanie wszystkich pacjentów i personelu przed wejściem do placówki. W jednej z placówek w przypadku wystąpienia COVID-19 wśród pacjentów i personelu, osoby zakażone nadal kontynuowały pracę z zakażonymi pacjentami w specjalnie przygotowanym do tego miejscu,

które zostało oddzielone od pozostałej części ośrodka. W celu izolowania pacjentów i utrzymywania dystansu stosowaną praktyką w placówkach całodobowych jest przygotowywanie izolatek, kupowanie samochodów campingowych (w których umieszcza się pacjentów) oraz namiotów do spotkań na zewnątrz: „przyjmujemy od kwietnia w nowym budynku, nowi pacjenci muszą spędzić 5 dni w izolatorium”. Takie rozwiązanie jest możliwe, gdy placówka jest wystarczająco duża, jeśli jest mała, nie da się zrobić oddzielnego oddziału–izolatki ze względu na brak miejsca.

W trakcie dyskusji były omawiane kwestie związane z wykonywaniem testów na COVID-19 w placówkach leczniczych. Testowanie w placówkach leczniczych znajdujących się w małych miastach lub na wsiach było możliwe do wprowadzenia, ponieważ w takich ośrodkach jest lepsza współpraca z sanepidem. W przypadku dużych miast nie udało się sfinansować testowania ze środków sanepidu. W efekcie niektóre placówki rezygnowały z wykonywania testów, bo z własnych środków nie mogły tego robić ze względu na duże koszty (brak finansowania ze strony sanepidu). Podczas spotkania wyrażona została opinia, że testowanie zwiększa poczucie bezpieczeństwa w placówce, ale niektórzy pracownicy nie chcą poddawać się testom, ponieważ uważają, że nie są one miarodajne.

Problemy i wyzwania w trakcie pandemii COVID-19

Paneliści podkreślali, że potrzebna jest większa interwencja i pomoc ze strony państwa. Personel ośrodków jest pozostawiony sam sobie, np. w niektórych placówkach pracownicy są bardzo obciążeni. Osoby pracują 250/300 godzin miesięcznie w placówkach stacjonarnych, ponieważ poza terapią muszą zostawać na cały tydzień w izolatorium z pacjentami. Ponadto psychologowie i terapeuci mają bezpośredni kontakt z pacjentami, przez co są codziennie narażeni na zarażenie COVID-19.

O trudnej sytuacji w placówkach świadczy także fakt, że 50% superwizji dotyczy terapeutów, a nie pacjentów, ponieważ specjaliści mają dużo problemów spowodowanych obecną sytuacją epidemiologiczną, są zmęczeni, przepracowani i zestresowani. Terapeuci przestają widzieć sens terapii, bo straciła ona swoją regularność. Nie wiadomo, czy spotkania z pacjentem uda się kon-

tynuować. Diagnozy pacjentów także się przedłużają, ponieważ utrudnione są regularne spotkania twarzą w twarz, a dodatkowo niemożliwe jest postawienie diagnozy po uprzednim kontakcie online.

Ponadto pojawienie się osoby zakażonej na oddziale utrudnia jego funkcjonowanie i uniemożliwia przyjmowanie nowych osób. Duże problemy z funkcjonowaniem mają oddziały dzienne, ponieważ pacjenci długo przebywają razem, np. spożywają razem posiłki, odbywają spotkania. Liczba osób leczonych w ośrodkach dziennych spadła o około 30% i ten typ leczenia został w największym stopniu dotknięty skutkami epidemii. Kolejną kwestią utrudniającą pomoc za pomocą systemów teleinformatycznych jest to, że terapia przez telefon bywa trudna ze względu na brak prywatności w domach pacjentów (trudno znaleźć odosobnione miejsce na spokojną rozmowę). Większość placówek, których przedstawiciele wzięli udział w dyskusjach grupowych, wprowadziła do swoich działań nowe rozwiązania, głównie w oparciu o systemy teleinformatyczne. W trakcie dyskusji poruszono również sprawę wykorzystywania środków finansowych jednostek samorządu terytorialnego na poprawę bezpieczeństwa w placówkach leczniczych, np. możliwość korzystania z tzw. korkowego na zakup lamp dezynfekcyjnych lub materiałów dezynfekujących i ochronnych.

Co po pandemii?

Według panelistów powinien być wprowadzony metadon na receptę dla pacjentów, którzy są od długiego czasu w programie metadonowym, np. poradnia kupowałaby metadon, trafiałby on do apteki w miejscu zamieszkania osób, które go potrzebują, one miałyby możliwość wykupienia go na receptę, a to z kolei ograniczyłoby konieczność przemieszczania się. Ponadto uczestnicy dyskusji wyrazili opinię, że prawdopodobnie trzeba się liczyć z napływem pacjentów do placówek leczniczych po zakończeniu epidemii. Być może nawet pojawią się takie osoby, które nie miały wcześniej problemu z alkoholem, ale w czasie pandemii zwiększyły spożywanie napojów alkoholowych. W opinii panelistów po zakończeniu epidemii warto kontynuować działania z zakresu np. postrehabilitacji przez komunikatory, co wynika z dużej potrzeby kontaktu pacjentów z terapeutami po ukończeniu terapii.

Badania naukowe, które w sposób bezpośredni lub pośredni miały na celu ustalenie, na jakiej zasadzie dochodzi do uzależnienia, i czy w ogóle jest uzasadnione mówienie o czymś takim, jak uzależnienie od cukru, w pewnym momencie zawsze wskazują na szerszy i bardziej złożony charakter tego zjawiska. Problemem jest chociażby brak danych na temat konsumpcji czystego cukru, ponieważ rzadko jest on spożywany jako wyizolowana substancja. W związku z tym badania nad uzależnieniem od cukru silą rzeczy osadzone są w szerszym kontekście naukowych obserwacji dotyczących uzależnienia od żywności oraz zaburzeń odżywiania.

CUKIER JAK KOKAINA? PRZEGLĄD BADAŃ I PRÓBA USTALENIA, CZY CUKIER UZALEŻNIA

Marta Jarosiewicz
Kulturoznawczyni

Pojęcie „uzależnienia od cukru”, podobnie jak i inne zagadnienia z dietetyki, znalazło się w ostatnim czasie w wielu krzykliwych nagłówkach portali internetowych czy gazet. Historia pokazuje, że produkty kiedyś uznawane za bezpieczne dla zdrowia i sprzedawane w aptekach, z czasem okazują się przyczyną śmiertelnych chorób, a te, które zawsze stanowiły problem społeczny, wciąż bez przeszkód można kupić w dowolnej ilości w prawie każdym sklepie spożywczym. W przeciwieństwie do tytoniu i alkoholu, uzależniający potencjał cukru stanowi co najwyżej domniemanie. Moim celem jest próba stwierdzenia, czy środowisko naukowe skłania się ku coraz popularniejszej społecznie teorii, że cukier jest substancją uzależniającą dla ludzi.

Tło historyczne

Można śmiało założyć, że nadmierne spożycie cukru nie stanowiłoby dziś problemu, gdyby nie bardzo niska cena tego produktu. Początków procesu jego rozpowszechnienia należy upatrywać w XVI wieku na plantacjach trzciny cukrowej. To właśnie produkcja cukru trzcinowego rękami afrykańskich niewolników sprawiła, że zaczął on być produkowany na masową skalę i wraz z upływem dekad stawał się coraz tańszy. Początkowo jednak przeznaczony był dla elit – czarne od spożywania cukru zęby miała podobno brytyjska królowa Elżbieta I, a uwielbiający specjalnie przygoto-

wywane dla niego słodczyce Ludwik XIV wykreował modę na spożywanie cukru wśród europejskiej arystokracji – jedzenie słodkich deserów stało się znakiem bogactwa, tak samo jak bardziej zaokrąglona sylwetka¹. Gwałtowny rozwój cukrownictwa nastąpił dopiero na przełomie XIX i XX wieku, wraz z opracowaniem przez Franza Acharda metody produkcji cukru z buraków

cukrowych. Mający pecha do interesów i niedoceniony za życia Achard, odmówił przyjęcia horrendalnej łapówki od angielskich handlarzy cukrem trzcinowym, którzy chcieli, by opierając się na wieloletnich badaniach, oświadczył publicznie, że produkcja cukru z buraków jest niemożliwa. Surowiec pozyskiwany z buraka okazał się dużo tańszy w produkcji niż ten z uprawianej w koloniach trzciny cukrowej. Szybko sprawiło to, że cukier stał się artykułem codziennego użytku we wszystkich klasach społecznych – cukrownie pręźnie

Postrzeganie cukru jako substancji uzależniającej komplikuje fakt, że znajduje się on w większości dostępnego na sklepowych półkach lub w restauracjach jedzenia – nie tylko w słodczych czy wysoko przetworzonych produktach, ale także w dodatkach, takich jak ketchup czy w jedzeniu reklamowanym jako zdrowe.

działały także w Polsce pod zaborami, a po odzyskaniu niepodległości przemysł jeszcze bardziej się rozwinął. W okresie międzywojennym cukier zaczął być wypierany przez niezwykle tani słodzik – sacharynę. Aby zachęcić Polaków do kupowania cukru z buraków, przemysł cukrowniczy inwestował w reklamę. Znane wszystkim plakaty z napisem „cukier krzepi”, wymyślonym przez Melchiora Wańkowicza, stanowiły tylko jeden z elementów maszyny propagandowej, która

przywodzi na myśl późniejsze kampanie reklamowe przemysłu tytoniowego.

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że przeciętny Polak spożył w 2019 roku 44,5 kilograma cukru. Choć w ostatnich latach używamy mniej sacharozy, spożycie tzw. cukru dodanego rośnie, bo przyjmujemy go coraz więcej w innych formach – między innymi w napojach².

Uzależnienie kształtowane od dziecka

Jeszcze kilka dekad temu dokarmianie niemowląt roztworem glukozy było powszechne i zalecane przez lekarzy. Cukier w tej postaci często był traktowany jako remedium na wiele dziecięcych dolegliwości. Obecnie, w przypadku braku wyraźnych wskazań medycznych, zaczyna być to odradzane. Portale parentingowe przestrzegają przed przyzwyczajaniem dziecka do słodkiego smaku i wyrabiania w nim nawyku picia słodkich napojów³ lub wprost wskazują, że podawanie nawet soków owocowych może powodować uzależnienie dzieci od cukru⁴. Co więcej, przestrzega się, że cukier dodany spożywany przez kobietę w ciąży może powodować w przyszłości u dziecka większą ochotę na słodki smak⁵. Już niewielki nadmiar glukozy we krwi w czasie ciąży wpływa niekorzystnie na rozwój dziecka¹, a fruktoza obecna w diecie matki może być przekazana wraz z jej mlekiem⁵.

Uzależnia biały cukier? To niestety bardziej skomplikowane

Badania naukowe, które w sposób bezpośredni lub pośredni miały na celu ustalenie, na jakiej zasadzie dochodzi do uzależnienia, i czy w ogóle jest uzasadnione mówienie o czymś takim, jak uzależnienie od cukru, w pewnym momencie zawsze wskazują na szerszy i bardziej złożony charakter tego zjawiska. Problemem jest chociażby brak danych na temat konsumpcji czystego cukru, ponieważ rzadko jest on spożywany jako wyizolowana substancja. W związku z tym badania nad uzależnieniem od cukru siłą rzeczy osadzone są w szerszym kontekście naukowych

obserwacji dotyczących uzależnienia od żywności (*food addiction*) oraz zaburzeń odżywiania (*eating disorder*). Wiele produktów spożywczych w tzw. diecie zachodniej zawiera sztucznie zawyżony poziom cukru, tłuszczu i soli, przy jednocześnie znikomej zawartości błonnika, wody i białka. Te zazwyczaj wysokoprzetworzone dania oraz produkty gotowe do spożycia, określane są jako *hyperpalatable foods*, co tłumaczyć można jako „super-smaczne” pokarmy. Naukowcy wydają się być zgodni co do tego, że na „super-smakowitość” wpływ ma nie tylko wysoka zawartość cukru, ale także duża ilość tłuszczu. To najczęściej pokarm obfitujący w oba te składniki ma potencjał uzależniający lub najchętniej sięgają po niego

osoby z zaburzeniami odżywiania typu *binge eating disorder*. Popularne poradniki dotyczące zdrowego odżywiania najczęściej jako winowajcę tycia i złego samopoczucia wskazują przede wszystkim cukier⁶, w tym pod postacią węglowodanów: ponad 700 wyników z hasłem *sugar detox* w portalu czytelnictwa GoodReads.com wskazuje, że temat uzależnienia od cukru jest bardzo popularny. Cukier występuje jednak pod bardzo wieloma postaciami, zarówno w formie cukru dodanego do żywności,

jak i naturalnie występujących cukrów, co bardzo komplikuje próbę systematyzacji i wysnucia przydatnych społecznie wniosków, nawet przy założeniu, że faktycznie uzależnienie od cukru wśród ludzi jest możliwe. Co więcej, niektóre badania wskazują, że szczególnie uzależniająca⁷ i szkodliwa jest dodana do żywności fruktoza, której największą zawartością cechują się takie produkty, jak miód czy syrop z agawy, stosowane powszechnie jako zdrowe alternatywy dla sacharozy. Sacharozy, czyli białego cukru stołowego, który składa się w około 50% z glukozy, a 50% z fruktozy. Ponieważ masowo używane w przemyśle spożywczym syropy – kukurydziany oraz glukozowo-fruktozowy – najczęściej mają zbliżoną zawartość glukozy i fruktozy co sacharoza, konkretnie zastosowana substancja nie ma najczęściej kluczowego znaczenia dla badań – najważniejsze jest sztuczne dodanie jej do żywności, która tym samym staje się bardziej smaczna i gęsta energetycznie.

Fruktoza spożywana w całych owocach raczej nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i jak najbardziej może być pod tą postacią elementem prawidłowo zbilansowanej

Z danych GUS wynika, że przeciętny Polak spożył w 2019 roku 44,5 kg cukru. Choć w ostatnich latach używamy mniej sacharozy, spożycie tzw. cukru dodanego rośnie, bo przyjmujemy go coraz więcej w innych formach – między innymi w napojach.

diety. Wynika to z jednoczesnej konsumpcji innych substancji odżywczych, takich jak antyoksydanty, flawonole, potas, witamina C i duża ilość błonnika⁷. Inaczej wygląda to w przypadku słodzonych napojów, nektarów, a nawet soków owocowych, które poza kaloriami pochodzącymi z cukru nie dostarczają istotnych wartości odżywczych i są ignorowane przez ośrodki sytości w mózgu⁸. W badaniu nad napojami słodzonymi cukrem⁹ stwierdzono potencjalnie uzależniające właściwości tych napojów wśród młodzieży. Autorzy zwracają uwagę, że wciąż rozwijające się mózgi nastolatków są szczególnie podatne na uzależniające substancje, a dorastaniu towarzyszy większa samodzielność w decydowaniu o kupowanych produktach spożywczych oraz stała ekspozycja na reklamy napojów gazowanych. Co ważne, słodzone cukrem napoje wyróżnia spośród innych zakwalifikowanych jako potencjalnie uzależniające produktów spożywczych fakt, że zawierają jedynie cukier, a żadnego tłuszczu¹⁰. Postrzeganie cukru jako substancji uzależniającej komplikuje fakt, że znajduje się on w większości dostępnego na sklepowych półkach lub w restauracjach jedzenia – nie tylko w słodczych czy wysoko przetworzonych produktach, ale także w dodatkach, takich jak ketchup czy w jedzeniu reklamowanym jako zdrowe. Producenci żywności zdają się wykorzystywać niewiedzę konsumentów oraz często sprzeczne zalecenia specjalistów i nietrudno znaleźć opakowanie, na którym „brak cukru” oznacza w rzeczywistości zastąpienie białego cukru, np. zagęszczonym sokiem z owoców, czyli fruktozą.

Próba zmierzenia uzależnienia – Skala uzależnienia od żywności Yale (*Yale Food Addiction Scale*)

Aby odpowiedzieć na potrzebę narzędzia do identyfikacji osób uzależnionych od żywności, psycholog Ashley Gearhardt, wraz z zespołem oraz ekspertami w dziedzinie uzależnień, opracowała w 2009 roku *Yale Food Addiction Scale* (YFAS). Jest to narzędzie, na które często powołują się inni badacze, choć ze względu na złożoną problematykę zjawiska, sama Gearhardt stwierdziła, że nie jest ono wystarczającym dowodem na istnienie „uzależnienia od żywności”, ale pomaga w identyfikacji osób, u których istnieje największe prawdopodobieństwo wystąpienia tego rodzaju uzależnienia¹¹.

Skala została zaprojektowana, by umożliwić ocenę zachowań żywieniowych świadczących o uzależnieniu oraz usystematyzować badanie hipotezy, zgodnie z którą wysoko przetworzona żywność może powodować u niektórych osób uzależnienie¹².

Czynniki sprzyjające powstawaniu uzależnienia od żywności

W publikacji *Psychological and Neurobiological Correlates of Food Addiction*¹³ autorzy przytaczają ponad 150 badań i wskazują na sześć czynników prowadzących do powstania uzależnienia od jedzenia:

1. Diety bogate w supersmaczne pokarmy charakteryzujące się wysoką zawartością cukru, tłuszczu i soli.
2. Warunkowanie instrumentalne, które poprzez początkowe wzmocnienia pozytywne (nagradzające aspekty substancji, takie jak uczucie „haju” lub podwyższony nastrój), a następnie negatywne (unikanie doświadczeń awersyjnych towarzyszących odstawieniu substancji dzięki dalszemu jej zażywaniu). Neuroadaptacja w ośrodkach nagrody w mózgu sprawia, że motywacja zmienia się w chęć poprawy negatywnych stanów emocjonalnych lub fizjologicznych, związanych z brakiem pokarmu o wysokiej smakowitości.
3. Nastrój i stres – wskazano, że stres wiąże się ze zmianą nawyków żywieniowych, w tym z epizodami objadania się i zwiększonym łaknieniem na supersmaczne pokarmy, a osoby uzależnione od żywności lub przejawiające symptomy takiego uzależnienia mogą stosować patologiczne zachowania żywieniowe w celu radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi.
4. Bodźce warunkowane przez jedzenie – wykazano, że osoby spełniające kryteria uzależnienia od żywności YFAS, przejawiają wyższe zainteresowanie niezdrową żywnością, gdy mają obniżony nastrój. Nie dotyczy to osób, u których nie stwierdzono uzależnienia.
5. Zwiększone łaknienie (*craving*) – wykazano, że regiony mózgu obserwowane podczas wzmożonej chęci zjedzenia ulubionych pokarmów pokrywały się z tymi obserwowanymi podczas łaknienia narkotyków. Wskazuje to, że wzorce aktywacji obwodów nagrody związane ze zwiększonym łaknieniem mogą być podobne zarówno w uza-

leżnieniu od żywności, jak i w uzależnieniu od narkotyków.

6. Impulsywność definiowana jako nieplanowana reakcja na bodźce wewnętrzne lub zewnętrzne, charakteryzująca się brakiem wcześniejszego przemyślenia podejmowanego działania i lekceważeniem jego potencjalnie negatywnych konsekwencji. Skłonność ta może odpowiadać za zachowania związane z poszukiwaniem nagrody (supersmacznych pokarmów) i jest związana z wyższym wskaźnikiem powrotu do uzależnienia.

Podobieństwa i różnice między cukrem a narkotykami

Podstawowa różnica pomiędzy substancjami uznanymi za uzależniające a cukrem, to oczywiście, wyjąwszy alkohol, ich zerowa wartość energetyczna. Wspomniana wcześniej wszechobecność cukru w żywności, także w naturalnej postaci, skutecznie utrudnia przeprowadzanie badań i stawianie śmiałych hipotez.

Zdecydowana większość badań mających rozstrzygnąć, czy cukier jest uzależniający dla ludzi, została wykonana na gryzoniach, w związku z czym wszyscy naukowcy podkreślają konieczność dalszych badań, a część z nich uznaje dowody za niewystarczające. Warto jednak przytoczyć ich wyniki. Przede wszystkim zauważono, że to właśnie cukier może być elementem decydującym o uzależniającym charakterze supersmacznych pokarmów, a kompulsywne spożycie cukru (*bingeing on sucrose*) powoduje powtarzający się wzrost dopaminy, podobny do tego, który występuje po zażyciu narkotyków, a nie substancji naturalnie oddziałujących na ośrodek nagrody w mózgu¹⁴. W jednym z badań udowodniono¹⁵, że szczury poddane działaniu cukru w okresie dojrzewania, wykazują większe preferowanie kokainy jako dorosłe osobniki. Szczury, których zachowanie wskazywało na uzależnienie od cukru, zmuszone do abstynencji, wykazywały podobne cechy jak przy odstawieniu opiatów – niepokój, zgrzytanie zębami i agresję¹⁶. W kwestii opiatów czytelne wnioski nasuwają także badania z użyciem naloksonu, leku znoszącego działanie opioidowych środków przeciwbólowych oraz stosowanego w leczeniu uzależnienia od opioidów. Zastosowanie naloksonu udowodniło, że powtarzające się nadmierne spożycie cukru doprowadziło gryzonie do

stanu, w którym ten antagonist opioidów spowodował behawioralne i neurochemiczne objawy odstawienia opioidów^{17, 16}. Z kolei ten sam związek podany kobietom kompulsywnie spożywającym supersmaczne pokarmy sprawił, że zmniejszył on ich konsumpcję¹⁸.

Badania wykazują^{19, 20, 15}, że zarówno relacje osób, które same określają się jako uzależnione od supersmacznej żywności czy cukru, jak i badania na gryzoniach, potwierdzają część kryteriów DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – publikowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne kryteriów klasyfikacji zaburzeń psychicznych, służących jako podstawa diagnozy chorób psychicznych²¹. W jednym z badań wykazano spełnienie wszystkich siedmiu kryteriów IV edycji DSM, a warto zaznaczyć, że autorzy narzędzia wskazali, iż występowanie w ciągu roku tylko trzech z nich wystarczy, by stwierdzić uzależnienie od substancji. Są to takie kryteria, jak:

1. Stopniowe zwiększanie ilości zażywanej substancji – konieczne w celu osiągnięcia takiego samego efektu.
2. Objawy odstawienia substancji – występowanie objawów odstawienia charakterystycznych dla danej substancji lub próba złagodzenia czy uniknięcia tych objawów przez zażywanie tej lub bardzo podobnej substancji.
3. Przyjmowanie substancji w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano.
4. Próby ograniczenia używania substancji.
5. Nadmierny czas poświęcony na poszukiwanie, używanie lub powrót do zdrowia po zażyciu substancji.
6. Ograniczenie ważnych aktywności z powodu używania substancji – aktywności społeczne, zawodowe lub rekreacyjne są porzucane lub ograniczane z powodu używania substancji.
7. Kontynuowanie zażywania substancji pomimo świadomości niekorzystnych tego konsekwencji.

W innym artykule²², mającym na celu przegląd dowodów na poparcie tezy o uzależnieniu od cukru u ludzi, nie stwierdzono istnienia wystarczających argumentów przemawiających za poparciem tej hipotezy. Autorzy przypuszczają, że zachowania sugerujące uzależnienie spowodowane są słodkim smakiem, a nie neurochemicznymi efektami działania cukru. Wskazuje się także zasadniczą różnicę między pokarmem a narkotykami – przyjmowanie jedzenia ograniczone jest mechanicznie pojemnością żołądka, a także przez hormony jelitowe i neuroprzekazniki mające wpływ na uczucie sytości.

Narkotyki zażywane są w diametralnie mniejszej ilości niż pożywienie, a cechuje je zdecydowanie bardziej odurzający charakter¹⁵. W jednym z badań²³ wskazano, że termin „uzależnienie od żywności” jest błędnym określeniem ze względu na niejednoznaczną konotację zjawiska związanego z substancją. Zamiast tego zaproponowano określenie „uzależnienie od jedzenia” (jako czynności), aby podkreślić behawioralny charakter uzależnienia.

Racjonalnym kompromisem pomiędzy zrównywaniem działania cukru i narkotyków a pełnym negowaniem możliwego uzależnienia od tej substancji, wydaje się być hipoteza postawiona przez autorów artykułu *Sugar Addiction: From Evolution to Revolution*¹⁵. Proponują oni, by uzależnienie od cukru traktować raczej jak uzależnienie od nikotyny czy kofeiny, rezygnując z sensacyjnych porównań do narkotyków, takich jak kokaina lub heroina. Zwracają także uwagę, że specyfika uzależnienia od żywności sprawia, iż większość osób, które kwalifikowałyby się jako uzależnione, może nie zdawać sobie z niego sprawy.

Podsumowanie

Większość badaczy podkreśla konieczność wykonania dalszych badań w celu potwierdzenia hipotezy, że cukier może być uzależniający. Jednak pomimo braku konsensusu naukowego co do zasadności używania terminu „uzależnienie od cukru” (*sugar addiction*), wydaje się, że samodzielne stwierdzenie nałogowego jedzenia przez osoby badane (*self-reported addictive eating*), które pojawia się w Skali uzależnienia od żywności Yale, spełnianie wielu lub wszystkich Kryteriów klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a także liczne dyskusje w mediach i publikacje popularnonaukowe wystarczają, aby zagadnienie to traktować poważnie. Czy na tyle, aby wprowadzać zmiany legislacyjne i obostrzenia? Wydaje się, że funkcjonowanie podatku cukrowego, w takich krajach, jak m.in. Wielka Brytania, Węgry, Francja, Meksyk, Zjednoczone Emiraty Arabskie czy od niedawna Polska, są krokiem w tym kierunku. Ze względu na różne rodzaje słodzików i ich nazewnictwo trudno jest jednak o ujednolicenie przepisów. Problematiczne wydają się także produkty, które opinia publiczna i prawo uznają za zdrowe, choć często nie mają znaczącej wartości odżywczej, a dostarczają duże ilości cukru. Przykładem mogą być soki owocowe, które przez dietetyków, szczególnie w kontekście budowania nawyków i epidemii otyłości wśród dzieci, traktowane są podobnie do słodzonych napojów,

powszechnie uważanych za niezdrowe⁸. Trzeba podkreślić, że negatywny na zdrowie, potencjalnie uzależniający wpływ cukru i supersmacznej żywności wysoko przetworzonej jest wzmacniany przez niską cenę, powszechną dostępność i intensywne reklamowanie takich produktów.

Przypisy

- Kortko D., Watoła J., Słodziutki. Biografia cukru, 2018.
- Ostrzegamy.online, GUS: Polak spożywa blisko 45 kg cukru rocznie, <https://ostrzegamy.online/gus-polak-spozywa-blisko-45-kg-cukru-rocznie/>
- mjakmama24.pl, Woda z glukozą. Sprawdź, czy dopajać nią niemowlaka, <https://www.mjakmama24.pl/niemowle/dieta-niemowlaka/woda-z-glukoza-sprawdz-czy-dopajac-nia-niemowlaka-a-a-XXZx-pCfT-R32X.html> odkrywczamama.blogspot.com, „Po co podawać wodę z glukozą?”, <https://odkrywczamama.blogspot.com/2014/07/po-co-podawac-wode-z-glukoza.html#>
- drmax.pl, Woda z glukozą dla niemowlaka – eksperci odradzają!, <https://drmax.pl/blog-porady/woda-z-glukoza-dla-niemowlaka-eksperti-odradzaja/>
- Ventura E., Goran M., Sugarproof: The Hidden Dangers of Sugar that are Putting Your Child's Health at Risk and What You Can Do About It, 2020.
- Np. Wilson S., I Quit Sugar, 2012; Gillespie D., Sweet Poison. Why Sugar Makes Us Fat, 2008; Taubes G., The Case Against Sugar, 2016; Ventura E., Goran M., Sugarproof: The Hidden Dangers of Sugar that are Putting Your Child's Health at Risk and What You Can Do About It, 2020.
- Freeman C. i in., Impact of sugar on the body, brain, and behavior, 2018.
- Parol D., Cola VS sok, <https://www.damianparol.com/cola-vs-sok/>
- Falbe J. i in., Potentially Addictive Properties of Sugar-Sweetened Beverages among Adolescents, 2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6488513/>.
- Schulte E. i in., Which Foods May Be Addictive? The Roles of Processing, Fat Content, and Glycemic Load, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4334652/>.
- Yale Food Addiction Scale, https://en.wikipedia.org/wiki/Yale_Food_Addiction_Scale.
- Yale Food Addiction Scale, <https://fastlab.psych.lsa.umich.edu/yale-food-addiction-scale/>
- Kalon E. i in., Psychological and Neurobiological Correlates of Food Addiction, 2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5608024/>
- Lennerz B., Lennerz J., Food Addiction, High Glycemic Index Carbohydrates and Obesity, 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5912158/>
- Wiss D., Avena N., Rada P., Sugar Addiction: From Evolution to Revolution, 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6234835/>
- Avena N. i in., After daily bingeing on a sucrose solution, food deprivation induces anxiety and accumbens dopamine/acetylcholine imbalance, 2008, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4354893/>
- Colantuoni C. i in., Evidence That Intermittent, Excessive Sugar Intake Causes Endogenous Opioid Dependence, 2002, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2002.66>.
- Drewnowski A. i in., Naloxone, an opiate blocker, reduces the consumption of sweet high-fat foods in obese and lean female binge eaters, 1995, <https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/61/6/1206/4651255?redirectedFrom=fulltext>
- Olsen Ch., Natural Rewards, Neuroplasticity, and Non-Drug Addictions, 2011, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139704/>
- Ifland J. i in., Refined food addiction: A classic substance use disorder, 2008.
- DSM-IV, <http://www.psychologia.edu.pl/slownik/id.dsm-iv/i.html>
- Westwater M. i in., Sugar addiction: the state of the science, 2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5174153/>
- Hebebrand J. i in., „Eating addiction”, rather than „food addiction”, better captures addictive-like eating behavior, 2014, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25205078/>

Zapewne nikt z nas nie pozwoliłby swoim dzieciom na wycieczkę do kasyna, a gry zawierające mechanikę losowych skrzynek mogą mieć podobny wpływ na ludzką psychikę, podobnie jak hazard w swoim klasycznym ujęciu.

LOOT BOXY A PROBLEMOWY HAZARD W GRACH WIDEO

Paweł Izdebski, Błażej Górecki

Wydział Psychologii

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Wprowadzenie

Loot boxy to stosunkowo nowa metoda „mikrotransakcji”, która polega na płaceniu za losowy przedmiot z danej skrzynki (listy przedmiotów). Przykładowo w bardzo popularnej grze first-person shooter (strzelanka wieloosobowa) Counter-Strike: Global Offensive, gracze mogą zapłacić 2,49 dolara za otworzenie skrzynki zawierającej „skórkę”, która zmienia wygląd broni gracza (Zendle, Meyer, Over, 2019). Płacenie za dodatki kosmetyczne jest praktykowane w grach od lat, jednak dopiero ostatnio dodano opcję zakupu losowego przedmiotu.

W związku z tym uderzającym podobieństwem do gier hazardowych wielu badaczy postuluje konieczność przeprowadzenia badań w celu ustalenia, czy nie mamy do czynienia z nielegalną i nielicencjonowaną formą hazardu, która jest powszechnie dostępna dla dzieci i młodzieży (Zendle, Meyer, Over, 2019).

Ekspozycja na aktywności związane z hazardem jest istotnym predyktorem wystąpienia problemowego hazardu w późniejszej dorosłości (Ogińska-Bulik, 2010), co czyni zbadanie powiązania loot boxów z hazardem bardzo ważnym zagadnieniem. Zapewne nikt z nas nie pozwoliłby swoim dzieciom na wycieczkę do kasyna, a gry zawierające mechanikę losowych skrzynek mogą mieć podobny wpływ na ludzką psychikę, podobnie jak hazard w swoim klasycznym ujęciu.

Fenomen loot boxów

Tradycyjne mikrotransakcje, czyli metody monetyzowania treści gier wideo opierają się na wydawaniu małych kwot prawdziwej waluty na kupowanie wirtualnych przedmiotów lub zdobywanie przewagi w grze. Techniki sprzedaży takich udogodnień są popularne już od wielu lat. Przykładowo w roku

2011 gra akcji Dynasty Warriors 7 oferowała możliwość zakupu ekskluzywnych broni za 0,99 do 1,99 dolara (Zendle, Meyer, Over, 2019). Natomiast gra Forge of Empires, w której rozwijamy swoją prehistoryczną osadę, a rdzeń rozgrywki oparty jest na oczekiwaniu, aż coś zostanie wybudowane czy wyprodukowane – zawierał możliwości przyspieszenia tych wszystkich akcji za niewielką opłatą. Gracze mają do dyspozycji możliwość kupienia nie tylko czystej przewagi w grze, ale także przedmiotów kosmetycznych, które pozwalają im się wyróżnić na tle innych. Początkowo taki sposób zarobku wykorzystywali głównie twórcy darmowych gier wideo – ze względu na to, że gracze dostawali grę za darmo, twórcy musieli znaleźć sposób na zarabianie na swoim produkcie. Ostatnimi laty coraz częściej jednak mamy do czynienia z mikropłatnościami w tzw. grach pełnopłatnych.

Oprócz kupowania pojedynczych przedmiotów w grach często możliwe jest kupowanie „sezonowych przepustek” (season pass), które gwarantują, że przez określony czas gracz będzie dostawał więcej nagród za swoje zaangażowanie w grę. W taki sposób twórcy mogą łatwo przywiązać gracza do swojego tytułu, ponieważ ten kupując taką przepustkę, musi później często grać (w celu zdobycia korzyści), by jego wydatek nie poszedł na marne. Dodatkowo często po tym, jak ten określony czas się skończy, to przedmioty, które można zdobyć w ramach przepustki sezonowej, już nigdy nie trafią do sprzedaży, a ich limitowana czasowo dostępność tym bardziej skłania graczy do zakupu przepustki. W powyższych przypadkach gracze zwykle dokładnie wiedzieli, co kupują za swoje pieniądze, ale w nowej formie – loot boxach – nigdy nie wiadomo, co gracz otrzyma. W niektórych grach należy najpierw za prawdziwe pieniądze kupić walutę *premium* (nie da się jej wymienić z powrotem na pieniądze) wewnątrz gry, by dopiero za jej pomocą kupować loot boxy. Powoduje to, że graczom zawsze zostanie trochę tej wewnątrzgrowej waluty, co później może mieć

wpływ na kupowanie większej liczby skrzynek. Poniżej zestawienie kilku innych skrzynek z gier:

- w grze League of Legends, by zdobyć skrzynkę razem z kluczem do niej, należy zapłacić niecałe 10 złotych, a zawiera ona głównie kosmetyczne skórki do postaci,
- w bijatyce pt. Brawlhalla za skrzynkę (nie wymaga klucza) trzeba zapłacić około 18 złotych i również zawierają one same zmiany kosmetyczne,
- w piłkarskiej grze FIFA21 skrzynki z zawodnikami do trybu Ultimate Team kosztują od 5 złotych do nawet ponad 100 złotych.

Kupując loot boxy, nigdy nie wiemy, czy wylosujemy przedmiot pożądany i wartościowy, na którym nam zależy lub który potem można odsprzedać na rynku gry za tysiące dolarów (we wspomnianej wcześniej grze CS:GO, jeden ze „skinów” do broni został sprzedany nawet za 400 tys. złotych), czy raczej wylosujemy coś nieatrakcyjnego i powszechnego. Bardzo często reguły takiego losowania nie są do końca znane i gracze nie wiedzą, jaka jest szansa na zdobycie pożądanego przez nich lub rynek gry przedmiotu. Niekiedy jednak otworzenie skrzynki jest darmowe, co najczęściej ma na celu skłonienie gracza, by zainwestował potem więcej w mikropłatności wewnątrz gry. Co więcej, takie darmowe loot boxy często nie posiadają tak atrakcyjnej oferty przedmiotów, jak ich odpłatne odpowiedniki. Dodatkowo możliwość zakupu lub zdobycia niektórych skrzynek jest limitowana czasowo, co ma zachęcać graczy do spędzania w grze więcej czasu lub też zainwestowania pieniędzy w loot boxy właśnie teraz, póki pożądana przez nas oferta jest wciąż dostępna.

Pomysły te okazały się niezwykle trafne, a skrzynki szybko ewoluowały z nieznanego graczom mechaniki, do świetnie zarabiającego sposobu monetyzacji treści. Analitycy szacują, że do roku 2022 zyski z tytułu sprzedaży loot boxów w branży gier sięgną aż 50 mld dolarów rocznie (Juniper Research, 2018). Taka popularność tej metody monetyzacji treści gier wideo, których odbiorcami bardzo często są również dzieci i adolescenci, budzi pewien niepokój. Zachowanie użytkowników korzystających z loot boxów polega na inwestowaniu pieniędzy, w celu zdobycia losowej nagrody, co budzi duże skojarzenia z uprawianiem hazardu.

Przegląd badań

Ze względu na to, że korzystanie z loot boxów stanowi nowe zagadnienie w nauce, jego specyfika nie została jeszcze dobrze przebadana. Badacze, którzy ostatnio postanowili zająć

się problematyką skrzynek w grach, również zdecydowali się łączyć je z aktywnością hazardową.

Zendle, Meyer i Over (2019) przeprowadzili badania sprawdzające motywację do zakupu skrzynek i powiązania pomiędzy problemowym hazardem a używaniem loot boxów u adolescentów. Zebrano wyniki od 1155 osób badanych w przedziale wiekowym 16-18 lat. Wyniki badań potwierdziły związek między wydawaniem pieniędzy na loot boxy a ryzykiem wystąpienia problematycznego hazardu. Najczęstszymi motywacjami do korzystania z mechaniki skrzynek była chęć zyskania przewagi i tworzenia kolekcji przedmiotów. Jednak gracze często też otwierali loot boxy dla zabawy, by poczuć ekscytację, czasami nawet opisując to jako doświadczenie hazardowe. Dodatkowo wykazano, że spośród wielu właściwości loot boxów, to obecność darmowych skrzynek lub skrzynek limitowanych czasowo najsilniej sprzyjały wydawaniu na loot boxy więcej pieniędzy i ryzyku wystąpienia problematycznego hazardu.

W innych badaniach Zendle (2019) postanowił sprawdzić wpływ usunięcia loot boxów z gry Heroes of the Storm na wydawanie pieniędzy przez graczy. Zbadano 112 graczy przed skasowaniem loot boxów i po ich usunięciu. Okazało się, że problemowi hazardziści zaczęli wydawać po tej zmianie znacząco mniej pieniędzy wewnątrz gry niż inne badane grupy graczy. Sugeruje to, że skrzynki w grach skłaniają graczy problemowych do wydawania większych sum pieniędzy na mikrotransakcje w ogóle.

Brooks i Clark (2019) badali związki między zaangażowaniem w grę, zaangażowaniem w skrzynki z łupami i ich skojarzeniami z hazardem. Kwestionariusze online wypełniły 144 osoby dorosłe za pośrednictwem MTurk (badanie 1) i 113 studentów (badanie 2). Badania wykazały, że ok. 90% badanych było zaangażowanych w otwieranie loot boxów, a blisko 50% deklaroowało, że wydaje na nie pieniądze. Autorzy badania zbadali ryzykowne korzystanie z loot boxów i dowiedli, że łączy się ono z problemowym hazardem, a także błędami poznawczymi charakterystycznymi dla hazardzistów. Sami gracze byli za to zgodni, że otwieranie loot boxów odzwierciedla dokonywanie zakładu i jest formą hazardu wewnątrz gier komputerowych (68,1% i 86,2%). Loot boxy badali także Li, Mills, Nower (2019). Badanie dotyczyło zależności między zakupami skrzynek z łupami a problematycznymi grammi wideo i nasileniem problemu związanego z hazardem. Dane samoopisowe zebrano od 618 dorosłych graczy wideo (M=27 lat, SD=8,9, 63,7% mężczyzn) za pośrednictwem ankiety internetowej. Wyniki badań pokazały, że prawie połowa badanych (44,2%) wydała

pieniądze na zakupy skrzynek z łupami w ciągu ostatniego roku. Nabywcy skrzynek z łupami częściej grali w gry wideo i korzystali z hazardu online. Zgłaszali także dłuższe sesje gier i gier hazardowych online oraz wykazywali wyższy poziom problematycznych gier wideo i trudności z hazardem, a także charakteryzowało ich większe poczucie dystresu w porównaniu z osobami, które nie kupowały skrzynek z łupami. Drummond, Sauer, Ferguson, Hall (2020) przedstawiają pierwsze badanie tych problemów w dużych przekrojowych próbach międzynarodowych z trzech krajów (Nowa Zelandia, Australia i Stany Zjednoczone). Próbę 1049 uczestników zrekrutowano za pośrednictwem usługi kierowania ankiet firmy Qualtrics. Wyniki ponownie wskazują na istotny związek pomiędzy sumą pieniędzy wydawanych w celu otworzenia skrzynek a ryzykiem problemowego hazardu. Dodatkowo wydatki na loot boxy pozytywnie korelowały

z ryzykownym korzystaniem ze skrzynek, a także zaburzeniem korzystania z gier internetowych.

Zróznicowana sytuacja prawna

Niektóre kraje (Wielka Brytania i Nowa Zelandia) uznały już, że skrzynki z losową zawartością nie wpisują się w definicję hazardu, a przykładowo Holandia nakazała twórcom ujawnienie zawartości skrzynek przed ich otwarciem (Bailey, Jason, 2018). Natomiast rząd Belgii jako pierwszy już w 2018 roku uznał mechanikę loot boxów za formę hazardu i zakazał takich praktyk w swoim kraju (Bailey, Jason, 2018). Takie działania skłoniły niektórych konstruktorów gier do ponownego przemyślenia metod monetyzowania treści w grach i dzięki temu z niektórych tytułów loot boxy zniknęły całkowicie lub pozostały wyłącznie w formie darmowej.

Należy zaznaczyć, że w Polsce, zgodnie z wiedzą autorów, nie podjęto jeszcze żadnych kroków prawnych, które uniemożliwiłyby dzieciom i młodzieży korzystanie z loot boxów.

Badania własne

Celem badania było scharakteryzowanie zjawiska korzystania z loot boxów przez graczy gier komputerowych, a także zbadanie zależności między wybranymi aspektami gry hazardowej i skłonnością do ryzyka a korzystaniem ze skrzynek. Dodatkowym celem badania było ustalenie różnic między zmiennymi socjodemograficznymi a korzystaniem z loot boxów oraz ustalenie sposobu postrzegania skrzynek przez grających w nie.

Badanie miało formę jednorazowej ankiety online, w której dominowały pytania zamknięte. Okres zbierania danych trwał od 4 czerwca do 15 października 2020 roku. Próbę badawczą stanowiły losowe osoby, które w swoim życiu korzystały z mechaniki loot boxów. Zebrano 153 ankiety, z czego 20 odrzucono ze względu na nieprawidłowe wypełnienie lub zadeklarowanie niekorzystania z mechaniki loot boxów.

Do przeprowadzenia badań skorzystano z poniższych narzędzi badawczych:

1. South Oaks Gambling Screen (SOGS) to 20-elementowy kwestionariusz oparty na

Tabela 1. Opis grupy badanej.

	T1 Cała grupa badana		T2 Płacący za loot boxy		T3 Niepłacący za loot boxy	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Płeć:						
Mężczyźni	117	87,97	54	98,18	63	80,77
Kobiety	16	12,03	1	1,82	15	19,23
Miejsce zamieszkania:						
Wieś	30	22,56	14	25,45	16	20,51
Miasto do 50 tys. mieszkańców	21	15,79	13	23,64	8	10,26
Miasto do 100 tys. mieszkańców	4	3,01	1	1,82	3	3,85
Miasto do 250 tys. mieszkańców	13	9,77	3	5,45	10	12,82
Miasto powyżej 250 tys. mieszkańców	65	48,87	24	43,64	41	52,56
Wykształcenie:						
Podstawowe	11	8,27	6	10,91	5	6,41
Gimnazjalne	34	25,56	18	32,73	16	20,51
Zasadnicze Zawodowe	2	1,50	1	1,82	1	1,28
Średnie	67	50,38	29	52,73	38	48,72
Wyższe	19	14,29	1	1,82	18	23,08
Status związku:						
Wolny	92	69,17	36	65,45	56	71,79
Zajęty	41	30,83	19	34,55	22	28,21
Sytuacja zawodowa:						
Uczę się	100	75,19	44	80,00	56	71,79
Bezrobotny	2	1,50	0	0	2	2,56
Pracujący	31	23,31	11	20,00	20	25,64
Emeryt	0	0	0	0	0	0

- kryteriach DSM-III dla patologicznego hazardu. Został stworzony przez Henry'ego Lesieur i Sheile Blume w roku 1992. Jest wykorzystywany do przesiewowych badań patologicznego hazardu.
2. Skala Myśli Związanych z Hazardem to polska adaptacja kwestionariusza GRCS – Gambling Related Cognitions Scale (Raylu i Oei, 2004; w polskiej adaptacji Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartzuk, Wiechetek, Chwaszcz, 2014). Zawiera 23 stwierdzenia, a zadaniem badanego jest określić, jak bardzo się z nimi zgadza (w siedmio-stopniowej skali 1 – zdecydowanie nie zgadzam się, 7 – zdecydowanie zgadzam się). (Wynik ogólny Alfa Cronbacha=0,91; Kontrola Predykcyjna Alfa Cronbacha=0,83; Niemożność przerwania gry Alfa Cronbacha=0,88).
 3. KRSiRI – Kwestionariusz Ryzyka Stymulacyjnego i Ryzyka Instrumentalnego Ryszarda Makarowskiego (2012) to narzędzie mierzące styl postrzegania i interpretowania zachowań ryzykownych. Kwestionariusz zawiera 7 pozycji i wyróżnia dwa style zachowań ryzykownych: stymulacyjny (Alfa Cronbacha=0,64) i instrumentalny (Alfa Cronbacha=0,48).
 4. Przetłumaczona i zaadaptowana ankieta dotycząca zaangażowania i przekonań odnośnie do loot boxów (Brooks i Clark, 2019). Zawiera 17 pytań i twierdzeń odnoszących się do korzystania z loot boxów i ich postrzegania.
 5. Przetłumaczony i zaadaptowany Risky Loot Boxes Index (Brooks i Clark, 2019) to kwestionariusz zawierający 5 pozycji i mierzący problematyczne korzystanie z loot boxów (Alfa Cronbacha=0,77).

6. Metryczka danych demograficznych obejmująca: płeć, wiek, wykształcenie, status związku, miejsce zamieszkania, sytuację zawodową.

W badaniu udział wzięły 133 osoby, w tym 16 kobiet i 117 mężczyzn (tabela 1.). Badani to osoby w wieku od 15 do 38 lat, którzy korzystali z mechaniki loot boxów. Najliczniej występującą grupą były osoby w wieku 18 lat – 21 osób, natomiast średni wiek badanych wynosił 20,55 lat. Najmniej liczną grupą pod względem miejsca zamieszkania były osoby z miast do 100 tys. mieszkańców – 3,01%, natomiast osoby z miast powyżej 250 tys. mieszkańców stanowią 48,87% i są najliczniejszą grupą. Większość badanych to osoby z wykształceniem średnim – 50,38%, następne pod względem wielkości grupy to osoby z wykształceniem gimnazjalnym – 25,56%, wyższym – 14,29%, podstawowym – 8,27% i zasadniczym zawodowym – 1,50%. W przypadku statusu związku tylko 30,83% badanych deklaroowało bycie w związku, reszta ankietowanych to osoby bez partnerów (69,17%). Zdecydowana większość badanych – 75,19%, to osoby wciąż się uczące, 23,31% to osoby pracujące, zaś tylko 1,50% badanych (czyli 2 osoby) zadeklarowało się jako osoby bezrobotne. W badaniu nie uczestniczył żaden emeryt.

Większość osób badanych (78 – 58,65%) nie zadeklarowała wydawania pieniędzy na loot boxy. Natomiast te, które to robiły, wydawały średnio ok. 50 zł miesięcznie. Gracz, który zadeklarował najwyższe miesięczne wydatki na loot boxy, wydawał na nie aż 787 złotych².

Wyniki badania

We wszystkich grupach wykryto istotną statystycznie korelację między ryzykownym korzystaniem z loot boxów (RLB) a patologicznym hazardem (SOGS) o kierunku dodatnim. W grupie osób płacących za loot boxy wystąpiła silna korelacja: $r=0,57$, a w pozostałych grupach jedynie przeciętna ($r=0,47$ i $r=0,31$).

We wszystkich grupach wykryto istotną statystycznie korelację między ryzykownym korzystaniem z loot boxów (RLB) a liczbą godzin spędzonych na ich zdobywaniu (LBZ_8)

Tabela 2. Statystyka wieku i wydatków związanych z loot boxami.

	Liczebność grupy	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Cała grupa badana	133				
Wiek:		20,55	15	38	3,71
Wydatki związane z loot boxami:		20,62	0	787,00	74,44
Płacący za loot boxy	55				
Wiek:		19,84	15	32	3,45
Wydatki związane z loot boxami:		49,87	1	787,00	109,82
Niepłacący za loot boxy	78				
Wiek:		21,05	15	38	3,82

Tabela 3. Myślę, że loot boxy są formą hazardu.

	Liczba	Odszetek
Zdecydowanie się nie zgadzam	9	6,77
Nie zgadzam się	14	10,53
Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	26	19,55
Zgadzam się	38	28,56
Zdecydowanie się zgadzam	46	34,59

o kierunku dodatnim. Zależność jest największa w grupie osób nieplacących za loot boxy (0,53).

Z tabeli 3. wynika, że większość badanych (63,15%) zgadza się lub zdecydowanie się zgadza, że loot boxy są formą hazardu. 19,55% ankietowanych nie ma zdania w tej kwestii, a 17,30% uważa, że nie zgadza lub zdecydowanie nie zgadza się, że są one formą hazardu. Dodatkowo korzystanie z loot boxów w wielu badaniach korelowało nie tylko ze wskaźnikami problemowego hazardu, ale także z problemowym graniem w gry wideo, co może oznaczać, że skrzynki w grach są połączeniem dwóch form nałogów behawioralnych.

Wnioski

Uważamy, że istnieje duże podobieństwo mechanizmów psychologicznych, które towarzyszą loot boxom i mechanizmów związanych z hazardem. Twórcy gier stosują procedury wzmacniania graczy o zmiennym stosunku. Wykorzystują mechanizm pułapki i inne mechanizmy zachęcające do kontynuowania wydatków. Nakłaniają do grania podczas sesji i przedstawiają oferty, które są trudne do zrozumienia pod względem zwrotu z inwestycji i rzeczywistej ceny. Stosują także tokenizację lub proponują wydatki z wykorzystaniem abstrakcyjnej formy lub konta, co potem utrudnia ocenę poniesionych wydatków.

Istotne jest to, że gracze mają możliwość ukrywania grania hazardowego i zabawy na osobności i mają bardzo wysoki poziom dostępu (słabe bariery strukturalne w zabawie). Również istotne są interakcje społeczne, które mogą wywoływać efekt konkurencji lub wzmocnienia, prowadzący do większych wydatków oraz powstawania myśli obsesyjnych.

Obecna sytuacja prawna w Polsce pozwala na umiejętne manipulowanie dziećmi i adolescentami przez firmy produkujące gry z loot boxami. Gdy gracz osiągnie 18 lat

będzie już miał wiele doświadczeń z hazardem ukrytym w skrzynkach z łupami. Przygotuje się do dorosłego hazardu. Dlatego najwyższy czas, żeby ograniczyć dostęp do tych gier.

Przypisy

- ¹ Skin lub skórka to kosmetyczna zmiana wyglądu gracza lub jego wyposażenia.
- ² Do analizy statystycznej zebranego materiału badawczego wykorzystano program Statistica 13. W celu przeprowadzenia analizy rzetelności skorzystano ze współczynnika Alfa Cronbacha. Do obliczenia korelacji między zmiennymi wykorzystano korelację rang Spearmana. Do analizy istotności różnic pomiędzy zmiennymi względem grup niezależnych wykorzystano test U Manna-Whitneya oraz test t-studenta.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013), „Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5(5th ed.)”, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Brooks G.A., Clark L. (2019), „Associations between loot box use, problematic gaming and gambling, and gambling-related cognitions”, *Addict Behav.* Sep;96:26-34. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.04.009. Epub 2019 Apr 16. PMID: 31030176.
- Corney R., Davis J. (2010), „The attractions and risks of internet gambling for women: a qualitative study”, *Journal of Gambling Studies*, 24, 121-139.
- Drummond A., Sauer J.D. (2018), „Video game loot boxes are psychologically akin to gambling”, *Nat Hum Behav* 2, 530-532, <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0360-1>
- Drummond A., Sauer J.D., Ferguson C.J., Hall L.C. (2020), „The relationship between problem gambling, excessive gaming, psychological distress and spending on loot boxes in Aotearoa New Zealand, Australia, and the United States—A cross-national survey”, *PLoS ONE* 15(3): e0230378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230378>.
- Griffiths M.D., Hayer T., Meyer G. (2009), „Problem gambling: A European perspective” (w: G. Meyer, T. Hayer i M.D. Griffiths (red.), „Problem gaming in Europe: Challenges, prevention, and interventions” (pp. xix-xxix), Springer, New York.
- King D., Delfabbro P., Griffiths M. (2011), „The convergence of gambling and digital media: Implications for gambling in young people”, *Journal of Gambling Studies*, 26, 175-187.
- Li W., Mills D., Nower L. (2019), „The relationship of loot box purchases to problem video gaming and problem gambling”, *Addictive Behaviors*. 2019;97:27-34. pmid:31129456.
- Ogińska-Bulik N. (2010), „Uzależnienie od czynności: mit czy rzeczywistość”, Diffin, Warszawa.
- Zendle D. (2019), „Problem gamblers spend less money when loot boxes are removed from a game: a before and after study of Heroes of the Storm”, *PeerJ*, 1-14. DOI: 10.7717/peerj.7700.
- Zendle D., Meyer R., Over H. (2019), „Adolescents and loot boxes: links with problem gambling and motivations for purchase”, *Royal Society Open Science*, 6: 190049.

Źródła internetowe

- https://www.juniperresearch.com/press/press-releases/loot-boxes-and-skins-gambling?utm_source=juniperpr&utm_campaign=dfsingamegambling18pr1&utm_medium=email [27.02.2020].
- <https://www.nytimes.com/2018/04/24/business/loot-boxes-video-games.html> [27.02.2021].

Testy przesiewowe wykonuje się w populacji generalnej bądź w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzenia. Dzięki ich wykorzystaniu możliwe jest postawienie wstępnego rozpoznania, wymagającego potwierdzenia z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych.

POLSKA ADAPTACJA I WALIDACJA DWÓCH TESTÓW PRZESIEWOWYCH ZABURZEŃ HAZARDOWYCH – KANADYJSKI INDEKS GIER HAZARDOWYCH (PGSI) ORAZ KWESTIONARIUSZ LIE/BET

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska, Janusz Sierosławski
Zakład Badań nad Alkohologizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

W publikacjach dotyczących hazardu do jego opisu używa się różnych terminów: hazard problemowy (*problem gambling*), kompulsywny/przymusowy (*compulsive gambling*), patologiczny (*pathological gambling*) i zaburzenia hazardowe (*gambling disorder*). Termin patologiczny hazard pojawia się w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) i jest klasyfikowany jako zaburzenie nawyków i kontroli impulsów wśród takich zaburzeń, jak kleptomania, piromania oraz innych niespecyficznych zaburzeń i nawyków (Pulford i współ., 2009).

ICD-10 definiuje go jako „częste, powtarzające się epizody uprawiania hazardu, które dominują w życiu człowieka, prowadzą do naruszania norm oraz zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych. Dotknięci tym zaburzeniem ryzykują utratę pracy, zaciągają pokaźne długi oraz kłamią i łamią prawo dla uzyskania pieniędzy lub uniknięcia spłacania długów. Opisują intensywny popęd do gry, nad którym trudno im zapanować, połączony z pochłonięciem przez myśli i wyobrażenia dotyczące czynności hazardowych oraz okoliczności, które im towarzyszą”. Wystąpienie dwóch lub więcej kryteriów w ciągu roku jest objawem patologicznego hazardu (Achab i współ., 2014).

Z kolei klasyfikacja diagnostyczna DSM-5 wyróżnia termin zaburzenia hazardowe, zaliczając je do zaburzeń dotyczących używania substancji i uzależnień behawioralnych. DSM-5 wyróżnia 9 kryteriów występowania zaburzeń hazardowych:

1. odczuwanie potrzeby grania z podnoszeniem stawek pieniędzy, w celu osiągnięcia oczekiwanego pobudzenia,
2. odczuwanie podenerwowania lub poirytowania przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania,
3. podejmowanie powtarzających się, nieskutecznych wysiłków, mających na celu ograniczenie, kontrolowanie lub zaprzestanie grania hazardowego,
4. częste myśli o przegranych i wygranych, jakie miały miejsce w przeszłości bądź też planowanie gry lub sposobów zdobycia pieniędzy na granie,
5. traktowanie gry jako sposobu na poprawienie złego samopoczucia,
6. podejmowanie prób „odegrania się” po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze,
7. okłamywanie kogokolwiek w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów grania,
8. sposób grania w gry hazardowe doprowadził do utraty lub narażenia na szwank ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.,
9. poszukiwanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej graniem (Stinchfield, 2002).

Dla postawienia diagnozy konieczne jest wystąpienie minimum 4 rodzajów zachowań w ciągu poprzedzających 12 miesięcy.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi zaczynają poszukiwać pomocy dopiero na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju uzależnienia (Potenza i współ., 2002). Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie poszukiwało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. W USA na podjęcie leczenia decyduje się niecałe 10% osób z zaburzeniami hazardowymi (Toneatto, Millar, 2004). Z kolei według badania przeprowadzonego w Ontario, w Kanadzie 18% osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny kiedykolwiek w życiu poszukiwało jakiejś formy leczenia. Częściej pomocy poszukują osoby, których problem hazardowy jest bardziej zaawansowany (Potenza i współ., 2002). Między wystąpieniem pierwszych objawów zaburzenia a podjęciem leczenia mija około pięciu lat (Evans, Delfabbro 2005). Również zdecydowanie rzadziej do leczenia zgłaszają się młodzi dorośli (Petry, 2005). Testy przesiewowe pozwalają na identyfikację osób zagrożonych występowaniem zaburzeń hazardowych. Ich celem jest wykrycie zaburzeń na wcześniejszym etapie rozwoju i umożliwienie podjęcia leczenia, co zapobiega wystąpieniu poważniejszych następstw choroby w przyszłości. Badania pokazują, że testy przesiewowe są skuteczną metodą identyfikacji i ograniczenia rozpowszechnienia problemu zaburzeń hazardowych (Fortune, Goodie, 2010). Jednak jedynie 7% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadzało testy przesiewowe w kierunku zagrożenia problemowym hazardem (Evans, Delfabbro, 2005).

Konieczność adaptacji testów wynika z ich pierwotnego opracowania w innym języku i kontekście kulturowym. Dokonuje się jej, jeśli istnieje potrzeba zastosowania narzędzia stworzonego i stosowanego w jednym kraju, w innym państwie lub obszarze kulturowym. Proces adaptacji polega na opracowaniu testu w taki sposób, aby mógł on być stosowany w kraju, w którym adaptacji

się dokonuje, zachowując swoje właściwości psychometryczne. Po dokonanej adaptacji dany test powinien mieć naturalne dla docelowego języka brzmienie i mieć porównywalną z oryginałem rzetelność i trafność.

Z kolei walidacja to proces ustalania stopnia odpowiedniości, trafności i celowości, pozwalający na określenie rzetelności pomiaru i dokładności narzędzia. Rezultatem walidacji jest wskazanie, że metoda badawcza, w tym przypadku wykorzystanie testów przesiewowych, jest odpowiednia do osiągnięcia założonego celu, to jest identyfikacji osób będących w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzeń hazardowych (Rajda, 2017).

Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych został opracowany do oceny rozpowszechnienia ryzyka występowania hazardu problemowego w populacji generalnej, między innymi po to, by dotrzeć do osób, których nie obejmują próby kliniczne i do osób z zaburzeniami hazardowymi, u których problem jest mniej rozwinięty.

Dotychczas w Polsce nie dokonano adaptacji i walidacji żadnego testu przesiewowego zaburzeń hazardowych. Mimo to test Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych był wykorzystywany w badaniach prowadzonych w populacji generalnej (CBOS, 2012, 2015). Celem tego artykułu jest adaptacja dwóch testów przesiewowych – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) i testu Lie/Bet oraz ocena ich właściwości psychometrycznych po ich przetłumaczeniu na język polski¹.

Metodologia badania

Testy przesiewowe

Do oceny wybrano dwa testy: Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych i kwestionariusz Lie/Bet (Lie/Bet). Testy oparte są na klasyfikacji diagnostycznej DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) rewizja DSM-IV, IV-TR. Jednak mimo opublikowania nowej edycji klasyfikacji diagnostycznej DSM-5 oraz uwspółcześnionych kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń hazardowych, nadal publikowane są prace wykorzystujące te testy przesiewowe. W literaturze brakuje publikacji wykorzystujących testy oparte na kryteriach diagnostycznych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health*

Problems). Wybrane testy spełniają funkcje, które stawia się narzędziom przesiewowym – są krótkie, łatwe do zrozumienia przez osoby o różnym poziomie intelektualnym i jednoznacznie sformułowane. Wybrane do adaptacji i walidacji testy przesiewowe zostały zaprojektowane do wykorzystania w różnych warunkach – przesiewu klinicznego i prowadzonego w populacji generalnej.

Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (*Canadian Problem Gambling Index*) został opracowany do oceny rozpowszechnienia ryzyka występowania hazardu problemowego w populacji generalnej, między innymi po to, by dotrzeć do osób, których nie obejmują próby kliniczne i do osób z zaburzeniami hazardowymi, u których problem jest mniej rozwinięty (Ferris, Wynne, 2001). Test składa się z 9 pytań odnoszących się do kontroli grania, środków przeznaczanych na grę, odgrywania się, pożyczania pieniędzy, stresu i niepokoju spowodowanego graniem, kłopotów finansowych i poczucia winy z powodu grania. Test CPGI charakteryzuje się wysoką czułością, wynoszącą 78% w porównaniu do diagnozy stawianej przez klinicystów (*clinical assessment interviews*) oraz 83% w porównaniu z kryteriami DSM-IV. Z kolei swoistość testu CPGI wynosiła 100% w porównaniu do diagnozy klinicznej (*clinical assessment interviews*) i kryteriów DSM-IV (Colasante i współ., 2013).

Prostym testem przesiewowym jest kwestionariusz Lie/Bet. Składa się jedynie z dwóch pytań, które zostały zaprojektowane na podstawie 10 kryteriów diagnostycznych patologicznego hazardu w klasyfikacji DSM-IV. W badaniach swoistość testu była na poziomie ponad 80%, natomiast czułość na poziomie 100% (Potenza i współ., 2002). Test Lie/Bet posiada również wysoką pozytywną i negatywną wartość predykcyjną. Z uwagi na swoją prostotę, a jednocześnie dobre parametry jest on rekomendowanym przez lekarzy testem do prowadzenia przesiewu w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (Achab i współ., 2014).

Proces adaptacji i walidacji testów przesiewowych

Adaptacja została dokonana zgodnie z wytycznymi wypracowanymi przez Beaton i współ., (2000) i obejmowała pięć etapów: 1) tłumaczenia testu przesiewowego z języka angielskiego na język polski (*forward-translation*) przez dwóch tłumaczy posługujących się oboma językami na poziomie native speaker; 2) syntezy obu tłumaczeń, pozwalającej przedyskutować i wyeliminować rozbieżności i wątpliwości tłumaczy; 3) tłumaczenia zwrotnego (*back-translation*) z języka polskiego na język angielski dokonanego przez dwóch

tłumaczy innych niż ci, którzy pracowali w fazie pierwszej; 4) oceny tłumaczeń przez zespół ekspertów oraz przygotowanie ostatecznej wersji kwestionariusza. Ocena tłumaczeń przez zespół ekspertów miała na celu, oprócz sprawdzenia jakości tłumaczenia, również jak najlepsze dostosowanie pytań, aby były zrozumiałe dla respondentów. Ostatnim etapem adaptacji było testowanie przetłumaczonego kwestionariusza w badaniach terenowych na grupie osób uprawiających hazard.

Badania terenowe prowadzili ankieterzy (n=13), będący jednocześnie terapeutami uzależnień, na co dzień zajmujący się leczeniem zaburzeń hazardowych.

Przyjęliśmy, że terapeuci, kończąc szkolenie certyfikacyjne, posługują się jednolitą metodologią stawiania diagnozy. Metody stawiania diagnozy wykorzystywane przez terapeutów zostały omówione na szkoleniu prowadzonym z lekarzem psychiatrą, a następnie wystandaryzowane. Dzięki temu ankieterzy, zadając serię pytań o granie w gry hazardowe, mogli oznaczyć w kwestionariuszu wynik diagnozy. Z uwagi na brak innych zaadaptowanych i zwalidowanych narzędzi przesiewowych zaburzeń hazardowych (brak tzw. złotego standardu) było to działanie pozwalające na odniesienie uzyskanych wyników w teście do zewnętrznej wartości referencyjnej.

Konieczność adaptacji testów wynika z ich pierwotnego opracowania w innym języku i kontekście kulturowym. Dokonuje się jej, jeśli istnieje potrzeba zastosowania narzędzia stworzonego i stosowanego w jednym kraju, w innym państwie lub obszarze kulturowym. Proces adaptacji polega na opracowaniu testu w taki sposób, aby mógł on być stosowany w kraju, w którym adaptacji się dokonuje, zachowując swoje właściwości psychometryczne.

Badania były prowadzone w województwie mazowieckim (Warszawa i okolice), kujawsko-pomorskim (Toruń i okolice) i świętokrzyskim (Starachowice i okolice). Na realizację badań terenowych uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej, działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (ref. 14/2016). Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne, respondenci nie uzyskiwali wynagrodzenia za udział w nim. Wszyscy uczestnicy otrzymali dokładną informację o badaniu, jego celach, finansowaniu, poufności danych oraz korzyściach i ryzyku związanym z uczestnictwem w nim. Ponieważ osoby grające w gry hazardowe (szczególnie osoby pozostające poza leczeniem) zaliczają się do trudno dostępnej grupy badanych, zrezygnowano z podpisywania formularza zgody przez respondentów na rzecz oświadczenia ankietera o zapoznaniu respondenta z informacją o badaniu i wyrażeniu ustnej zgody na udział w nim. Dodatkowo każdy z uczestników miał zapewnioną poufność dzięki przechowywaniu testów przesiewowych w kopertach.

Wyniki

Adaptacja językowa testów przesiewowych

Zdaniem badanych tłumaczenia testów w większości były zrozumiałe. Jednak zarówno respondenci, jak i ankieterzy zidentyfikowali pytania, których rozumienie narażało trudności.

Większość ankierów zadeklarowała, że badani nie mieli żadnych problemów z odpowiedzią na pytania testu Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych. Jeśli jednak były jakieś trudności, to były one związane z pytaniem dotyczącym doświadczanych problemów zdrowotnych w związku z graniem (pytanie 6: *Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy czuł/a Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało u Pana/Pani problemy ze zdrowiem, w tym stres i lęk?*). Respondenci nie wiązali występujących problemów ze zdrowiem z graniem.

Kolejnym pytaniem sprawiającym trudności było pytanie 7 (*Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy ludzie krytykowali Pana/Pani udział w grach hazardowych lub*

Tabela 1. Ładunki czynnikowe pozycji Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGI) uzyskane w eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizie czynnikowej.

Pozycje testowe	Ładunki czynnikowe	
	EFA	CFA
1. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy stawiając ryzykował/a Pan/Pani więcej niż w rzeczywistości mógł/a Pan/Pani sobie na to pozwolić?	0,60	0,65
2. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy musiał/a Pan/Pani stawiać wyższe sumy pieniędzy, żeby uzyskać taki sam poziom ekscytacji?	0,54	0,60
3. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy wracał/a Pan/Pani innego dnia, aby spróbować się odegrać?	0,63	0,71
4. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pożyczał/a Pan/Pani pieniądze lub sprzedawał/a coś, aby zdobyć pieniądze na granie w gry hazardowe?	0,59	0,61
5. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy odczuwał/a Pan/Pani, że granie może być Pana/Pani problemem?	0,60	0,65
6. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy czuł/a Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało u Pana/Pani problemy ze zdrowiem, w tym stres i lęk?	0,60	0,63
7. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy ludzie krytykowali Pana/Pani udział w grach hazardowych lub mówili Panu/Pani, że ma Pan/Pani problem z graniem bez względu na to, czy uważa Pan/Pani, że mieli rację czy nie?	0,51	0,59
8. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy czuł Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało problemy finansowe Pana/Pani lub osób, z którymi Pan/Pani mieszka?	0,71	0,77
9. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani poczucie winy z powodu sposobu, w jaki Pan/Pani gra lub w związku z tym, co dzieje się w związku z Pana/Pani graniem w gry hazardowe?	0,67	0,71

Tabela 2. Wyniki dla testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI).

Obszar pod krzywą ROC*	Błąd standardowy	Istotność asymptotyczna	Asymptotyczny 95% Przedział Ufności	
			Dolna granica	Górna granica
0,969	0,009	0,000	0,951	0,987

*Im wartość bliższa 1, tym większa precyzja testu.

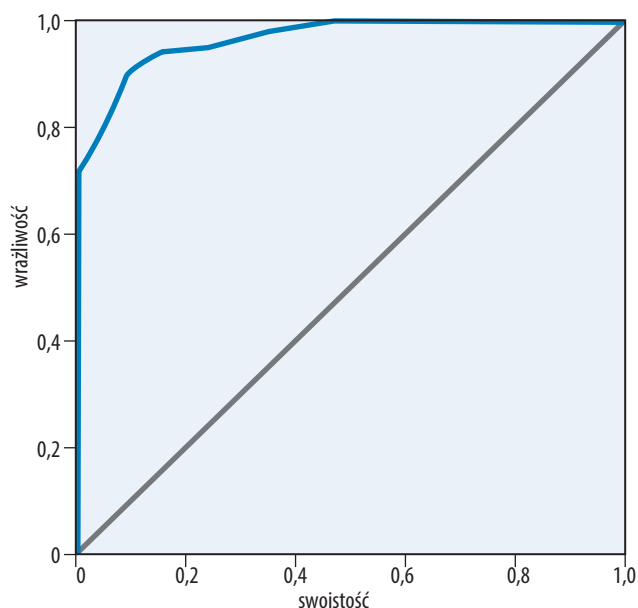
mówili Panu/Pani, że ma Pan/Pani problem z graniem bez względu na to, czy uważa Pan/Pani, że mieli rację czy nie?). W opinii respondentów jest ono zbyt rozbudowane. Zdarzało się, że aby je zrozumieć, musieli czytać je kolejny raz.

Problemy z interpretacją sformułowań odnosiły się do pytań 8 (*Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy czuł Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało problemy finansowe Pana/Pani lub osób, z którymi Pan/Pani mieszka?*) i 9 (*Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał/a Pan/Pani poczucie winy z powodu sposobu, w jaki Pan/Pani gra lub w związku z tym, co dzieje się w związku z Pana/Pani graniem w gry hazardowe?*). W pierwszym przypadku problemy dotyczyły interpretacji sformułowania *problemy finansowe*; respondenci nie kojarzyli go z pożyczkami u rodziców, a raczej z dużymi długami, brakiem środków na życie. W drugim, badani mieli problem z interpretacją określenia *poczucie winy* z powodu sposobu grania lub w związku z sytuacjami powiązanymi z graniem. Respondenci nie mieli problemu ze zrozumieniem pytań kwestionariusza Lie/Bet. Żaden z ankierów nie zgłosił do niego uwag.

Psychometryczne właściwości testu Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI)

Wyniki testu przesiewowego PGSI pokazują, że ponad połowa (51%, $n=153$) badanych to osoby, u których można było podejrzewać występowanie hazardu pro-

Wykres 1. Krzywa ROC testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI).



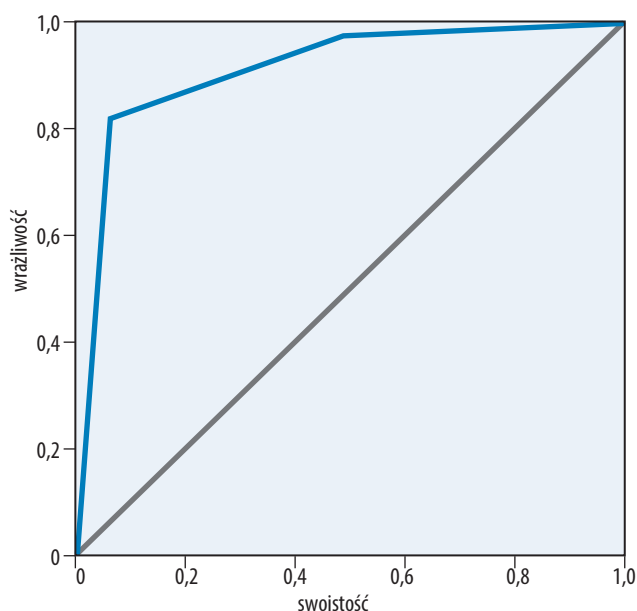
blemowego. Niecałe 10% ($n=27$) respondentów nie przejawiało żadnych problemów, u ponad 12% ($n=37$) odnotowano lekkie ich nasilenie, a u prawie 30% ($n=83$) – średnie nasilenie objawów hazardu problemowego. Test Kaisera-Mayera-Olkin (KMO) użyto do sprawdzenia adekwatności doboru próby. Jego wartość ($KMO=0,93$) oraz wskaźnik sferyczności Bartletta ($\chi^2=1538,7$; $df=8$; $p<0,001$) wskazywały na zasadność wykorzystania analizy czynnikowej w odniesieniu do zgromadzonych danych. Zarówno kryterium osypiska, jak i kryterium Kaisera wskazują na jeden czynnik tłumaczący łącznie 84% wariancji wyników. Ładunki czynnikowe wszystkich pozycji osiągają wartości powyżej 0,6. Także w analizie konfirmacyjnej model jednoczynnikowy (bez korelacji błędów pomiaru) osiągnął satysfakcjonujące parametry dopasowania

Tabela 3. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI).

Wynik testu równy lub wyższy niż:	Czułość	Swoistość
1	1,000	0,203
2	1,000	0,323
3	0,994	0,474
4	0,994	0,632
5	0,969	0,729
6	0,951	0,857
7	0,914	0,910
8	0,895	0,947
9	0,846	0,970
10	0,722	0,977
11	0,648	0,985
12	0,568	0,985
13	0,488	0,992
14	0,395	0,992
15	0,302	1,000
16	0,235	1,000
17	0,179	1,000
18	0,154	1,000
19	0,117	1,000
20	0,086	1,000
21	0,068	1,000
22	0,049	1,000
23	0,037	1,000
24	0,025	1,000
25	0,019	1,000
26	0,012	1,000

Tabela 4. Ładunki czynnikowe pozycji Lie/Bet uzyskane w eksploracyjnej analizie czynnikowej.

Pozycje testowe	Ładunki czynnikowe EFA
1. Czy kiedykolwiek musiał/a Pan/Pani okłamać osoby ważne dla Pana/Pani, co do tego, ile Pan/Pani gra w gry hazardowe?	0,85
2. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani potrzebę stawiania coraz większych kwot pieniędzy?	0,86

Wykres 2. Krzywa ROC dla testu przesiewowego Lie/Bet.

($\chi^2=138,31$; $df=27$; $p=0,001$; $CFI=0,89$; $TLI=0,81$; $RMSEA=0,36$ wraz z 90% CI [0,02; 0,14]; $SRMR=0,01$). Wyniki EFA i CFA przedstawia tabela 1.

W przypadku Kanadyjskiego Indeksu Gier Hazardowych standaryzowany współczynnik α Cronbacha wyniósł 0,837. Wartości współczynników α , jakie by uzyskano po wyeliminowaniu poszczególnych pozycji testu, nie wskazywały na konieczność usunięcia żadnego z nich, co oznacza, że spójność wewnętrzna testu jest zadowalająca. Krzywa ROC sugeruje bardzo wysoką moc predykcyjną testu. Obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu wynosi 0,969 (95% przedział ufności: 0,951-0,987).

Tabela 5. Wyniki dla testu przesiewowego Lie/Bet.

Obszar pod krzywą ROC*	Błąd standardowy	Istotność asymptotyczna	Asymptotyczny 95% Przedział Ufności	
			Dolna granica	Górna granica
0,907	0,018	0,000	0,870	0,943

* Im wartość bliższa 1, tym większa precyzja testu.

Wartość dla czułości i swoistości testu PGSI lokuje się odpowiednio na poziomie 0,914 i 0,910. Zestawienie tych wartości dla skumulowanych rozkładów punktów testu wskazuje na 7 punktów jako optymalną wartość graniczną. Oznacza to, iż uzyskanie w teście 7 lub więcej punktów wskazuje na hazard problemowy. Pozytywna wartość predykcyjna testu wynosi 0,925, natomiast negatywna 0,896.

Psychometryczne właściwości testu Lie/Bet

Test Lie/Bet składa się jedynie z dwóch pytań. Jego wyniki pokazują, że trzy czwarte (75%, $n=225$) badanych sklasyfikowano jako osoby wymagające dalszej, pogłębionej diagnozy u specjalisty (odpowiedziało twierdząco na minimum jedno pytanie).

Tabela 6. Zestawienie wartości czułości i swoistości testu przesiewowego Lie/Bet.

Wynik testu równy lub wyższy niż:	Czułość	Swoistość
1	0,969	0,511
2	0,815	0,932

Wartość testu Kaisera-Mayera-Olkina ($KMO=0,51$) oraz wskaźnik sferyczności Bartletta ($\chi^2=59,7$; $df=1$; $p<0,001$) wskazywały na zasadność wykorzystania analizy czynnikowej w odniesieniu do zgromadzonych danych. Zarówno kryterium ospyska, jak i kryterium Kaisera wskazują na jeden czynnik tłumaczący łącznie 71,5% wariancji wyników. Ładunki czynnikowe wszystkich pozycji osiągają wartości powyżej 0,8. Wyniki EFA przedstawia tabela 4.

Standaryzowany współczynnik α Cronbacha wyniósł 0,602. Na wykresie z krzywą ROC (wykres 2) widać wysoką moc predykcyjną testu. Obszar pod krzywą wyznaczoną dla testu jest bliski jedności i wynosi 0,907 (95% przedział ufności: 0,870-0,943).

Zestawienie wartości dla czułości (0,815) i swoistości (0,932) testu dla skumulowanych rozkładów punktów testu wskazuje na 2 punkty jako optymalną wartość

graniczną, co oznacza konieczność dokonania pogłębionej diagnozy u specjalisty. Pozytywna wartość predykcyjna wyniosła 0,936, a negatywna 0,805.

Podsumowanie

Testy przesiewowe wykonuje się w populacji generalnej bądź w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzenia. Dzięki ich wykorzystaniu możliwe jest postawienie wstępnego rozpoznania, wymagającego potwierdzenia z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych.

Wyniki walidacji dwóch testów przesiewowych pokazały różnice w interpretacji wyników w porównaniu do instrukcji zamieszczonych w wersjach oryginalnych. W przypadku testu Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych, według przeprowadzonej w ramach badania walidacji, do identyfikacji osób, które są w grupie ryzyka spełniania kryteriów diagnostycznych dla diagnozy problemowego hazardu, niezbędne jest minimum 7 punktów, natomiast według oryginalnej instrukcji jest to minimum 8 punktów. Instrukcja testu przesiewowego Lie/Bet zaleca pogłębienie diagnozy u specjalisty przy wystąpieniu minimum jednej odpowiedzi twierdzącej. Wyniki walidacji w warunkach polskich wskazują, że taka konsultacja wymagana jest dopiero przy dwóch odpowiedziach twierdzących.

Porównanie parametrów dwóch walidowanych testów przemawia za Kanadyjskim Indeks Gier Hazardowych. Pomiar tym testem odznacza się najwyższą czułością oraz swoistością. Wartości te są też najlepiej zbalansowane. Ponadto test PGSI jest krótki, nieskomplikowany, a przez to nie potrzeba wiele czasu na jego wypełnienie. Test CPGI może być stosowany zarówno w badaniach rozpowszechnienia zaburzeń hazardowych w populacji generalnej, jak również służyć do wstępnej diagnozy w grupach podwyższonego ryzyka.

Test Lie/Bet odznacza się nieco gorszymi parametrami psychometrycznymi, jednak jest zdecydowanie krótszy, co decyduje o łatwości użycia. Warto dodać, że chociaż większość parametrów tego testu jest najlepsza, to jednak różnice w porównaniu z testem PGSI są niewielkie. Warto więc rozważyć zastosowanie tego testu w warunkach, kiedy realizacja bardziej rozbudowanych testów jest utrudniona, np. podczas standardowej wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Przypisy

- ¹ Badania zostały sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.
- ² Johnson E.E., Hammer R., Nora R.M., Tan B., Eistenstein N. & Englehart C. (1988), „The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers”, *Psychological Reports*, 80, 83-88.

Bibliografia

- Achab S., Chatton A., Khan R., Thorens G., Penzenstadler L., Zulino D. i wsp., *Early Detection of Pathological Gambling: Betting on GPs' Beliefs and Attitudes*. *BioMed Res. Int.* 2014; doi:http://dx.doi.org/10.1155/2014/360585.
- Beaton D., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M., *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. *Spine*, 2000; 25, 3186-3191.
- CBOS. *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS, 2012.
- CBOS. *Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS, 2015.
- Colasante E., Gori M., Bastiani L., Siciliano V., Giordani P., Grassi M., i wsp., *An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI*. *J. of Gambl. Study*, 2013; 29(4), 765-74. doi: 10.1007/s10899-012-9331-z.
- Evans L., Delfabbro P.H., *Motivators for change and barriers to help-seeking*. *J. of Gambl. Study*, 2005; 21(2), 133-155.
- Ferris J., Wynne H., *The Canadian Problem Gambling Index user manual. Report to the Canadian inter-provincial task force on problem gambling*. Canada: The Canadian Centre on Substance Abuse, 2001.
- Fortune E., Goodie A., *Comparing the utility of a modified Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS) with the South Oaks Gambling Screen (SOGS) as a Research Screen in College Students*. *J. of Gambl. Study*, 2010; 26(4), 639-644.
- Petry N.M., *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment (1st ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
- Potenza M., Fiellin D., Heninger G., Rounsaville B., Mazure C., *Gambling. An Addictive Behavior with Health and Primary Care Implementations*. *J. of Gen. Int. Med.* 2002; 17(9), 721-32.
- Pulford J., Bellringer M., Abbott M., Clarke D., Hodgins D., Williams J., *Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not*. *J. of Gambl. Study*, 2009; 25(1), 19-32.
- Rajda A., *Proces walidacji metody pomiarowej jako przykład zastosowania statystycznej kontroli jakości z wykorzystaniem pakietu Statistica*. Strona internetowa: https://media.statsoft.pl/_old_dnn/downloads/proces_validacji_metody_pomiarowej.pdf, dostępne na dzień 11.12.2017; 2011.
- Stinchfield R.D., *Youth gambling: how big a problem?* *Psychiatr. Ann.* 2002; 32, 197-202.
- Toneatto T., Millar G., *Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends*. *Can. J. of Psychiatry*, 2004; 49(8), 517-25.

POLSKIE WERSJE ZAADAPTOWANYCH I ZWALIDOWANYCH TESTÓW PRZESIEWOWYCH

1. Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) (Ferris, Wynne 2001)

Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

1. stawiając, ryzykował/a Pan/Pani więcej, niż w rzeczywistości mógł/a Pan/Pani sobie na to pozwolić?

0	1	2	3
nigdy	czasem	w większości przypadków	prawie w każdym przypadku

2. musiał/a Pan/Pani stawiać wyższe sumy pieniędzy, żeby uzyskać taki sam poziom ekscytacji?

0	1	2	3
nigdy	czasem	w większości przypadków	prawie w każdym przypadku

3. wracał/a Pan/Pani innego dnia, aby spróbować się odegrać?

0	1	2	3
nigdy	czasem	w większości przypadków	prawie w każdym przypadku

4. pożyczał/a Pan/Pani pieniądze lub sprzedawał/a coś, aby zdobyć pieniądze na granie w gry hazardowe?

0	1	2	3
nigdy	czasem	w większości przypadków	prawie w każdym przypadku

5. odczuwał/a Pan/Pani, że granie może być Pana/Pani problemem?

0	1	2	3
nigdy	czasem	w większości przypadków	prawie w każdym przypadku

6. czuł/a Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało u Pana/Pani problemy ze zdrowiem, w tym stres i lęk?

0	1	2	3
nigdy	czasem	w większości przypadków	prawie w każdym przypadku

7. ludzie krytykowali Pana/Pani udział w grach hazardowych lub mówili Panu/Pani, że ma Pan/Pani problem z graniem bez względu na to, czy uważa Pan/Pani, że mieli rację czy nie?

0	1	2	3
nigdy	czasem	w większości przypadków	prawie w każdym przypadku

8. czuł Pan/Pani, że granie w gry hazardowe spowodowało problemy finansowe Pana/Pani lub osób, z którymi Pan/Pani mieszka?

0	1	2	3
nigdy	czasem	w większości przypadków	prawie w każdym przypadku

9. miał/a Pan/Pani poczucie winy z powodu sposobu, w jaki Pan/Pani gra lub w związku z tym, co dzieje się w związku z Pana/Pani graniem w gry hazardowe?

0	1	2	3
nigdy	czasem	w większości przypadków	prawie w każdym przypadku

Punktacja: 0 – nigdy, 1 – czasem, 2 – w większości przypadków, 3 – prawie w każdym przypadku

Interpretacja wyniku: Wynik 7 punktów lub powyżej może wskazywać na hazard problemowy.

2. Kwestionariusz Lie/Bet²

Czy kiedykolwiek musiał/a Pan/Pani okłamać osoby ważne dla Pana/Pani, co do tego, ile Pan/Pani gra w gry hazardowe?

Tak

Nie

Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani potrzebę stawiania coraz większych kwot pieniędzy?

Tak

Nie

Interpretacja: Jeśli udzielono odpowiedzi „tak” na oba pytania, potrzebna jest dalsza ocena. Należy skierować uczestnika przesiewu do ośrodka leczenia uzależnienia od hazardu bądź do lekarza psychiatry.

Zdecydowana większość (blisko 88%) objętych badaniami kobiet z zaburzeniami odżywiania wykazuje wysokie ryzyko uzależnienia od jedzenia. Posiadana masa ciała jest dodatnio skorelowana z kompulsywnym objadaniem się. Kobiety cierpiące na bulimię nie różnią się od kobiet z napadowym objadaniem się w zakresie nasilenia kompulsywnego objadania się, a tym samym stopniem ryzyka uzależnienia od jedzenia.

OSOBOWOŚCIOWE WYZNACZNIKI RYZYKA UZALEŻNIENIA OD JEDZENIA U KOBIET Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Nina Ogińska-Bulik

Zakład Psychologii Zdrowia

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Wprowadzenie

Współcześnie, oprócz uzależnienia od tradycyjnych środków psychoaktywnych, a więc uzależnienia od substancji (ang. *drug addiction, chemical dependency*), coraz częściej mamy do czynienia z uzależnieniem lub ryzykiem uzależnienia od czynności (ang. *action addiction, behavioral dependency*), jak np. od gier hazardowych czy komputerowych, internetu, pracy, seksu, zakupów czy jedzenia. Wprawdzie posługiwanie się określeniem *uzależnienie* w tym przypadku nie jest w pełni uzasadnione, gdyż termin ten nie został uwzględniony w obowiązujących klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych (poza patologicznym hazardem), niemniej jednak podobieństwo do objawów charakterystycznych dla uzależnień od substancji powoduje, że jest ono powszechnie stosowane. Jednym z rodzajów uzależnień od czynności, które w ostatnich latach budzi zainteresowanie zarówno badaczy, jak i praktyków, jest uzależnienie od jedzenia. Inne określenia wykorzystywane zamiennie z uzależnieniem od jedzenia to jedzenioholizm, nałogowe (kompulsywne, napadowe) objadanie się, szkodliwe (dysfunkcyjne) zachowania związane z jedzeniem czy zaburzenia związane z nałogowym jedzeniem.

Ogólnie uznaje się, że uzależnienie od jedzenia to rodzaj zaburzenia odżywiania, który polega na spożywaniu w niekontrolowany sposób dużej ilości pokarmu pomimo braku obiektywnego odczucia głodu. Istotą uzależnienia od jedzenia jest przede wszystkim nadmierne jedzenie o charakterze kompulsywnym

(napadowym), którego podstawę stanowi przymus i utrata kontroli nad czynnością jedzenia. Należy zwrócić uwagę, że jedzenie jest przedmiotem uzależnienia nie tyle jako substancja (nie występuje tu zespół abstynencyjny jak w narkomanii czy alkoholizmie), co raczej jako forma niekonstruktywnego zachowania się związanego z radzeniem sobie czy kompensowaniem niezaspokojonych potrzeb psychicznych jednostki.

Dla uzależnienia od jedzenia charakterystyczne jest silne pragnienie lub przymus jedzenia (kompulsja), trudności w kontrolowaniu zachowań jedzeniowych, w tym szczególnie ilości spożywanego pokarmu, konieczność zwiększania jego dawek, zaniedbywanie innych źródeł przyjemności, a także kontynuowanie zachowań pomimo wyraźnych negatywnych następstw (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018, Ogińska-Bulik, 2010a).

Pojawienie się nowej klasyfikacji, jaką jest DSM-5, nieco zmieniło spojrzenie na problem, jakim jest uzależnienie od jedzenia. Kryteria dotyczące uzależnień i nałogów zostały połączone i powstała nowa kategoria określana mianem „zaburzeń używania substancji i nałogów” (APA, 2013). Istotnego znaczenia nadano kategorii, jaką jest głód substancji oraz jej pragnienie. W odniesieniu do zaburzeń związanych z nałogowym jedzeniem zaproponowano następujące, prawdopodobne kryteria tego problemu (Adams i in., 2019, Meule, Gearhardt, 2014, por. także Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018, Ogińska-Bulik, 2019):

- spożywanie jedzenia w większych ilościach i dłużej niż planowano,

- uporczywe pragnienie jedzenia lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania spożywanego jedzenia,
- poświęcanie dużej ilości czasu na aktywności związane ze zdobywaniem pożywienia, jedzeniem i niwelowaniem skutków nadmiernego obżarstwa,
- głód lub silne pragnienie albo potrzeba nadmiernego jedzenia powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, szkole lub w domu^{1*},
- nadmierne objadanie się pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych, psychicznych i społecznych spowodowanych bądź pogłębionych przez objadanie się*,
- ograniczanie lub porzucanie z powodu nadmiernego jedzenia określonych produktów ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych*,
- nawracające objadanie się powodujące zaniedbywanie głównych obowiązków w pracy, szkole lub w domu,
- powracanie do objadania się w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa*,
- ujawnienie się tolerancji na określone produkty żywnościowe związane z potrzebą spożycia zwiększonej ilości jedzenia dla osiągnięcia pożądanego efektu.

O uzależnieniu od jedzenia można mówić, jeśli problematyczny wzorec jedzenia prowadzi do znacznych problemów klinicznych i nadmiernego stresu, przy czym objawy muszą wystąpić w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wskazuje się na różne natężenia tego wzorca: lekkie (2-3 objawy), umiarkowane (4-5 objawów) i ciężkie (6 i więcej).

Symptodem uzależnienia od jedzenia jest nie tylko objadanie się, ale także uporczywe myślenie o jedzeniu, przeżywanie emocji związanych z jedzeniem, porzucanie zainteresowań, zaniedbywanie innych czynności i relacji z otoczeniem. Zaabsorbowanie jedzeniem staje się ważną, integralną częścią życia wielu ludzi, które zostają podporządkowane inne sfery funkcjonowania. Zaabsorbowanie i koncentracja na czynności jedzenia są powiązane z jednoczesną utratą kontroli nad tym procesem. Zjawisko to odwołuje się więc do zaburzeń w zakresie kontroli impulsów. Uzależnienie od jedzenia może dotyczyć skłonności do niekontrolowanego objadania się w ogóle, ale także tendencji do wyboru określonych produktów, szczególnie obfitujących w tłuszcze i cukry proste, np. czekolady.

Rozpowszechnienie

Częstość występowania uzależnienia od jedzenia jest zróżnicowana i zależy m.in. od tego, kogo badamy (wskazuje się tu na różnice związane z wiekiem, płcią, masą ciała) i stosowanych narzędzi pomiaru. W badaniach prowadzonych na dużych populacjach (powyżej 50 tys. uczestników), wskaźniki te mieszczą się w przedziale 5,8-8,6% (Mason i in., 2013).

Z przeglądu badań dokonanego przez Imperatori i współpracowników (2016) z wykorzystaniem Yale Food Addiction Scale (YFAS) wynika, że odsetki osób uzależnionych od jedzenia są nieco bardziej zróżnicowane. Wśród studentów amerykańskich zanotowano 11,4% uzależnionych od jedzenia, w przypadku badań prowadzonych na ogólnych populacjach odsetek uzależnionych od jedzenia wynosił we Francji – 8,7%, w Niemczech – 8,8%. Nieco niższe wskaźniki zanotowano we Włoszech (1,7%) i Hiszpanii (2,7%), co może sugerować występowanie różnic międzykulturowych.

Zdecydowanie większe rozpowszechnienie zjawiska, jakim jest uzależnienie od jedzenia, obserwuje się w grupie osób z nadmierną masą ciała (nadwaga i otyłość) oraz z zaburzeniami odżywiania się. W tych przypadkach odsetki osób uzależnionych mieszczą się w przedziale 41-72%. Dla porównania, w badaniach Gearhardt i współpracowników (2012) rozpiętość wyników uzależnienia od jedzenia, mierzonych za pomocą Yale Food Addiction Scale, wynosiła od 4% wśród studentek z wagą w normie do 56,8% wśród kobiet z otyłością. Wyższe odsetki uzależnienia od jedzenia stwierdza się wśród kobiet niż u mężczyzn oraz u osób młodszych w porównaniu ze starszymi.

W polskiej próbie (badania własne, niepublikowane) odsetek kobiet uzależnionych od jedzenia (ocenianych za pomocą Yale Food Addiction Scale) wynosił ogółem 12,9%. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety zrzeszone w klubie Anonimowych Żarłoków (85,7%), natomiast wśród pozostałych kobiet objętych badaniami odsetek ten wynosił 2,3%.

Wyższe odsetki występują, kiedy wskazuje się na ryzyko uzależnienia od jedzenia. W badaniach własnych (Ogińska-Bulik, 2010a) przeprowadzonych wśród kobiet o różnej masie ciała wykazano, że rozpiętość wyników wskazujących na wysokie ryzyko uzależnienia od jedzenia (mierzone za pomocą Skali Zaabsorbowania Jedzeniem) wynosiła od 31,2% u kobiet z wagą w normie do 67,5% u kobiet charakteryzujących się nadwagą lub otyłością.

Czynniki ryzyka rozwoju uzależnienia od jedzenia

Jedzeniolożizm i inne zachowania kompulsywne (nałogowe) są efektem interakcji różnorodnych czynników, wśród których wymienia się czynniki biologiczne (neurobiologiczne, genetyczne), społeczne (społeczno-kulturowe, rodzinne) i psychologiczne, dotyczące przede wszystkim właściwości osobowości jednostki.

Wśród właściwości osobowości, które mogą sprzyjać uzależnieniu od jedzenia, wskazuje się na znaczenie pesymizmu życiowego, niskiego poczucia własnej wartości, wysokiego poziomu lęku, bezradności, zewnętrznego poczucia kontroli, skłonności do doświadczania negatywnego afektu, trudności w relacjach z innymi, podatności na stres oraz deficytów w zakresie radzenia sobie z doświadczanymi problemami (Ogińska-Bulik, 2010a, 2016). Istotną rolę zdaje się także odgrywać impulsywność oraz osobowość typu D.

Impulsywność jest rozumiana jako predyspozycja do nagłego, gwałtownego i nieplanowanego reagowania na wewnętrzne i zewnętrzne pobudki do działania bez zważania na negatywne konsekwencje tych reakcji, zarówno dla jednostki, jak i jej otoczenia (Poprawa, 2019). Impulsywność jest powiązana z podejmowaniem ryzyka, poszukiwaniem nowości, zuchwałością, podatnością na znudzenie, poszukiwaniem natychmiastowej gratyfikacji, szybkiej przyjemności, a także trudnościami w kontrolowaniu własnych impulsów. Jest to więc konstrukt złożony i wieloaspektowy, co oznacza, że różne osobowościowe ścieżki mogą prowadzić do impulsywnych zachowań. Prowadzone badania wykazały znaczenie impulsywności przede wszystkim w angażowaniu się w picie alkoholu (Poprawa, 2015, 2019). Dostępne – choć wciąż nieliczne – badania wskazują na dodatni związek między impulsywnością a zachowaniami jedzeniowymi i uzależnieniem od jedzenia. Adams i współpracownicy (2019) podkreślają, że impulsywność jest powiązana z wyborem gorszych produktów żywieniowych, zwiększoną konsumpcją przekąsek i produktów wysokotłuszczowych oraz sprzyja uzależnieniu od jedzenia oraz powstawaniu nadwagi i otyłości.

Badania przeprowadzone na studentach (Murphy i in., 2014) dostarczyły danych wskazujących na dodatni związek między impulsywnością, ujawnianą przede wszystkim w postaci irracjonalnych zachowań przejawianych w sytuacjach doświadczania negatywnego

nastroju oraz niskiej wytrwałości w dążeniu do celu, a objawami uzależnienia od jedzenia (mierzonego za pomocą Yale Food Addiction Scale) oraz wskaźnikiem masy ciała (BMI).

Dane uzyskane w grupie młodzieży potwierdzają, że tendencja do impulsywnego działania w sytuacjach stresowych oraz dysregulacja emocji są pozytywnymi predyktorami uzależnienia od jedzenia (Pivarunas, Conner, 2015). W badaniach osób z otyłością wykazano, że impulsywność jest mediatorem w relacji między zachowaniami jedzeniowymi a uzależnieniem od jedzenia (Hernandez i in., 2017). Wykazano również, że impulsywność była predyktorem nadmiernego jedzenia u szczurów (Velazquez-Sanchez i in., 2014). Można więc założyć, że osoby o porywczej osobowości są bardziej narażone na uzależnienie od jedzenia. Wymaga to jednak potwierdzenia w polskich badaniach.

Osobowość typu D obejmuje dwa główne wymiary, które są traktowane jako względnie stałe cechy osobowości, tj. negatywną emocjonalność oraz hamowanie społeczne (Denollet, 2005, Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009, Ogińska-Bulik, 2009). Wskaźnikami negatywnej emocjonalności są skłonności do doświadczania negatywnych emocji, takich jak wrogość, gniew, lęk czy irytacja, tendencje do zamartwiania się, pesymistyczny sposób patrzenia na świat, trudności w korzystaniu ze wsparcia społecznego, podatność na depresję, obniżone samopoczucie i niska satysfakcja z życia. Z kolei wskaźnikami hamowania społecznego są ograniczanie kontaktów społecznych, dystansowanie się wobec innych, powstrzymywanie się od okazywania emocji, zwłaszcza negatywnych. Należy podkreślić, że powstrzymywanie się od wyrażania emocji ma charakter świadomy i jest podejmowane głównie z obawy przed dezaprobatą i odrzuceniem przez innych. Osoby typu D są bardziej skłonne do angażowania się w zachowania niekorzystne dla zdrowia, takie jak picie alkoholu, zażywanie narkotyków, a także wykazują tendencje do angażowania się w zachowania nałogowe, takie jak internet, praca, jedzenie, zakupy czy hazard (Ogińska-Bulik, 2009, 2010b).

Cel i metoda badań

Podjęte badania miały na celu sprawdzenie, czy impulsywność oraz osobowość typu D wiążą się z ryzykiem uzależnienia od jedzenia. Objęto nimi grupę 65 kobiet z zaburzeniami odżywiania, tj. bulimią i zespołem gwał-

townego objadania się w wieku od 18. do 43. roku życia ($M=25,20$; $SD=5,90$)². Badane kobiety były pacjentkami kilku polskich ośrodków zajmujących się leczeniem zaburzeń odżywiania. Badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy, na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę odpowiedniej komisji bioetyki.

Większość badanych kobiet uzyskała diagnozę bulimii (66,2%), pozostałe (33,8%) diagnozę zespołu gwałtownego objadania się. Średni okres leczenia wynosił 1,92 lat ($SD=0,87$), a średni wskaźnik BMI 21,31 ($SD=6,96$). 40% badanych kobiet posiadało wykształcenie wyższe, pozostałe 60% średnie lub niższe. 60% badanych pozostało w związku, pozostałe 40% to kobiety stanu wolnego. W badaniach wykorzystano ankietę opracowaną na użytek badania, zawierającą pytania o wiek, stan cywilny, wykształcenie, rodzaj zaburzenia odżywiania, okres leczenia, wagę i wzrost oraz trzy standardowe narzędzia pomiaru, tj. Skalę Zaabsorbowania Jedzeniem, skróconą wersję Skali Impulsywnego Zachowania oraz Skalę do pomiaru Osobowości typu D.

Skala Zaabsorbowania Jedzeniem (SZJ), opracowana przez Ogińską-Bulik (2010a, 2016), składa się z 18 stwierdzeń dotyczących kompulsywnego objadania się. Mierzy trzy czynniki: zaabsorbowanie i koncentrację na czynności jedzenia, jedzenie w celu dostarczenia sobie przyjemności i poprawy nastroju oraz poczucie przymusu jedzenia i utraty kontroli nad jedzeniem.

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe uwzględnionych w badaniu zmiennych.

Zmienne	M	SD
Kompulsywne objadanie się:		
ogółem	64,05	15,25
zaabsorbowanie i koncentracja na jedzeniu	24,01	5,66
dostarczanie sobie przyjemności i poprawa nastroju	19,94	5,33
przymus i utrata kontroli nad jedzeniem	20,27	6,29
Impulsywność:		
negatywna popędliwość	10,18	2,17
brak przezorności	8,91	2,93
brak wytrwałości	8,63	2,83
poszukiwanie doznań	10,66	1,98
pozytywna popędliwość	9,86	3,31
Osobowość typu D:		
negatywna emocjonalność	18,61	6,64
hamowanie społeczne	15,46	4,88

M – średnia, SD – odchylenie standardowe.

Wyniki powyżej 48 punktów świadczą o wysokim ryzyku uzależnienia od jedzenia, 40-48 punktów oznacza przeciętny poziom ryzyka, a poniżej 40 punktów ryzyko określa się jako niskie. Narzędzie uzyskało wysoką rzetelność i trafność.

Skrócona wersja Skali Impulsywnego Zachowania (SUP-PS-P) została opracowana przez Poprawę (2019). Składa się z 20 pozycji i mierzy impulsywność przejawiającą się w pięciu aspektach, obejmujących negatywną i pozytywną popędliwość, brak przezorności, brak wytrwałości oraz poszukiwanie doznań. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne.

Skala do pomiaru Osobowości typu D – DS14 jest polską adaptacją skali DS-14, opracowanej przez Denolleta, przeprowadzoną przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (Juczyński, Ogińska-Bulik, Denollet, 2009). Skala służy do oceny negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego. Dla każdej z podskal wyniki oblicza się oddzielnie. Skala DS-14 charakteryzuje się wysoką rzetelnością i trafnością.

Wyniki badań³

W tabeli 1. przedstawiono średnie wartości oraz odchylenia standardowe uwzględnionych w badaniu zmiennych uzyskane w grupie kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Uzyskany przez badane kobiety z zaburzeniami odżywiania średni wynik w zakresie analizowanych zachowań jedzeniowych jest wysoki. Jest on znacząco wyższy niż rezultat otrzymany w badaniach normalizacyjnych (Ogińska-Bulik, 2010a). Wyniki w zakresie impulsywności nie odbiegają w sposób znaczący od danych uzyskanych przez Poprawę (2019). Wyniki obydwu wymiarów składających się na osobowość typu D należy uznać za wysokie. Są one znacząco wyższe niż rezultaty uzyskane w badaniach normalizacyjnych (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009; Ogińska-Bulik, 2009). Bardziej szczegółowa analiza wskazuje, że aż 58 kobiet, co stanowi 89,2% ogółu badanych, ujawnia osobowość typu D.

Tabela 2. Przynależność badanych kobiet do grup ryzyka uzależnienia od jedzenia.

Ryzyko uzależnienia od jedzenia	Wartość diagnostyczna	Liczba	Odsetek
niskie	<40 pkt	4	6,2
średnie	40-48 pkt	4	6,2
wysokie	>48 pkt	57	87,7

W tabeli 2. przedstawiono liczebności i odsetki kobiet, które reprezentują niskie, średnie i wysokie ryzyko uzależnienia od jedzenia.

Zdecydowana większość, czyli blisko 88% badanych kobiet mieści się w grupie osób o wysokim ryzyku uzależnienia od jedzenia. Nie jest to wynik zaskakujący, gdyż uczestniczkami badań były osoby zmagające się z bulimią i napadowym objadaniem się.

Uwzględnione w badaniu zmienne, takie jak wiek, wykształcenie, stan cywilny, rodzaj zaburzeń odżywiania (bulimia, zespół napadowego objadania się) oraz okres leczenia nie wiążą się z nasileniem kompulsywnego objadania się. Natomiast wyliczony wskaźnik BMI okazał się dodatnio powiązany z nasileniem prezentowanych zachowań jedzeniowych ($r=0,48$, $p<0,001$).

W kolejnym kroku analizy wyników badań sprawdzono, czy wskaźniki impulsywności oraz wymiary osobowości typu D wiążą się z nasileniem prezentowanych zachowań jedzeniowych, stanowiących podstawę oceny ryzyka uzależnienia od jedzenia (tabela 3.), a następnie za pomocą analizy regresji ustalono, które ze wskaźników impulsywności i osobowości typu D pełnią rolę wyznaczników ryzyka uzależnienia od jedzenia (tabela 4).

Tabela 3. Współczynniki korelacji między impulsywnością i wymiarami osobowości typu D a ryzykiem uzależnienia od jedzenia.

Zmienne objaśniające	Ryzyko uzależnienia od jedzenia	
	r Pearsona	p<
Impulsywność:		
negatywna popędliwość	0,14	0,13
brak przezorności	0,21*	0,05
brak wytrwałości	0,13	0,15
poszukiwanie doznań	0,17	0,09
pozytywna popędliwość	0,28*	0,01
Osobowość typu D:		
negatywna emocjonalność	0,44***	0,001
hamowanie społeczne	0,20*	0,05

*** $p<0,001$, ** $p<0,01$, * $p<0,05$.

Tabela 4. Wyznaczniki ryzyka uzależnienia od jedzenia.

Wyznaczniki	Beta	R-kwadrat
Negatywna emocjonalność	0,47	0,20
Pozytywna popędliwość	0,32	0,09

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 3. obydwa wymiary osobowości typu D wiążą się z ryzykiem uzależnienia od jedzenia. Są to korelacje dodatnie, co oznacza, że im większa skłonność do doświadczania negatywnych emocji, powstrzymywania się od ich wyrażania oraz dystansowania się od innych, tym większa tendencja do kompulsywnego objadania się, a co za tym idzie tym większe ryzyko uzależnienia od jedzenia.

Z tendencją do kompulsywnego objadania się dodatkowo wiążą się dwa aspekty impulsywności, tj. brak przezorności oraz pozytywna popędliwość. Oznacza to, że im większy brak przezorności przejawia jednostka oraz im bardziej jest ona skłonna do impulsywnego (nierozważnego) zachowania w sytuacjach doświadczania silnych pozytywnych emocji, tym większe jest ryzyko uzależnienia od jedzenia.

Wyznacznikami ryzyka uzależnienia od jedzenia okazały się dwie zmienne, które łącznie wyjaśniają 29% wariancji zmiennej zależnej. Większy udział ma negatywna emocjonalność, wyjaśniając 20% wariancji, w porównaniu do pozytywnej popędliwości (9%). Tendencja do doświadczania negatywnych emocji oraz pozytywna popędliwość, oznaczająca skłonność jednostki do impulsywnego zachowania w sytuacjach doświadczania silnych emocji pozytywnych, zdają się zwiększać ryzyko wystąpienia uzależnienia od jedzenia.

Podsumowanie

Zdecydowana większość (blisko 88%) objętych badaniami kobiet z zaburzeniami odżywiania wykazuje wysokie ryzyko uzależnienia od jedzenia. Posiadana masa ciała jest dodatnio skorelowana z kompulsywnym objadaniem się. Kobiety cierpiące na bulimię nie różnią się od kobiet z napadowym objadaniem się w zakresie nasilenia kompulsywnego objadania się, a tym samym stopniem ryzyka uzależnienia od jedzenia. Czynniki, które nie różnicują tego typu zachowań są także wiek, wykształcenie, stan cywilny oraz okres leczenia.

Wybrane aspekty osobowości okazały się częściowo powiązane z ryzykiem uzależnienia od jedzenia. Obydwa wymiary osobowości typu D są dodatnio skorelowane z nasileniem kompulsywnego objadania się, ale wyższe współczynniki korelacji zanotowano dla negatywnej emocjonalności. Z kolei wśród uwzględnionych pięciu aspektów impulsywności, jedynie dwa, tj. brak przezorności oraz pozytywna popędliwość okazały się dodatnio

powiązane z kompulsywnym objadaniem się. Przeprowadzona analiza regresji potwierdziła znaczenie przede wszystkim negatywnej emocjonalności jako czynnika zwiększającego ryzyko uzależnienia od jedzenia. Wskazuje to, że osoby, które doświadczają wielu negatywnych emocji, próbują radzić sobie z tymi emocjami poprzez „ucieczkę w jedzenie”, co wyraża się w tendencji do kompulsywnego objadania się.

Uzyskane wyniki są zgodne z teoriami wyjaśniającymi związek między emocjami a jedzeniem. Jedną z nich jest teoria hipotezy maskującej, która podkreśla, iż źródłem nadmiernego objadania się jest doświadczanie negatywnego afektu i spadek nastroju (Czepczor, Brytek-Matera, 2017; Ogden, 2011). W warunkach napięcia emocjonalnego, jak podkreślają Baumeister i współpracownicy (2000), zwiększa się prawdopodobieństwo załamania się procesu samoregulacji, co z kolei prowadzi do ograniczenia kontroli nad własnymi zachowaniami jedzeniowymi, sprzyjając objadaniu się.

Otrzymane wyniki wskazują, że także impulsywność, ujawniana przede wszystkim w postaci pozytywnej popędliwości, a także braku przezorności, może również zwiększać ryzyko uzależnienia od jedzenia, choć w nieco mniejszym stopniu niż negatywna emocjonalność. Uzyskane wyniki badań nie potwierdziły znaczenia innych aspektów impulsywności w rozwoju uzależnienia od jedzenia, takich jak negatywna popędliwość, brak wytrwałości czy poszukiwanie doznań. Można więc pokusić się o twierdzenie, że impulsywność, której znaczenie wykazano w odniesieniu do uzależnień od substancji, a zwłaszcza od alkoholu (Poprawa, 2015), odgrywa mniejszą rolę w przypadku uzależnień behawioralnych, ale teza ta wymagałaby potwierdzenia w innych badaniach. Należy wyraźnie podkreślić, że w powstawaniu uzależnienia (zarówno od substancji, jak i czynności) osobowość odgrywa istotną rolę, lecz na ogół w połączeniu z innymi czynnikami, zarówno psychologicznymi (wśród których wymienia się m.in. doświadczanie stresu i podejmowane sposoby radzenia sobie), a także z czynnikami neurofizjologicznymi i społeczno-kulturowymi. Należy również zwrócić uwagę, że pewne cechy osobowości mogą być skutkiem rozwoju uzależnień.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Miały one charakter przekrojowy. Przeprowadzono je na stosunkowo małej grupie osób, ograniczonej do kobiet z zaburzeniami odżywiania. W analizie regresji nie uwzględniono zmiennej w postaci wskaźnika BMI, a jest

on powiązany z nasileniem kompulsywnego objadania się. Jednakże posiadana masa ciała może być traktowana zarówno w kategoriach przyczyn uzależnienia od jedzenia, jak i jako skutek występującego już jedzenioloizmu.

W kolejnych badaniach warto byłoby uwzględnić osoby z nadwagą/otyłością i innymi zaburzeniami odżywiania, z włączeniem grupy mężczyzn. Warto byłoby również uwzględnić inne zmienne osobowościowe, w tym np. optymizm życiowy, poczucie własnej wartości czy skuteczności.

Uzyskane wyniki mogą mieć istotne znaczenie dla praktyki, wskazując na potrzebę uwzględnienia właściwości osobowości w programach profilaktycznych, mających na celu zapobieganie rozpowszechnieniu zachowań nałogowych, jak i w terapii osób uzależnionych od czynności, w tym od jedzenia. Takie oddziaływania powinny uwzględniać zwiększenie kontroli nad własną impulsywnością, a także modyfikację osobowości typu D, w tym uczenie się regulowania własnych emocji i ich wyrażania, a także nabywanie umiejętności radzenia sobie ze stresem. Modyfikacja typu D wydaje się ważna, gdyż ten typ osobowości wiąże się z tendencją do depresji, która również może skłaniać do „ucieczki” w uzależnienia, w tym od jedzenia. Ma to szczególne znaczenie w okresie pandemii COVID-19, w którym notuje się wzrastające wskaźniki depresji.

Przypisy

- ¹ Symbolem * oznaczono nowe kryteria wprowadzone przez DSM-5.
- ² Badania zostały przeprowadzone w ramach seminarium magisterskiego.
- ³ Wyniki przeprowadzonych badań zostały zaprezentowane na VIII Międzynarodowej Konferencji „Patologiczny hazard i inne uzależnienia behawioralne”, Warszawa, 23-24 listopada 2020 roku.

Bibliografia

- Adams R.C., Sedgmond J., Maizey L., Chambers C.D., Lawrence N. (2019), „Food addiction: Implications for the diagnosis and treatment overeating”, *Nutrients*, 11(9), doi: 10.3390/nu11092086.
- APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC.
- Baumeister R.F., Heatherton T.F., Tice D. M. (2000), „Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji”, Wyd. PARPA, Warszawa.
- Czepczor K., Brytek-Matera A. (2017), „Jedzenie pod wpływem emocji”, Wyd. Difin, Warszawa.
- Denollet J. (2005), „DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D Personality”, *Psychosomatics*, 67, 89-97.
- Gearhardt A.N., Corbin W.R., Brownell K.D. (2012), *Yale Food Addiction Scale (YFAS)*.

Measurement instrument database for the social science, www.midss.ie
Grzegorzewska I., Cierpiąłkowska L. (2018), „Uzależnienia behawioralne”, PWN, Warszawa.

Hernandez J., Cervoni C., Hymowitz G. (2017), „The effects of impulsivity on food addiction and eating behaviors in a bariatric sample”, *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(10), doi.org/10.1016/j.soard.2017.09.204.

Imperatori C., Fabbriatore M., Vumbaca V., Innamorati M., Contardi A., Farina B. (2016), „Food Addiction: definition, measurement and prevalence in healthy subjects and in patients with eating disorders”, *Rivista di Psichiatria*, 51(2), 60-65; doi: 10.1708/2246.24196.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), „Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem”, Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.

Mason S.M., Flint A.J., Field A.E., Austin S.B., Rich-Edwards J.W. (2013), „Abuse victimization in childhood or adolescence and risk of food addiction in adult women”, *Obesity*, 21(12), E775-E781.

Meule A., Gearhardt A.N. (2014), „Food addiction in the light of DSM-5”, *Nutrients*, 6(9), 3653-3671.

Murphy C.M., Stojek M.K., MacKillop J. (2014), „Interrelationship among personality traits, food addiction, and Body Mass Index”, *Appetite*, 73 45-50; doi: 10.1016/j.appet.2013.10.008.

Ogden J. (2011), „Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych nawyków żywieniowych”, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Ogińska-Bulik N. (2009), „Osobowość typu D – teoria i badania”, Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź.

Ogińska-Bulik N. (2010a), „Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość”, Wyd. Difin, Warszawa.

Ogińska-Bulik N. (2010b), „Osobowość typu D a ryzyko uzależnień od czynności”, *Psychiatria*, 7(1), 11-24.

Ogińska-Bulik N. (2016), „Wiem, co jem? Psychologia nadmiernego jedzenia i odchudzania się”, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

Ogińska-Bulik N. (2019), „Uzależnienie od jedzenia – znaczenie doświadczania traumy”, *Świat Problemów*, 2, 22-25.

Pivarunas B., Conner B.T. (2015), „Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction”, *Eating Behaviors*, 19, 9-14; doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.06.007.

Poprawa R. (2015), „Skazani na problemy. W poszukiwaniu osobowościowych uwarunkowań angażowania się mężczyzn w picie alkoholu”, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa.

Poprawa R. (2019), „Badania nad polską skróconą wersją Skali Impulsywnego Zachowania się UPPS-P”, *Alkoholizm i Narkomania*, 32(1), 35-62; <https://doi.org/10.5114/ain.2019.85767>.

Velazquez-Sanchez C., Ferragud A., Moore C.F., Everitt B.J., Sabino V., Cottone P. (2014), „High trait impulsivity predicts food addiction-like behavior in the rat”, *Neuropsychopharmacology*, 39, 2463-2472.

Uzyskane wyniki badania pokazały, że pozytywne strategie zaradcze kształtujące jakość życia w pierwszym miesiącu pandemii stały się „nieużyteczne” w poprawie jakości życia w kolejnych miesiącach trwania obostrzeń i izolacji społecznej. Zaczęło wzrastać znaczenie strategii nieadaptacyjnych, które wiązały się z narastającą bezradnością, takich jak obwinianie siebie, zaprzestanie działań czy używanie substancji psychoaktywnych.

JAKOŚĆ ŻYCIA W DYNAMICE PANDEMII COVID-19 I JEJ KORELATY. BADANIA PODŁUŻNE OSÓB KORZYSTAJĄCYCH ZE WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

Joanna Chwaszcz, Michał Wiechetek, Patrycja Sławska-Jaroszewska
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Czas pandemii wyznaczył na całym świecie nowe wzorce przystosowania. Eksperci z ONZ wyjaśniają, że w czasie pandemii COVID-19 wiele osób doświadcza uczucia niepokoju, który jest spowodowany izolacją społeczną, obawą przed zakażeniem, a także utratą członków rodziny. Jednocześnie ogromna liczba osób straciła lub jest zagrożona utratą pracy, a co za tym idzie – źródeł utrzymania. Poza tym rozpowszechniane są fałszywe informacje o koronawirusie, które dodatkowo budzą niepewność co do przyszłości. W raporcie ONZ

dotyczącym związku COVID-19 ze zdrowiem psychicznym zwrócono uwagę na to, że ludzie mogą sięgać po różne szkodliwe dla zdrowia psychicznego metody radzenia sobie ze stresorami. W psychiatrii pojawiło się określenie „pandemiczne ostre zaburzenie stresowe” (Heitzman, 2020). Najbardziej typową i powszechną cechą obrazu klinicznego pandemicznego ostrego zaburzenia stresowego jest przedłużona reakcja lękowa i niemożność oderwania się od stałego przeżywania traumy. Obserwuje się przedłużone utrzymywanie się

strachu i poczucia bezradności, a wobec niemożności ucieczki – w skrajnych przypadkach stany paniki, rozpacz i poczucie beznadziei. Klasyfikowane objawy w pandemicznym ostrym zaburzeniu stresowym mieszczą się w poszczególnych kategoriach natręctw, obniżonego nastroju, objawów dysocjacyjnych, objawów unikania i nadmiernej pobudliwości. Skutki psychologiczne związane z życiem w sytuacji pandemii dotyczą, w różnym stopniu, całe współczesne społeczeństwa. Miara, która określa funkcjonowanie osób w sytuacji pandemii poprzez samoocenę, jest poczucie jakości życia (Post, 2014). Jest ono miarą zarówno osobistego przystosowania, jak i zadowoleniem ze swojego życia w określonych warunkach (strukturalnie i funkcjonalnie). Na tak rozumiane poczucie jakości życia ma wpływ wiele czynników, między innymi: relacje interpersonalne, środowisko życiowe, stan psychofizyczny, radzenie sobie z sytuacjami trudnymi oraz zasoby (Pukeliene i Starkauskienė, 2011; Ventegodt i in., 2008). Liczne badania wskazują na to, że aktywne radzenie sobie ze stresem, korzystanie ze wsparcia społecznego sprzyjają wyższemu poziomowi odczuwanego dobrostanu niż przy stosowaniu strategii skoncentrowanych na emocjach (takich jak: działania instynktowne, agresywne, unikanie), które to współwystępują z doświadczaniem niższego poziomu poczucia jakości życia (Baumstarck i in., 2018; Saxon i in., 2017; Skowroński i Talik, 2018). Wybór strategii zaradczych zależy nie tylko od cech indywidualnych i posiadanych zasobów, ale także determinowany jest przez dostępność zasobów w środowisku możliwych do pozyskania. Według S. Hobfolla posiadane zasoby i ich wzrost wiążą się z wyższą jakością życia, zaś utrata z niższą. Osoby zdolne do tworzenia, gromadzenia i utrzymywania zasobów, rzadziej je tracą, a tym samym doświadczają poczucia sukcesu i zysku, co przekłada się na zadowolenie z życia (Hobfoll, 2006; Skowroński i Talik, 2018; Zhou i Lin, 2016). Według Conservation of Resources (COR) Theory S. Hobfolla dystrybucja zasobów odbywa

W raporcie ONZ dotyczącym związku COVID-19 ze zdrowiem psychicznym zwrócono uwagę na to, że ludzie mogą sięgać po różne szkodliwe dla zdrowia psychicznego metody radzenia sobie ze stresorami. W psychiatrii pojawiło się określenie „pandemiczne ostre zaburzenie stresowe”. Najbardziej typową cechą tego zaburzenia jest przedłużona reakcja lękowa i nieemożność oderwania się od stałego przeżywania traumy.

się według dwóch zasad. Pierwsza z nich mówi o tym, że utrata zasobów jest nieporównywalnie bardziej odczuwalna od zysku (Hobfoll, 1998, s. 62). Oznacza to, iż ludzie tracąc posiadane dotychczas zasoby, doświadczają stresu bardziej intensywnie i dynamicznie niż podczas ich pozyskiwania. Tym samym przejawia się tendencja do większego zaangażowania w sytuacje, w których celem jest ochrona posiadanych już dóbr niż zdobywanie nowych. Druga zasada wskazuje, że ludzie inwestują zasoby po to, aby zapobiegać ich utracie, rekompensować straty oraz osiągać zyski (Hobfoll, 1998, s. 73). Zysk zasobowy może pełnić funkcję pierwotną, w której gromadzenie nowych zasobów ma na

celu zbalansowanie doświadczanych strat, oraz wtórną, której celem jest pozyskiwanie nowych zasobów i obniżenie napięcia emocjonalnego. Naturalne jest, że ludzie gromadzą zasoby w tak zwane rezerwy zasobowe umożliwiające zarządzanie zasobami i rozwój jednostki. Badacze wykazują liczne związki pomiędzy zyskami zasobów a jakością życia. Zasoby osobiste (np. poczucie własnej skuteczności, poczucie kontroli) oraz zasoby społeczne (np. wsparcie emocjonalne, sieć wsparcia społecznego, pomoc ze strony najbliższych osób) stanowią czynnik chroniący przed negatywnymi konsekwencjami

sytuacji trudnych (Osborne i Rhodes, 2001; Folkman i Moskowitz, 2004; Ozbay i in., 2007).

Struktura zasobów, na którą powołujemy się w interpretacji badań została opracowana na podstawie Kwestionariusza Zachowania Zasobów S. Hobfolla (Hobfoll i in., 1992; Hobfoll i Lilly, 1993) podczas polskiej adaptacji (Chwaszcz i in., 2019). Badania przeprowadzono na próbie 1612 osób charakteryzujących się ograniczonym dostępem do zasobów psychospołecznych i ekonomicznych (osób zagrożonych wykluczeniem społecznym). Powołujemy się na tę strukturę charakterystyczną dla osób o ograniczonym dostępie do zasobów ze względu na analogię sytuacji – ograniczenia w dostępności zasobów poprzez wprowadzanie licznych ograniczeń w czasie pandemii. Eksploracja

struktury zasobów została przeprowadzona na średnich wynikach Utraty i Zysku dla każdego zasobu. Analizę wymiarowości przeprowadzono z zastosowaniem kryterium *minimum average partial* – MAP (Velicer, 1976), a następnie przeprowadzono hierarchiczną analizę czynnikową (Revelle, 2015) z rotacją skośną oblimin. Zgodnie z przyjętym modelem teoretycznym założono, że metoda ma strukturę podwójnie czynnikową, tzn. posiada czynnik globalny oraz czynniki grupowe. Uzyskano czynnik G, który określono jako ogólna zasobowość, czyli potencjalność zasobowa człowieka umożliwiającą realizację jego celów życiowych. Struktura zasobów obok czynnika G ujawniła 7 kategorii zasobów. Zasoby zarządzające (F1) obejmują: poczucie zaangażowania, poczucie humoru, poczucie kontroli nad życiem, pełnienie roli przywódcy, umiejętności organizacyjne, uznanie dla własnych osiągnięć, umiejętność dobrego porozumiewania się. Należą do tej grupy zasoby niezbędne do zarządzania własnym życiem, ale i zasoby kluczowe do zarządzania innymi. Zasoby statusu społecznego (F2) kształtują następujące kategorie: stabilność finansowa, odpowiednie zabezpieczenie finansowe, satysfakcjonujące zarobki, odpowiedni status w pracy, stabilna praca, oszczędności lub pieniądze na nieprzewidziane wydarzenia. Zasoby odporności (F3) obejmują te cechy i warunki, które pozwalają człowiekowi optymalnie funkcjonować, zwiększają jego odporność w sytuacjach trudnych. Należą do nich: stabilność rodzinna, bliskość z jedną lub wieloma osobami z rodziny, dzielenie czasu z tymi, których kocham, siły witalne/wytrzymałość, poczucie, że jestem wartościowy, czas na pracę, nadzieja, poczucie, że moje przyszłe powodzenie zależy ode mnie, poczucie, że realizuję moje cele, poczucie dumy z siebie, poczucie optymizmu. Wiążą się one z zaspokojeniem potrzeb człowieka: podstawowych, bezpieczeństwa, miłości i przynależności, szacunku oraz rozwoju. Do zasobów rodzinnych (F4) zaliczono udane małżeństwo, dobre relacje z dziećmi, pomoc w opiece nad dziećmi, zdrowie dzieci, zdrowie małżonka/partnera, poczucie bliskości z małżonkiem/partnerem, zabezpieczenie niezbędnych środków dzieciom, środki na dodatkowe potrzeby dzieci. Zasoby rodzinne dotyczą stabilności rodziny prokreacyjnej, odnoszą się do bliskości i zdrowia współmałżonka i dzieci oraz zabezpieczenia potrzeb dzieci. Zasoby statusu materialnego (F5) kształtują następujące kategorie zasobów: wyposażenie potrzebne w domu,

mieszkanie większe niż potrzebuję, mieszkanie, które odpowiada potrzebom, odpowiednie ubranie, więcej ubrań aniżeli potrzebuję, odpowiednie umeblowanie domu. Zasoby te obejmują cechy kultury konsumpcyjnej wyznaczające pozycję społeczną o charakterze materialnym. Zasoby wzrostu (F6) obejmują: pieniądze na rozwój osobisty i samodoskonalenie, przynależność do organizacji, w których mogę dzielić z innymi moje zainteresowania, zaangażowanie w kościele/wspólnocie religijnej. Czynnik ten odnosi się do potrzeby samoaktualizacji. Obejmuje zarówno rozwój kompetencji, wiedzy, umiejętności, który można kupić za pieniądze (np. studia podyplomowe, kurs zawodowy itp.), jak również rozwój zainteresowań (np. w klubie szachowym), interpersonalny, społeczny czy religijny. Do zasobów wspólnotowych (F7) zaliczono: zdrowie rodziny, bliskich, przyjaciół; lojalność przyjaciół, posiadanie przynajmniej jednego przyjaciela, towarzystwo. Zasoby wspólnotowe odnoszą się do relacji z najbliższymi, troski o najbliższych, funkcjonowania w grupie realizującej wspólne cele.

W trwającej pandemii zadaliśmy sobie pytanie o poczucie jakości życia osób jej doświadczających i jego korelaty. Bazując na literaturze przedmiotu przewidywaliśmy, że znaczącymi czynnikami związanymi z odczuwaną jakością życia będą zyski i straty zasobowe oraz strategie radzenia sobie ze stresem. Przewidywaliśmy także, że z czasem trwania pandemii straty zasobowe będą się zwiększać, zyski zmniejszać, a strategie radzenia sobie zmieniać. Wobec tego zaplanowaliśmy badania podłużne.

Metoda

Prezentowane badania przeprowadzono na początku rozwoju pandemii w Polsce (marzec 2020 roku) oraz w okresie jej narastania (czerwiec 2020 roku). W badaniu uczestniczyły osoby, które w ciągu 12 miesięcy przed wybuchem pandemii skorzystały choć raz z pomocy psychologicznej oferowanej przez organizacje pozarządowe w Lublinie. Badania prowadzone były zdalnie. Rozesłano do osób prośbę o udział w ankiecie, z zaznaczeniem, że udział w badaniu jest dobrowolny, a uzyskane wyniki służą do podjęcia dyskusji naukowej w zakresie doświadczeń związanych z COVID-19. Przeprowadzono dwa badania: w marcu i czerwcu 2020 roku. W badaniach (w obu turach) wzięły udział 83 osoby. Respondenci wypełniali szerszy pakiet metod.

W obecnej analizie wykorzystano wyniki Kwestionariusza Zachowania Zasobów (CORE) (Chwaszcz i in., 2019), krótkiej wersji Kwestionariusza Jakości Życia WHO (WHOQL-BREF) (WHOQOL Group, 1998), Brief Cope Carver w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012) oraz kwestionariusza służącego zebraniu danych socjodemograficznych.

Wyniki

Jakość życia osób badanych zarówno w pierwszym pomiarze, jak i drugim kształtowała się na poziomie średnim. Nie różniła się ona istotnie w obu pomiarach.

Tabela 1. Poziom jakości życia a poczucie stresu związanego z sytuacją pandemii w pierwszym i drugim badaniu.

Poczucie stresu	Globalna jakość życia
Poczucie stresu 1	-.070
Poczucie stresu 2	-.638**

Podczas badania w marcu (początek pandemii) nie wystąpiła istotna korelacja pomiędzy poziomem odczuwanego przez badanych stresu a poziomem jakości życia. Podczas drugiego badania zależność ta była istotna. **Z czasem przedłużania się pandemii zano-towano zależność pomiędzy narastającym stresem związanym z pandemią a obniżeniem się poziomu jakości życia osób badanych.**

Podczas pierwszego badania na początku pandemii (marzec) poczucie jakości życia (globalne) wiązało się dodatnio z zyskami zasobów (zarządzających własnym życiem, statusu społecznego, odporności, materialnymi, wzrostu, wspólnotowymi) oraz ogólnym wzrostem zasobowości człowieka. Jakość życia w poszczególnych domenach, podobnie jak globalne poczucie jakości życia koreluje pozytywnie z zyskami zasobowymi, poza zasobami rodzinnymi. Ciekawe jest, że nie otrzymano istotnych zależności pomiędzy zyskami w zasobach rodzinnych a odczuwaną jakością życia. Wynikać to może z tego, że zasoby rodzinne nie były świadomym zasobem, były raczej potencjalnością, którą ciężko było ocenić w kategoriach przydatności przez osoby prowadzące aktywne życie poza rodziną w okresie sprzed pandemii.

Zadowolenie z życia w sferze relacji społecznych nie wykazało też korelacji typowych dla pozostałych domen jakości życia, ze wzrostem zasobów statusu społecznego. Odczuwana jakość życia w sferze relacji nie była związana ze statusem społecznym osób badanych.

Nietypowa też okazała się zależność zysków w zasobach wzrostu z poszczególnymi domenami jakości życia. Pozytywne związki uzyskano dla sfery fizycznej i globalnej jakości życia z zyskami zasobów wzrostu. Natomiast nie wykazano związków pomiędzy zyskami zasobów wzrostu a sferą relacji, psychologiczną i środowiskową. Z kolei straty w zasobach (zarządzających, statusu społecznego, odporności, rodzinnych, materialnych, wzrostu i wspólnotowych) oraz ogólnej zasobowości wiązały się ujemnie z odczuwaną jakością życia we wszystkich sferach. Czyli im osoba więcej utraciła poszczególnych zasobów, tym jej poczucie jakości życia znacznie się obniżało. W przedstawionych prawidłowościach zaistniał jeden wyjątek, nie uzyskano zależności dla związku strat zasobów rozwojowych z odczuwaną jakością życia w sferze relacji społecznych.

W pierwszym badaniu poczucie jakości życia kształtowane było także poprzez strategie radzenia sobie z sytuacją trudną. Dodatnią korelację odnotowano pomiędzy poczuciem jakości życia a takimi strategiami, jak: akceptacja zaistniałej sytuacji i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Akceptacja zaistniałej sytuacji korelowała pozytywnie z jakością życia globalną, w sferze fizycznej i psychologicznej. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego wiązało się z jakością życia we wszystkich sferach jakości życia, poza fizyczną. Wystąpiła także dodatnia zależność pomiędzy poczuciem jakości życia w sferze psychologicznej a strategią pozytywnego przewartościowania. Negatywne zależności wystąpiły pomiędzy poczuciem jakości życia we wszystkich sferach a zaprzestaniem działań i obwinianiem siebie. Strategie te należą do strategii bezradności i wiążą się z syndromem depresji.

W pierwszym miesiącu trwania pandemii nie odnotowano zależności pomiędzy nasileniem stresu a poczuciem jakości życia.

Po prawie trzech miesiącach trwającej pandemii globalna jakość życia w tej samej grupie badanych wykazywała dodatnie korelacje z zyskami wszystkich kategorii zasobów, w tym rodzinnymi. Zasoby rodzinne w okresie trwającej pandemii spełniły, dla osób badanych, swoją rolę i zostały zauważone jako cenny zasób.

Zyski w zasobach zarządzających, statusu społecznego, odporności oraz w ogólnej zasobowości wiązały się z wyższym poczuciem jakości życia. Zyski w zasobach rodzinnych nie wykazały związku z jakością życia w domenie fizycznej, co mogło się wiązać z brakiem wygód i zagęszczeniem fizycznym osób pozostających w domach, a także z obciążeniem fizycznym pracą na rzecz rodziny. Zyski w zasobach wzrostu nie wykazały związku z jakością życia w sferze fizycznej i relacji społecznych. Odnotowano z kolei negatywny zwią-

zek pomiędzy stratami wszystkich kategorii zasobów a dziedzinami jakości życia.

Nie wykazano dodatnich związków pomiędzy jakością życia i strategiami radzenia sobie. Pozytywne strategie radzenia sobie ze stresem, które kształtowały jakość życia na początku pandemii, po trzech miesiącach jej trwania nie miały już znaczenia dla utrzymywania dobrostanu psychicznego. Pomimo to, że osoby stosowały pozytywne strategie nie były za ich pomocą w stanie rozwiązać sytuacji trudnej, co mogło spowodować

Tabela 2. Poziom jakości życia a wybrane zmienne psychologiczne (1 pomiar) – wyniki współczynnika korelacji r-Pearsona.

	Zdrowie fizyczne 1	Dziedzina psychologiczna 1	Relacje społeczne 1	Środowisko 1	Globalna jakość życia 1
Zasoby zarządzające (zysk) 1	.467**	.362**	.342**	.346**	.460**
Zasoby statusu społecznego (zysk) 1	.282**	.257*	.209	.434**	.351**
Zasoby odporności (zysk) 1	.509**	.469**	.408**	.428**	.552**
Zasoby rodzinne (zysk) 1	.151	.090	.165	.088	.154
Zasoby materialne (zysk) 1	.280*	.240*	.354**	.385**	.386**
Zasoby wzrostu (zysk) 1	.243*	.171	.141	.204	.227*
Zasoby wspólnotowe (zysk) 1	.338**	.267*	.371**	.268*	.386**
Zasobowość (zysk) 1	.438**	.359**	.369**	.398**	.476**
Zasoby zarządzające (strata) 1	-.374**	-.483**	-.484**	-.335**	-.523**
Zasoby statusu społecznego (strata) 1	-.223*	-.342**	-.377**	-.408**	-.417**
Zasoby odporności (strata) 1	-.395**	-.507**	-.435**	-.401**	-.535**
Zasoby rodzinne (strata) 1	-.271*	-.250*	-.373**	-.329**	-.379**
Zasoby materialne (strata) 1	-.261*	-.244*	-.304**	-.281*	-.336**
Zasoby wzrostu (strata) 1	-.226*	-.186	-.331**	-.226*	-.304**
Zasoby wspólnotowe (strata) 1	-.228*	-.246*	-.397**	-.302**	-.368**
Zasobowość (strata) 1	-.381**	-.460**	-.476**	-.428**	-.539**
Aktywne radzenie sobie 1	-.148	-.008	-.106	-.111	-.112
Planowanie 1	-.017	-.002	-.138	-.005	-.059
Pozytywne przewartościowanie 1	.100	.306**	.138	.150	.214
Akceptacja 1	.253*	.312**	.093	.182	.250*
Poczucie humoru 1	.109	.025	-.010	.000	.034
Zwrot ku religii 1	-.064	.128	-.116	-.053	-.035
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego 1	.165	.393**	.448**	.255*	.403**
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego 1	.093	.158	.215	.060	.171
Zajmowanie się czymś innym 1	-.061	.030	.003	-.016	-.010
Zaprzeczanie 1	-.066	.001	-.071	-.058	-.059
Wyładowanie 1	-.200	-.098	-.164	-.197	-.198
Zażywanie substancji psychoaktywnych 1	-.030	-.070	-.018	-.034	-.046
Zaprzestanie działań 1	-.222*	-.317**	-.242*	-.243*	-.315**
Obwinianie siebie 1	-.276*	-.337**	-.374**	-.305**	-.402**
Poczucie stresu 1	-.081	-.100	-.047	.021	-.070

** Korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

* Korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

wzrost stresu i objawów depresyjnych. Potwierdza to negatywna zależność pomiędzy poczuciem jakości życia a utratą zasobów (wszystkich kategorii), poczuciem stresu oraz takimi strategiami radzenia sobie, jak: zaprzeczanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie.

Osoby po trzech miesiącach izolacji najprawdopodobniej „straciły” poczucie własnej skuteczności w stosowaniu pozytywnych strategii zaradczych, z tego względu, że ich wybór nie wiązał się z sukcesem, sytuacji nie

można było zmienić. Narastał stres, z którym badane osoby próbowały poradzić sobie za pomocą strategii ucieczkowych. Nierozwiązana sytuacja oraz obwinianie siebie, zaprzestanie wszelkich działań czy przyjmowanie substancji psychoaktywnych wiązało się z narastającym poczuciem bezradności.

Z czasem trwania pandemii osoby badane zaczęły częściej stosować strategie zaradcze destrukcyjne, takie jak zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie

Tabela 3. Poziom jakości życia a wybrane zmienne psychologiczne (2 pomiar) – wyniki współczynnika korelacji r-Pearsona.

	Zdrowie fizyczne 2	Dziedzina psychologiczna 2	Relacje społeczne 2	Środowisko 2	Globalna jakość życia 2
Zasoby zarządzające (zysk) 2	.468**	.436**	.316**	.413**	.491**
Zasoby statusu społecznego (zysk) 2	.329**	.306**	.369**	.433**	.437**
Zasoby odporności (zysk) 2	.500**	.487**	.412**	.541**	.585**
Zasoby rodzinne (zysk) 2	.202	.262*	.286**	.324**	.328**
Zasoby materialne (zysk) 2	.284**	.267*	.338**	.508**	.419**
Zasoby wzrostu (zysk) 2	.201	.292**	.154	.272*	.275*
Zasoby wspólnotowe (zysk) 2	.301**	.303**	.363**	.420**	.422**
Zasobowość (zysk) 2	.443**	.450**	.413**	.536**	.556**
Zasoby zarządzające (strata) 2	-.547**	-.548**	-.368**	-.258*	-.529**
Zasoby statusu społecznego (strata) 2	-.316**	-.246*	-.298**	-.219*	-.333**
Zasoby odporności (strata) 2	-.537**	-.548**	-.412**	-.322**	-.560**
Zasoby rodzinne (strata) 2	-.389**	-.281*	-.254*	-.199	-.343**
Zasoby materialne (strata) 2	-.325**	-.255*	-.305**	-.269*	-.354**
Zasoby wzrostu (strata) 2	-.317**	-.252*	-.256*	-.194	-.313**
Zasoby wspólnotowe (strata) 2	-.432**	-.465**	-.464**	-.401**	-.544**
Zasobowość (strata) 2	-.511**	-.478**	-.391**	-.287**	-.513**
Aktywne radzenie sobie 2	.067	.095	-.007	.036	.055
Planowanie 2	.006	-.006	-.050	-.020	-.024
Pozytywne przewartościowanie 2	.115	.158	.048	-.029	.093
Akceptacja 2	.076	.094	.113	.091	.117
Poczucie humoru 2	-.211	-.039	-.147	-.122	-.157
Zwrot ku religii 2	-.243*	.110	.087	.098	.026
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego 2	.110	.138	.247*	.120	.198
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego 2	-.190	.008	.095	-.053	-.027
Zajmowanie się czymś innym 2	-.187	-.189	-.143	.000	-.166
Zaprzeczanie 2	-.230*	-.285**	-.169	-.244*	-.280*
Wyładowanie 2	-.241*	-.160	.076	-.064	-.105
Zażywanie substancji psychoaktywnych 2	-.198	-.147	-.298**	-.178	-.258*
Zaprzestanie działań 2	-.468**	-.365**	-.281*	-.330**	-.434**
Obwinianie siebie 2	-.442**	-.354**	-.294**	-.324**	-.427**
Poczucie stresu 2	-.631**	-.649**	-.350**	-.493**	-.638**

** Korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

* Korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

działań i obwinianie siebie. Strategie te tworzą czynnik złożony poczucie bezradności.

Prezentowane badania mają swoje ograniczenia. Przeprowadzone były na małej próbie, dobór osób nie miał charakteru losowego, dotyczyły osób gotowych do otrzymania wsparcia (korzystających z pomocy psychologicznej), wobec czego ekstrapolacja wyników na całe społeczeństwo nie jest uprawniona.

Perspektywa badań obejmuje: badanie dystrybucji zasobów oraz radzenia sobie ze stresem należałoby przeprowadzić na próbie reprezentatywnej, aby można było wyciągnąć wnioski ogólne dotyczące funkcjonowania Polaków w czasie pandemii COVID-19. W planowanych badaniach warto by także zwrócić uwagę na taki zasób, jak poczucie koherencji, które bezpośrednio wiąże się z odczuwanym stresem i zdrowiem.

Podsumowanie

Uzyskane wyniki są zgodne z założeniami teorii COR S. Hobfolla.

Odczuwana jakość życia wiązała się dodatnio z zyskami zasobowymi i ujemnie ze stratami zasobowymi. Pozytywne strategie zaradcze kształtujące jakość życia w pierwszym miesiącu pandemii stały się „nieużyteczne” w poprawie jakości życia w kolejnych miesiącach trwania obostrzeń i izolacji społecznej. Zaczęło wzrastać znaczenie strategii nieadaptacyjnych, które wiązały się z narastającą bezradnością, takich jak

obwinianie siebie, zaprzestanie działań czy używanie substancji psychoaktywnych.

Implikacje praktyczne, które można wysunąć z przeprowadzonych badań, dotyczą: potrzeby ciągłego monitorowania stanu zdrowia, rozważnego wprowadzania przepisów ograniczających aktywność społeczną, w taki sposób, aby chronić osoby przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, nie spowodować jednocześnie ciężkich deficytów zdrowia psychicznego społeczeństwa. Zapla-

nowania i wdrażania wsparcia zdrowia psychicznego równoległe z obostrzeniami wynikającymi ze stanu pandemii. Wyniki badań wskazują na znaczącą rolę zasobów jako czynnika chroniącego zdrowie psychiczne. Ważne jest więc w działaniach prewencyjnych i terapeutycznych zwrócenie uwagi na wzmocnienie procesu pozyskiwania zasobów, aby jednak można było je pozyskiwać, muszą być one dostępne w środowisku, np. dostępność pomocy psychologicznej, psychiatrycznej, możliwość nawiązywania relacji interpersonalnych, możliwość zaspokojenia potrzeb rozwojowych (nauka, praca, rozwój zaintereso-

wań itp.). Na podstawie badań należy zwrócić szczególną uwagę na rozwój destrukcyjnych strategii radzenia sobie, tworzących tzw. triadę bezradności, mogącą doprowadzić do rozwoju zespołów psychopatologicznych, takich jak zespół depresyjny czy uzależnienia.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Skutki psychologiczne związane z życiem w sytuacji pandemii dotyczą, w różnym stopniu, całe współczesne społeczeństwa. Miarą, która określa funkcjonowanie osób w sytuacji pandemii poprzez samoocenę, jest poczucie jakości życia. Jest ono miarą zarówno osobistego przystosowania, jak i zadowoleniem ze swojego życia w określonych warunkach (strukturalnie i funkcjonalnie).

Tabela 4. Różnice istotne statystycznie w stosowaniu strategii zaradczych przez osoby badane w czasie pandemii.

	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	Dolna granica	Górna granica	t	df	Istotność (dwustronna)
Zażywanie substancji psychoaktywnych 1 – Zażywanie substancji psychoaktywnych 2	-0,15663	0,71537	0,07852	-0,31283	-0,00042	-1,995	82	0,049
Zaprzestanie działań 1 – Zaprzestanie działań 2	-0,22289	0,72940	0,08006	-0,38216	-0,06362	-2,784	82	0,007
Obwinianie siebie 1 – Obwinianie siebie 2	-0,34940	1,08126	0,11868	-0,58550	-0,11330	-2,944	82	0,004

W 2020 roku rozpoczęto w Europie szkolenia w zakresie najnowszych zdobyczy naukowych w obszarze profilaktyki w ramach projektu pt. „Budowanie skutecznej profilaktyki uzależnień w Europie w oparciu o analizę systemów profilaktycznych i szeroko zakrojone szkolenia zawodowe – ASAP-Training”, kierowanego do europejskich specjalistów. Program szkoleniowy, nazywany w skrócie ASAP, bazuje na Europejskim Programie Szkoleń Profilaktycznych (EUPC).

EUROPEJSKIE SZKOLENIA DLA OSÓB ZAJMUJĄCYCH SIĘ PROFILAKTYKĄ – MIĘDZYNARODOWY PROJEKT ASAP

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Szkolenie ASAP jest adresowane do specjalistów ds. profilaktyki uzależnień od narkotyków (*drug prevention professionals* – DPP). Zostało ono podzielone na dwa poziomy: podstawowy i zaawansowany. Poziom podstawowy jest realizowany w ramach sesji stacjonarnych, a realizacja poziomu zaawansowanego odbywa się online. Celem głównym projektu ASAP¹ jest poprawa jakości profilaktyki uzależnień w obszarach planowania, realizacji i skuteczności w celu promocji zdrowia i dobrostanu grup szczególnie zagrożonych w populacji Unii Europejskiej. Projekt ASAP ma na celu promocję systemowego i kompleksowego podejścia do profilaktyki uzależnień poprzez identyfikację kluczowych interesariuszy oraz przeprowadzenie analizy systemów profilaktycznych funkcjonujących w krajach członkowskich UE. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii koordynuje pakiet trzeci², w ramach którego została przeprowadzona analiza systemów profilaktycznych. Wyniki mapowania kluczowych podmiotów zajmujących się profilaktyką zostały przedstawione na stronie internetowej stworzonej w ramach projektu przez KBPN: <https://preventionasap.pl>. Na stronie znajduje się mapa Europy, na której umieszczono opis różnych instytucji zajmujących się profilaktyką w blisko 20 krajach.

Głównym celem projektu jest podniesienie kompetencji i umiejętności personelu zajmującego się profilaktyką w zakresie standardów jakości profilaktyki jako dziedziny nauki poprzez opracowanie i wdrożenie dwuetapowego procesu szkolenia. W pierwszym kroku odbyło się szkolenie trenerów (master trenerów) odpowiedzialnych za realizację kaskadowego szkolenia

specjalistów ds. profilaktyki uzależnień od narkotyków w zakresie tych samych treści na poziomie krajowym. W Polsce szkolenie trenerów udało się ukończyć trzem osobom, które obecnie realizują szkolnie online. Na obydwu etapach szkolenia odbywały się zajęcia stacjonarnie i zdalnie. W celu wsparcia szkolenia zdalnego opracowano zintegrowaną platformę obejmującą środowisko nauki online oraz Wirtualną Społeczność Praktyków (VCP), która będzie stanowić dodatkowe narzędzie służące wymianie dobrych praktyk. W ramach projektu odbyła się adaptacja standardów jakości w różnych systemach krajowych według istniejących wytycznych (Poradnik EDPQS #4³) w celu dostosowania standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków do systemów krajowych na obszarze UE oraz przetłumaczenie narzędzi projektu na poszczególne języki unijne. Ponadto projekt ASAP przewiduje wprowadzenia mechanizmów utrwalających działania projektowe poprzez utworzenie sieci interesariuszy (przy wsparciu VCP) w obszarach profilaktyki uzależnień od narkotyków oraz identyfikację innych mechanizmów promujących trwałość projektu.

Szkolenia dotyczące profilaktyki

Projekt ASAP opiera się na dwóch filarach: pierwszy to analiza krajowych systemów profilaktycznych w Europie, natomiast drugi to profesjonalizacja kadr profilaktycznych.

Pierwszy filar jest koordynowany przez Centrum Informacji KBPN. W obszarze drugiego filaru opracowano dwa główne programy szkoleniowe kierowane do master

trenerów (MT) i specjalistów ds. profilaktyki uzależnień od narkotyków (DPP). Obie grupy to kluczowi interesariusze w krajowych systemach profilaktycznych z uwagi na ich istotną rolę w tworzeniu rozwiązań strategicznych oraz rozdzielaniu zasobów w obszarze profilaktyki. Z tego względu oraz na podstawie decyzji podjętej w poprzednim projekcie europejskim UPC-ADAPT, obie te grupy tworzą wspólną grupę: decydenci, opiniodawcy i twórcy strategii (ang. *Decision, Opinion, Policymakers*, DOP). Specjaliści DOP pracują na każdym szczeblu podejmowania decyzji: krajowym, regionalnym i lokalnym. Master trenerzy w porównaniu do specjalistów DPP mają za zadanie przekazywać wiedzę i umiejętności, czego nie wymaga się od specjalistów DPP. Oba programy szkoleniowe w ramach projektu ASAP bazują na szkoleniach opracowanych w ramach projektu UPC-ADAPT, sfinansowanego w 2017 roku przez Komisję Europejską, a konkretnie przez Dyрекcję Generalną ds. Migracji i Spraw Wewnętrznych (ang. *Directorate-General for Migration and Home Affairs*).

Projekt ASAP a UPC-ADAPT

Głównym celem projektu UPC-ADAPT było opracowanie Europejskiego Programu Szkoleń Profilaktycznych (ang. *European Prevention Curriculum*, EUPC) opierając się na Uniwersalnym Programie Szkoleń Profilaktycznych (ang. *Universal Prevention Curriculum*, UPC), który został stworzony przez organizację Applied Prevention Science International ze środków Departamentu Stanu USA przeznaczonych w ramach planu Colombo na tzw. *Drug Advisory Programme*. Głównym celem Europejskiego Programu Szkoleń Profilaktycznych jest redukcja problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych poprzez budowanie międzynarodowych systemów profilaktycznych i szkolenia w zakresie najskuteczniejszych interwencji i strategii opartych na dowodach naukowych, profesjonalizację specjalistów ds. profilaktyki oraz rozbudowę kadr w obszarze profilaktyki w Europie. EUPC polega na praktycznym wdrożeniu w państwach europejskich kluczowych zadań określonych w Międzynarodowych Standardach w Profilaktyce Używania Narkotyków, opracowanych przez Biuro ds. Narkotyków i Przestępczości Narodów Zjednoczonych (UNODC) oraz w Europejskich Standardach Jakości w Profilaktyce

Uzależnień od Narkotyków (EDPQS), opracowanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) oraz Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce (ang. *Prevention Standards Partnership*). Głównym przedmiotem działań jest zapobieganie problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych, choć treść tego programu może również dotyczyć każdego typu zachowań ryzykownych (np. hazard, uzależnienie od gier itp.). Na podstawie podręcznika EUPC opracowano trzy wersje szkolenia: szkolenie dla specjalistów DOP (decydenci, opiniodawcy i twórcy strategii), szkolenie na poziomie akademickim i szkolenie zdalne. W porównaniu do szkolenia dla specjalistów DOP w ramach Europejskiego Programu Szkoleń Profilaktycznych (EUPC), Program Szkolenia w Projekcie ASAP charakteryzuje się odmiennym sposobem realizacji. O ile pierwsze szkolenie realizowane jest w pięciodniowej formule stacjonarnej, o tyle oba szkolenia w ramach projektu ASAP realizowane są w systemie hybrydowym, tj. w formule stacjonarnej i zdalnej. Ponadto w każdym programie szkolenia (MT i DPP) do wersji dla specjalistów DOP w ramach EUPC dodano treści interesujące konkretną grupę docelową. Program szkolenia ASAP jest zgodny z podstawowymi standardami i narzędziami UE stosowanymi w obszarze Kształcenia i Szkolenia Zawodowego (ang. *Vocational Education and Training*, VET)⁴.

Polskie działania w projekcie ASAP

Szkolenie ASAP w naszym kraju jest realizowane przez Centrum Informacji KBPN. W pierwszym kursie uczestniczyło 20 osób reprezentujących różne instytucje. Na początku grudnia 2020 roku przeprowadzono dwudniowe szkolenie online. Druga część kursu online odbyła się w lutym 2021 roku. Od grudnia realizowany jest również e-learning. Szkolenie na platformie zawiera prace do samodzielnego wykonania, prezentacje interaktywne oraz pakiet materiałów do każdego z czterech modułów szkolenia ASAP. Ponadto w ramach każdego zagadnienia tematycznego prowadzone jest webinarium z aktywnym uczestnictwem osób biorących udział w szkoleniu. W ramach szkolenia ASAP poruszana jest tematyka, która nieczęsto jest przedmiotem szkoleń z zakresu profilaktyki w Polsce, jak profilaktyka środowiskowa (ang. *environmental pre-*

vention) czy profilaktyka w miejscu pracy. Uczestnicy szkolenia otrzymają narzędzia, np. do oceny kampanii profilaktycznych w ramach prowadzonych ćwiczeń. Planuje się uzupełnienie szkolenia online szkoleniem stacjonarnym w maju 2021 roku. Zależy to jednak od sytuacji epidemicznej w kraju. W Polsce, jak również we Włoszech i Grecji, z powodu pandemii COVID-19 całość szkolenia odbyła się online, co z drugiej strony pozwala na dostosowanie kursu ASAP do nowej sytuacji, gdzie coraz więcej szkoleń jest realizowanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Ponadto Centrum Informacji KBPN planuje zorganizowanie we współpracy z EMCDDA szkolenia dla master trenerów z Europy w ramach REITOX Academy EMCDDA, co pozwoli osobom będącym master trenerami zostać trenerami europejskimi po ukończeniu szkolenia i zdaniu egzaminu końcowego. Szkolenie dla trenerów europejskich było planowe w 2020 roku, ale z powodu pandemii COVID-19 zostało przesunięte na rok 2021. Warto podkreślić, że szkolenia EUPC zostały zapisane w nowej strategii narkotykowej Unii Europejskiej, przyjętej pod koniec 2020 roku w trakcie niemieckiej prezydencji w UE. Dlatego też działania realizowane przez KBPN pozwolą na przygotowanie systemu europejskich szkoleń, które nie tylko podniosą kompetencje osób zajmujących się profilaktyką w Polsce, ale będą również realizacją unijnych priorytetów.

Szkolenia ASAP oparte na EUPC adresowane są w naszym kraju przede wszystkim do przedstawicieli jednostek samorządowych, którzy są specjalistami DOP. W ten sposób staramy się wpłynąć na ośrodki decyzyjne, które posiadają środki finansowe na wspieranie skutecznych i sprawdzonych programów profilaktycznych. Podejmowane są również przez KBPN kroki, aby promować projekt ASAP oraz polski wkład w jego realizację na arenie międzynarodowej. Oprócz wspomnianej w artykule strony internetowej (<https://preventionasap.pl>), 6 marca 2020 roku odbyło się spotkanie dodatkowe w Wiedniu w ramach 63. sesji Komisji Środków Odurzających ONZ (CND), zorganizowane wspólnie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), organizację A.Li.Sa./ASL2 (Włochy), Komisję Europejską oraz UNODC Prevention, Treatment and Rehabilitation Section. W ramach tego wydarzenia prezentacje dotyczące projektu ASAP oraz skutecznej profilaktyki wygłosili przedstawiciele instytucji organizujących *side*

event. Spotkanie pn. „Stworzyć profilaktykę bardziej skuteczną w Europie? Analiza systemu i szkolenia. Czy możemy to zrobić razem?” poprowadziła ambasador Dominika Krois (Stała Przedstawiciel RP przy Biurze Narodów Zjednoczonych i Organizacji Międzynarodowych w Wiedniu), która obecnie przewodniczy CND. W ramach tego wydarzenia trzy osoby uczestniczące w projekcie ASAP wygłosiły prezentacje dla ponad 40 osób z całego świata⁵. Od 2008 roku polskie instytucje różnego szczebla (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej oraz Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) uczestniczyły w kilku projektach międzynarodowych, dzięki którym udało się opracować obecny kurs szkoleniowy ASAP.

Przypisy

¹ Jedenaście instytucji partnerskich z dziewięciu krajów członkowskich UE pod przewodnictwem A.Li.Sa.-Azienda Ligure Sanitaria (Włochy), ASL 2-Azienda Sanitaria Locale Savonese and SI4Life (Włochy); VAD Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen vzw (Belgia); NBDP-National Bureau for Drug Prevention – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Polska); ELTE – Eötvös Loránd University (Węgry); UMhRI - University Mental Health Research Institute and Hellenic Mediterranean University (Grecja); TAI - National Institute for Health Development (Estonia); ERF - Zagreb University (Chorwacja); UTRIP - Institute for Research and Development (Słowenia) oraz siedem wspierających instytucji (UNODC - United Nations Office for Drugs and Crime; EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; EUSPR - European Society for Prevention Research; NTAKD - Drug, tobacco and alcohol control department (Litwa); Sectoral Policy Department Ministry of the Interior (Łotwa); HoGent University (Belgia) and AT'S Milan - Agenzia Tutela Salute (Włochy). Projekt jest finansowany ze środków Komisji Europejskiej z programu sprawiedliwość. Strona projektu: <http://asap-training.eu>

² W ramach pierwszego komponentu pakietu trzeciego zebrane zostały informacje o kluczowych instytucjach zajmujących się profilaktyką. Krajowe Biuro rozesłało kwestionariusze do 10 krajów uczestniczących w projekcie oraz do wszystkich Reitox Focal Pointów (Krajowych Punktów Monitorujących) w UE, które w kolejnym kroku wysłały ankiety do kluczowych instytucji zajmujących się profilaktyką w poszczególnych krajach. W efekcie podjętych działań otrzymano ponad 100 kwestionariuszy z 20 krajów UE. W efekcie opracowano raport główny zawierający 20 raportów krajowych, w których szczegółowo opisano ponad 100 instytucji zajmujących się profilaktyką w UE.

³ Poradnik EDPQS #4, jak również cały pakiet materiałów dotyczących Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień znajduje się na stronie CINN KBPN pod linkiem: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1418110

⁴ Europejski System Transferu Osiągnięć w Kształceniu i Szkoleniu Zawodowym (ang. *European Credit System for Vocational Education and Training*), często określany jako ECVET, stanowi zaplecze merytoryczne służące do transferu, uznawania i zbierania punktów za wyniki szkolenia celem zdobycia odpowiednich kwalifikacji. W oparciu o Rekomendację Parlamentu Europejskiego [2009], ECVET bazuje na opisie kwalifikacji w „Wynikach Działu Szkolenia”. Opisanie inicjatyw szkoleniowych poprzez „Wyniki Szkolenia” umożliwia w ramach ECVET opracowanie wspólnej terminologii stosowanej przez różne podmioty w obszarze Kształcenia i Szkolenia Zawodowego (VET), a także pozwala na transfer kwalifikacji, uznawanie kompetencji i mobilność profesjonalistów.

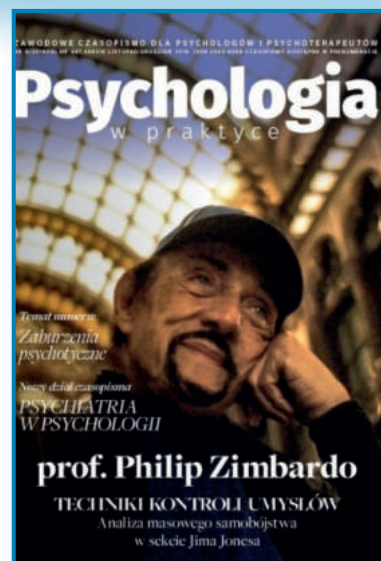
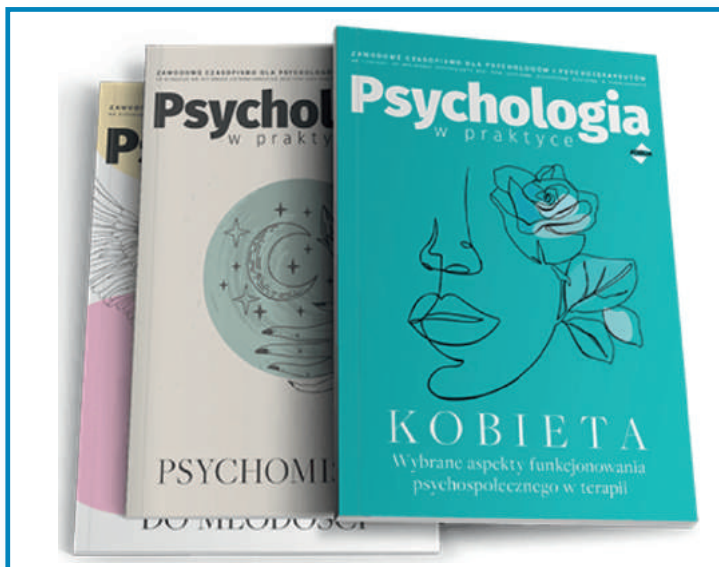
⁵ Więcej informacji o wydarzeniu znajduje się na stronie CINN KBPN: <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1606496>

DWUMIESIĘCZNIK PSYCHOLOGIA W PRAKTYCE

Wydawcą dwumiesięcznika „Psychologia w Praktyce” jest Forum Media Polska, oferujące również bardziej znany miesięcznik psychologiczny „Charaktery”. O „Psychologii w Praktyce” wydawca pisze: „Pierwsze na rynku zawodowe czasopismo psychologów i psychoterapeutów dzieci i dorosłych zdecydowanie odpowiada na pytanie: jak skutecznie służyć pomocą psychologiczną i psychoterapeutyczną na miarę uwarunkowań XXI wieku. Każdy numer czasopisma jest tematyczny. Budujemy bazę wiedzy w oparciu o przypadki analizowane krok po kroku, przybliżając czytelnikom nowatorskie rozwiązania badawcze, diagnostyczne, terapeutyczne i inne”. Każdy numer oscyluje wokół określonego tematu, którego zwawcy i praktycy dzielą się swoją wiedzą w artykułach w ramach stałych działów. Najnowszy numer poświęcony jest psychologii kobiety, tematem numeru jest artykuł „Psychologiczne i socjokulturowe profile obrazu ciała u młodych kobiet polskich”. Inne stałe działy pisma to m.in. Metody terapii – z tekstami doświadczonych psychoterapeutów, poświęcony szczegółowo omawianym wybranym metodom terapeutycznym, poparty przykładami z codziennej pracy autorów; Studia przypadków – case studies diagnostyki i poszczególnych etapów terapii – przygotowane na bazie realnych przykładów z praktyki gabinetów psychologicznych, prezentujące objawy charakterystycznych zaburzeń opisywanych przypadków, diagnostykę oraz zalecane metody terapii; Nowości w psychologii – artykuły poświęcone diagnostyce nowych zaburzeń występujących we współczesnym świecie, dostarczające wiedzy na temat nieznanych dotąd problemów psychologicznych.

Poza wersją papierową czasopismo dostępne jest również w wersji cyfrowej na stronie <https://psychologiawpraktyce.pl>. Z częścią artykułów może zapoznać się każdy, z częścią jedynie prenumeratorzy. Portal dysponuje wyszukiwarką umożliwiającą identyfikację słów występujących w tytułach artykułów. Archiwum dostępne w internecie zawiera wszystkie numery pisma, od pierwszego, wydanego w 2017 roku.

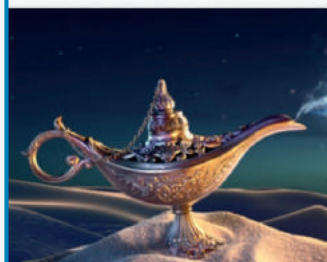
W dziale Kursy zawarte są zapowiedzi szkoleń dla profesjonalistów – psychologów i psychoterapeutów.



"I nie opuszczę cię aż do pandemii", czyli terapia par po lockdownie

Dołącz do uczestników kursu z udziałem dr Katarzyny Wyszyńskiej i poznaj nowe metody pracy, podejścia, techniki psychoterapeutyczne, które wzbogacą Twoją praktykę.

[SPRAWDŹ PROGRAM »](#)



Dawno, dawno temu – bajkoterapia jako skuteczna metoda wspomagająca rozwój dziecka

Dołącz do uczestników kursu z udziałem m.in. Magdaleny Lange-Rachwał i dowiedz się, jak zniwelować u swoich podopiecznych zaburzenia lękowe, napięcia i trudności emocjonalne poprzez wykorzystanie bajkoterapii.

[SPRAWDŹ PROGRAM »](#)

PORTAL POŚWIĘCONY PSYCHOLOGII



Pod adresem www.psychologia.net.pl działa portal poświęcony psychologii.

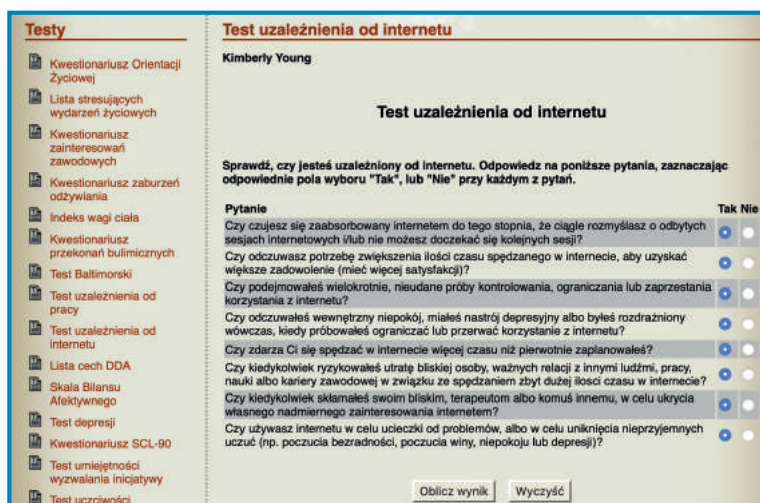
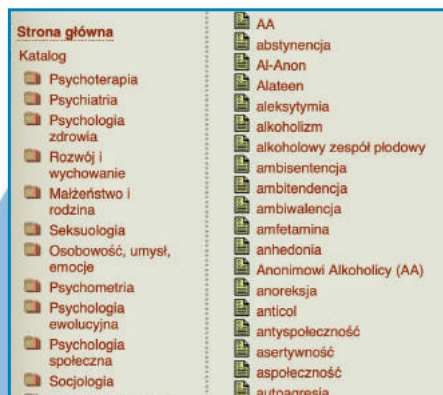
Od 2004 roku w dziale Katalog portal publikuje artykuły na tematy związane z psychologią, podzielone na szereg kategorii (m.in. Rozwój i wychowanie; Małżeństwo i rodzina; Seksuologia; Psychometria; Psychologia ewolucyjna). Zainstalowana w portalu wyszukiwarka pozwala przeszukiwać zasoby portalu wg słów występujących w tekście zarówno artykułów, jak i w materiałach innych działów portalu.

Ciekawym elementem serwisu jest Słownik psycho-

logiczny, zawierający blisko 200 przystępnie zredagowanych haseł, wyjaśniających terminy używane w psychologii i psychiatrii. Słownik tłumaczy m.in. takie pojęcia, jak aleksytymia, pro-ana czy PCP.

W dziale Testy psychologiczne można wypełnić online testy psychologiczne i natychmiast uzyskać wyniki wraz z odpowiednią interpretacją.

Dział Kontrowersje publikuje artykuły poświęcone kontrowersyjnym zagadnieniom, takim jak np. eutanazja, kary fizyczne wobec dzieci czy legalizacja związków homoseksualnych. Publikowane są artykuły prezentujące odmienne stanowiska i pokazujące dane zagadnienie z różnych, często sprzecznych punktów widzenia. Do



każdego kontrowersyjnego zagadnienia dołączona jest Sonda, w której można wyrazić własny pogląd w głosowaniu. Redakcja zachęca też do nadsyłania artykułów polemicznych.

Na Forum dyskusyjnym można śledzić dyskusje użytkowników portalu lub (po zalogowaniu się) samemu brać w nich udział. Oprócz wątków utworzonych przez użytkowników, można na nim znaleźć także zamieszczone przez czytelników komentarze do opublikowanych w portalu artykułów, newsów i recenzji nowości wydawniczych.



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

Wydawca:
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl
www.kbpn.gov.pl

Redakcja:
Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30, 00-023 Warszawa
tel.: 22 621 27 98
e-mail: biuro@praesterno.pl
www.praesterno.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz
Kolegium redakcyjne: Anna Radomska,
Danuta Muszyńska, Artur Malczewski

Egzemplarz bezpłatny
Numery archiwalne na stronie:
www.siu.praesterno.pl