

**Raport z badań: Zmiana struktury pacjentów leczonych  
w Ośrodkach Leczenia Uzależnień w latach 2008-2017  
w odniesieniu do uzależnień behawioralnych, implikacje  
demograficzne, diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne.**

Nr umowy 103/HM/2016, 14/HMK/2017, termin realizacji: 01.07.2016 - 31.12.2017

Nazwa zadania Ministra Zdrowia: Przeprowadzenie badań naukowych służących pogłębieniu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego.

Autorzy raportu:

Marcin Wojnar

email: [marcin.wojnar@wum.edu.pl](mailto:marcin.wojnar@wum.edu.pl)

Marek Krzystanek

email: [krzystanekmarek@gmail.com](mailto:krzystanekmarek@gmail.com)

Roman Wojnar

email: [roman.wojnar@bk-europe.pl](mailto:roman.wojnar@bk-europe.pl)

**Realizator – Wnioskodawca**

**Konsorcjum:**

**Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

**Ul. Poniatowskiego 15; 40-055 Katowice**

**Śląska Fundacja Błękitny Krzyż**

**Ul. Mostowa 1; 43-300 Bielsko-Biała**

Projekt współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych  
pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia





## Spis treści

1.	Wstęp – krótka charakterystyka projektu.....	3
2.	Przegląd piśmiennictwa.....	5
3.	Historia rozwoju pomocy uzależnionym behawioralnie .....	8
4.	Kryteria udziału .....	9
5.	Sposób rekrutacji.....	10
6.	Miejsca realizacji projektu .....	10
7.	Etapy realizacji projektu - metodologia .....	11
8.	Narzędzia badawcze.....	14
9.	Kliniczne przesłanki przeprowadzenia badań i hipotezy badawcze .....	37
10.	Cele zadania .....	39
11.	Opis założeń .....	40
12.	Ograniczenia badawcze .....	41
13.	Wyniki.....	42
14.	Wnioski końcowe.....	56
15.	Podsumowanie .....	61
16.	Literatura.....	62

## 1. Wstęp – krótka charakterystyka projektu

Projekt naukowo-badawczy miał na celu prześledzenie zmian demograficznych, diagnostycznych, klinicznych i terapeutycznych w grupie pacjentów uzależnionych behawioralnie i ich rodzin, w 10 wybranych Ośrodkach Leczenia Uzależnień w kilku regionach Polski. Ze względu na rozmiar badania (liczba, wielkość i różnorodność biorących w nim udział placówek) oraz ich zróżnicowane położenie geograficzne, uzyskane wnioski mogą przyczynić się do ustalenia kierunków dalszego rozwoju leczenia odwykowego w zakresie programów opieki i terapii patologicznych hazardzistów, osób z uzależnieniami behawioralnymi, ich bliskich i rodzin (Jędrzejko i in., 2015).

Zmiany społeczno-ekonomiczne, gospodarcze i kulturowe zachodzące w polskim społeczeństwie na przestrzeni ostatnich lat mają swoje odzwierciedlenie w grupie osób będących pacjentami ośrodków leczenia uzależnień (poradni, dziennych oddziałów oraz ośrodków stacjonarnych). Zmienia się liczba i modalność powikłań, współchorobowość zaburzeń towarzyszących uzależnieniu a także modele i formy leczenia. Celem pracy była ocena wspomnianych zmian, zachodzących w wybranych grupach pacjentów leczonych w wyżej wymienionych ośrodkach w latach 2008 - 2017 oraz statystycznie istotna, duża grupa badawcza (Ogińska-Bulik, 2010; Habrat, 2016).

Projekt ze względu na miejsce realizacji miał charakter ogólnopolski, liczba badanych (osób uzależnionych behawioralnie i ich bliskich) wyniosła 2 486 osób w okresie 10 lat, co stanowi najprawdopodobniej około 10% wszystkich osób uzależnionych behawioralnie i ich rodzin leczonych w placówkach odwykowych. Daje to możliwość ekstrapolacji wyników do całego leczenia odwykowego w Polsce.

Z tego względu przyjęto w projekcie następujące szczegółowe założenia:

1. W ramach przedstawionego badania naukowego dokonano epidemiologicznego doprecyzowania proporcji ilościowych pomiędzy poszczególnymi typami zjawisk (wg rozpoznań ICD-10). Odniesieniem są 3 główne grupy pacjentów, tj.:
  - Osoby z rozpoznaniem hazardu patologicznego (F63.0) lub uzależnione od innych nawyków bądź popędów (F63.8).
  - Osoby ze współistniejącymi zaburzeniami (F63.0 lub F63.8 oraz F10-19 tzw. współwystępujące uzależnienia).
  - Rodziny osób uzależnionych (grupa rozpoznań F40-48) (osobno dla uzależnień behawioralnych).
2. Poszukiwano odpowiedzi na pytania badawcze:
  - W jakim stopniu w zakładanej populacji ok. 2 200 osób uzależnionych behawioralnie i ich bliskich, korzystających z pomocy placówek leczenia odwykowego są

rozpowszechnione zaburzenia patologicznego hazardu, seksoholizmu, uzależnienia od nowych mediów i innych uzależnień/nałogów behawioralnych?

- Jaki odsetek wśród tych pacjentów stanowią rodziny osób uzależnionych behawioralnie?

Zastosowanie we wszystkich wybranych ośrodkach podobnych kryteriów, związanych z przyjętymi wspólnie jednolitymi definicjami poszczególnych jednostek nozologicznych oraz narzędziami kwestionariuszowymi miało zmniejszyć margines błędu statystycznego. Natomiast różnice występujące pomiędzy poszczególnymi ośrodkami zostały poddane dyskusji merytorycznej.

Materiał badawczy stanowiły osoby, a dokładniej ich dokumentacja medyczna, z ośrodków wymienionych poniżej w pkt 5 „Miejsca realizacji projektu”.

Bezpośrednią inspiracją do przeprowadzenia badań nt. problematyki uzależnień behawioralnych było zainteresowanie naukowo-badawcze Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach dziedziną uzależnień behawioralnych. Śląska Fundacja Błękitny Krzyż przy współpracy z Kliniką (oprócz programu ambulatoryjnego dla uzależnionych behawioralnie i ich rodzin) otworzyła w 2016 r. Dzienny Oddział Uzależnień Behawioralnych w Bielsku-Białej.

W ostatniej dekadzie w coraz większym stopniu w praktyce klinicznej spotykani byli pacjenci z uzależnieniami od hazardu i innych zachowań nałogowych, jak również rosła populacja pacjentów z podwójną diagnozą – choroba psychiczna i uzależnienie behawioralne lub od substancji psychoaktywnych (SP) jak również współwystępowanie wielu chorób z wyżej wymienionymi zaburzeniami. Często obserwowano triady tj. uzależnienie od SP, chorobę psychiczną i zachowania nałogowe (m.in. patologiczne granie w gry, hazard, seksoholizm, zaburzenia odżywiania itp.), które stanowią duże wyzwanie dla lekarzy i terapeutów (Niewiadomska, 2015).

Dotychczasowe badania nadzorowane przez pracowników naukowych SUM dotyczyły głównie uzależnień od SP w powiązaniu z chorobami psychicznymi. Zrealizowany wspólnie ze Śląską Fundacją Błękitny Krzyż projekt badawczy w formie konsorcjum naukowo-badawczego w sposób unikatowy łączył potencjał naukowy SUM z praktyką kliniczną ośrodków terapii uzależnień. Istotnym elementem badań był dostęp do zbioru danych, jakim są dokumentacje wszystkich pacjentów leczonych w ośrodkach w okresie 2008-2017 oraz statystycznie istotna, duża grupa badawcza.

Dyskusja wyników odniosła się do danych ogólnopolskich z KBdsPN, PARPA i IPIŃ oraz badań międzynarodowych. Dodatkowo zbierane dane umożliwiły dokonanie analizy statystycznej innych niż patologiczny hazard nałogów behawioralnych.

## 2. Przegląd piśmiennictwa

Patologiczny hazard i inne uzależnienia behawioralne wciąż stanowią stosunkowo słabo zbadaną część w szeroko pojętym problemie uzależnienia. Pośrednio o tej problematyce świadczy liczba beneficjentów programów opieki i terapii patologicznych hazardzistów i osób z innymi uzależnieniami ich bliskich i rodzin, które w skali kraju wynoszą około 12 000 (dane KBdsPN – międzynarodowa konferencja w Warszawie listopad 2013 i 2014 r.).

Od czasu przeprowadzenia badań przez panie B. Lelonek-Kuletę i J. Choroszcz (2011) dotyczących świadczenia pomocy terapeutycznej dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin, dzięki dotacjom z KBdsPN dokonano ogromnego postępu ilościowego i jakościowego (kategorie pacjentów, poziom, różnorodność i dostęp do oferty terapeutycznej).

Przykładowo: od 2004 roku do końca czerwca 2015 roku do ośrodków ambulatoryjnych Śląskiej Fundacji Błękitny Krzyż trafili pacjenci z problemem uzależnienia od hazardu oraz cierpiący na inne uzależnienia behawioralne: od komputera, Internetu oraz tzw. „nowych mediów”, seksu, pracy, zakupów, brania kredytów oraz osoby z zaburzeniami odżywiania, jak również członkowie ich rodzin oraz bliscy, stanowiąc w tym okresie grupę ponad 700 osób.

Przegląd piśmiennictwa ujawnia skąpą liczbę badań, dotyczących uzależnień behawioralnych. Niewiele badań i publikacji w Polsce i na świecie traktuje kompleksowo zagadnienia zmian demograficznych i klinicznych w kontekście rozpoznań pacjentów leczenia odwykowego i ich leczenia w okresie od połowy lat dziewięćdziesiątych do dziś, a dostępne opracowania na tyle różnią się zakresem i metodologią badań, że trudno odnieść je do warunków innych ośrodków leczenia uzależnień.

Zjawisko uzależnień czy nałogów behawioralnych w klasyfikacji nozologicznej pojawia się w DSM-III i ICD-9 (przełom lat 70/80) i widzimy nadal rozbieżności klasyfikacyjne (DSM-5 – zmiana grupy dla patologicznego hazardu i wprowadzenie gamingu do „grupy do dalszych badań – S3”, a w przygotowywanym ICD-11 planowane jest wprowadzenie do grupy F63.X z hazardem patologicznym również seksoholizmu).

W obu klasyfikacjach brak dookreślenia innych nałogów/uzależnień behawioralnych związanych z technologiami (komputer, Internet), zakupoholizmem, pojawia się natomiast propozycja uwzględnienia nałogowego zbieractwa. Inne kazuistyczne nałogi behawioralne są na razie opisywane jako zjawiska do dalszego definiowania i dalszych badań poza obiema klasyfikacjami.

Najwięcej badań z zakresu tematyki uzależnień behawioralnych dotyczy hazardu oraz uzależnienia od Internetu. Badania te nie obejmują obszaru całego świata, w tym aspekcie są wybiórcze i wymagają uzupełnień o inne kraje oraz o inne uzależnienia behawioralne. Poniżej opisano projekty badawcze, dotyczące uzależnień behawioralnych z okresu ostatnich 5 lat.

Jednoroczne badanie osób z rozpoznaniem patologicznego hazardu, przeprowadzone przez (Gue i in., 2014) wskazuje, iż im wcześniej podjęte jest leczenie tym lepsze są czynniki prognostyczne co do nawrotu patologicznych zachowań. W badaniu wykazano, iż takie czynniki demograficzne jak brak pracy, pomijanie sesji spotkań terapeutycznych czy też utrzymujące się długi na większym niż średnie nasilenie są związane z gorszymi efektami leczenia.

Ten sam zespół badaczy analizował zmianę struktury rozpoznań oraz charakterystyki demograficznej pacjentów w latach 2001-2006 i 2006-2008 (Lee i in., 2011). Wykazano, zmniejszanie się wieku pacjentów z rozpoznaniem patologicznego hazardu, zwiększenie poziomu wykształcenia oraz zmniejszenie proporcji obywateli Chin w leczonej populacji. Nie wykazano zmian w strukturze płci oraz w stanie cywilnym pacjentów z obu badanych kohort.

W Brazylii przeprowadzono badanie na dużej populacji 3 007 osób, które wykazało, że 118 osób było w grupie ryzyka patologicznego hazardu. W tej grupie 24,9% spełniało rozpoznanie uzależnienia od hazardu wg DSM-IV (Carneiro i in., 2014).

W grupie 2 684 studentów na Cyprze przeprowadzono ocenę uzależnienia od internetowego hazardu (Floros i in., 2015). Udało się zidentyfikować czynniki ryzyka uzależnienia w postaci gorszych wyników w szkole, nadmiernego związku z rodzicami oraz współwystępującej psychopatologii.

O skali ryzyka i zagrożeń patologicznym hazardem wskazuje badanie, przeprowadzone na grupie 128 młodych osób (18-24 rok życia). Wykazano w nim, że ekspozycja na krótkie reklamy tekstowe w sieci, zachęcające do grania obietnicą dużej wygranej powoduje wzrost zachowań ryzykownych u osób, które wcześniej nie miały problemów z uzależnieniem (Frahn i in., 2015).

Przeprowadzono również meta-analizę 146 badań z terenów Kanady i Stanów Zjednoczonych Ameryki dotyczących częstości występowania patologicznego hazardu z okresu 25 lat (Shaffev i Hall, 2001). Wykazano częstsze występowanie problemu wśród pacjentów młodszych (adolescentów) oraz zwiększanie się częstości patologicznych zachowań wśród osób dorosłych. Badanie przeprowadzone na grupie 333 studentów w USA ujawniło znaczną korelację pomiędzy występowaniem uzależnienia od patologicznego hazardu i towarzyszącej depresji (Takamatsu i in., 2016). Taka współchorobowość może powodować znaczącą dysfunkcjonalność oraz pogorszenie przebiegu i rokowania w każdej z tych dwóch diagnoz.

Z tematyki uzależnień od sieci/Internetu przeprowadzono roczną analizę występowania uzależnienia od Internetu w Chinach, Japonii, Południowej Korei, Malezji i na Filipinach w okresie 2012-2013 (Mak i in., 2014). Największy procent (5%) uzależnienia od Internetu stwierdzono na Filipinach.

W kolejnym badaniu, przeprowadzonym w 2009 roku w Korei Południowej na grupie 57 857 nastolatków (13-18 rż.) wykazano, że uzależnienie od Internetu koreluje z ocenami w szkole, wykształceniem rodziców, nadużywaniem alkoholu i nikotyny i substancji psychoaktywnych (Heo i in., 2014).

W Niemczech przeprowadzono telebadanie, dotyczące uzależnienia od Internetu (Rumpf i in., 2013). Na podstawie rozmów z 14 022 respondentami udało się ustalić, iż w grupie badanych od 14-64 rż. Uzależnienie było częstsze u osób młodszych (2,4% w grupie 14-24 a 4% w grupie 14-16 lat). Nie stwierdzono różnic w częstości uzależnienia pomiędzy płciami. Poziom ryzyka był największy u osób niezatrudnionych i migrujących.

W Turcji badano adolescentów, uczęszczającym do szkoły w mieście Isparta (Aktepe i in., 2013). Okazało się, że częstość występowania prawdopodobnego uzależnienia wynosiła aż 14,4%. Ciekawe, że adolescenty, którzy wykazywali cechy uzależnienia rzadziej cierpieli na samotność a ich rodziny gwarantowały im wysoki standard życia.

W Chinach przeprowadzono badanie uzależnienia od Internetu na bardzo dużej (24 013 populacji uczniów (Li et al., 2013). Częstość uzależnienia w całej populacji wyniosła 6,3% i przeważała u mężczyzn oraz u mieszkańców z terenów wiejskich. Największy procent uzależnień od Internetu wykazywały osoby, które miały w zwyczaju serfować w kafejkach internetowych (18,1%) oraz osoby grające w gry internetowe (22,5%).

Na terenie Polski, w badaniu przeprowadzonym wśród 200 uczniów szkół średnich w Krakowie ujawniły, iż 7% z nich spełnia kryteria uzależnienia od Internetu (Średniawa et al., 2015).

Badania osób, cierpiących na uzależnienie od Internetu wskazują na dużą współchorobowość, sięgającą połowy tych osób. Przykładowo, w badaniu przeprowadzonym w Ankarze na grupie 1 107 studentów wykazano częstsze występowanie aleksytymii u osób, uzależniających się od Internetu (Baysan-Arslan i in., 2016).

Skojarzonym z siecią/Internetem tematem jest uzależnienie od gry w gry komputerowe. Badanie w Hongkongu na grupie 503 studentów, wykazało, że częstość występowania uzależnienia od grania w gry komputerowe wynosi 15,6% (Wang i in., 2014). To pilotowe badania wykazało, iż ryzyko uzależnienia jest większe u płci męskiej, u osób, którzy mieli gorsze wyniki na studiach, oraz u osobach, które preferowały grę w wersji na kilka osób (*multiplayer*).

Ponadto, w Norwegii wykonano badanie uzależnienia od pracy. Badanie to, przeprowadzone w grupie 1 124 osób wykazało, że częstość uzależnienia od pracy w tym społeczeństwie wynosi 8,3% (Andreassen i in., 2014).

W USA przeprowadzono duże badanie uzależnienia od jedzenia na grupie 134 175 kobiet. Aż 5,8% spełniało kryteria uzależnienia, było ono częstsze w grupie młodszych kobiet (45-64 lat) i wynosiło 8,4%.

Badanie uzależnienia od jedzenia przeprowadzono również w Kanadzie na grupie 652 dorosłych (Pedram i in., 2013). Częstość występowania uzależnienia wynosiła 5,4% i była częstsza u kobiet. Osoby uzależnione były średnio o 11,7 kg cięższe od osób nieuzależnionych.

Tematyka uzależnień behawioralnych jest nowym tematem badawczym ostatnich lat. Nie doczekała się jeszcze ogólnościowych opracowań, badania są wybiórcze co do kraju oraz rodzaju uzależnień behawioralnych i jest ich mało w stosunku do skali problemu. Nie ma jak dotąd



badania, dotyczących epidemiologii, struktury rozpoznań, demografii pacjentów i rodzaju podejmowanej terapii oraz wynikających z tego implikacji klinicznych przeprowadzonych na gruncie Polski, co uzasadnia przeprowadzenie tego projektu.

Przeprowadzone badania odniosły się do tych problemów występujących wśród pacjentów leczonych, które dotychczas nie były badane lub były badane szcątkowo bądź wyrywkowo np. badania CBOS z 2012 i 2014 roku marginalnie odnoszą się do problematyki seksoholizmu, która w ośrodkach terapeutycznych i problematyce szkoleniowej występuje po patologicznym hazardzie na II lub III miejscu w kolejności. Innym przykładowym zagadnieniem jest rozumienie grup homogennych w terapii uzależnień behawioralnych czy samego programu terapeutycznego „behawioralnego”, którego próbę zdefiniowania przedstawiono we wnioskach z przeprowadzonych badań, zarówno w ewaluacjach wewnętrznych dla poszczególnych ośrodków jak i w raporcie końcowym.

Przedstawiony wcześniej przegląd piśmiennictwa pokazuje, iż problematyka na poziomie kraju ma niewiele badań dla populacji dorosłych. Autorzy niniejszego projektu porównali swoje wyniki do podobnych badań na populacjach pacjentów uzależnionych od SP (głównie badania IPiN w Warszawie z okresu 2005-2015 prowadzone m.in. przez dr Sierosławskiego i Moskalewicza – projekt EZOP (Moskalewicz i in., 2012), jak również ewaluacji programów FRED czy CANDIS. Ważnym elementem porównawczym były również badania CBOS z 2012 i 2014 r., prowadzone na zlecenie KBdsPN oraz badania Lelonek-Kuleta i Choroszcz z 2011 r. Współpraca z różnymi ośrodkami terapii uzależnień daje perspektywy i umożliwia przeprowadzenie w najbliższych latach badań służących monitorowaniu efektów leczenia, podobnie jak program APETA z lat dziewięćdziesiątych (Kucińska, Mellibruda 1997). Stąd też przeprowadzenie badań w grupie pacjentów lecznictwa odwykowego uwzględniające dynamicznie rozwijającą się problematykę uzależnień behawioralnych, jak również podążający za tym „rynek usług terapeutycznych” jest obecnie badaniem unikatowym w skali kraju, który może przyczynić się do standaryzacji diagnostyki i terapii w tej dziedzinie.

### 3. Historia rozwoju pomocy uzależnionym behawioralnie

Pacjenci uzależnieni behawioralnie (głównie patologiczni hazardziści) zaczęli pojawiać się w lecznictwie odwykowym w Polsce pod koniec lat 90-tych.

Patologicznym hazardzistom, którzy zgłosili się z takim problemem w przypadku Śląskiej Fundacji Błękitny Krzyż pomagano od 2004 r. w poradni w Bielsku-Białej. Na początku z pomocy skorzystały zaledwie 2 osoby. W 2005 r. – już 6 osób, w 2006 r. – 8 osób, w 2007 r. – 10 osób, w 2008 r. – 6 osób, w 2009 r. – 28 osób. W roku 2010 z programu terapii skorzystało 37 osób, a w roku 2011 przyjęto 29 nowych osób. W Czechowicach-Dziedzicach w 2010 r. i 2011 r.

przyjęto po 14 osób uzależnionych od hazardu. W Żywcu w latach 2010-2011 z pomocy skorzystało łącznie 12 osób.

Od roku 2012 projekty (program V zad. 1 - Program opieki i terapii patologicznych hazardzistów, osób z innymi uzależnieniami behawioralnymi, ich bliskich i rodzin) realizowane przez Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, przełożyły się na lawinowy wzrost liczby pacjentów uzależnionych behawioralnie. Podobny rozwój i wzrost liczby pacjentów nastąpił w większości z pozostałych 7 ośrodków. Na przestrzeni 5 lat prowadzenia grantów terapeutycznych, wybrane poradnie stale rozszerzają i udoskonalają program terapeutyczny adresowany do tej grupy pacjentów i ich rodzin. Jest on połączony z kompleksową pomocą lekarza, psychologa, terapeuty uzależnień, często pracownika socjalnego, doradców finansowych i prawnych. Specjaliści ci dostrzegają potrzebę różnicowania i ścisłego definiowania tych oddziaływań (Raylu i Oei, 2016). W przypadku ośrodków (Wrocław, Ostrołęka), które mają niewielkie doświadczenie w sferze pomocy osobom uzależnionym behawioralnie, współpraca z pozostałymi ośrodkami realizującymi „granty terapeutyczne” ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (wspólna diagnostyka, ewaluacja, korzystanie ze sprawdzonych programów) przyczyniła się do szybkiego zdobywania doświadczenia (efekt kuli śniegowej).

Powyższe fakty skłoniły Fundację do współpracy z Kliniką Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego celem przeanalizowania zmian zachodzących w populacji pacjentów wybranych ośrodków.

#### 4. Kryteria udziału

Badaniem objęta była dokumentacja pacjentów wszystkich 10 ośrodków (ok. 19 000 osób). Rzeczywista wielkość grupy docelowej to 2 486 osób składającej się z pacjentów uzależnionych behawioralnie i ich rodzin. Od 2015 roku w poradniach rejestrowano osoby zagrożone uzależnieniami behawioralnymi oraz zagrożone problemowym hazardem lub innymi nałogami behawioralnymi. Ze względu na brak jednoznacznych kryteriów wszystkie ośrodki występujące w badaniu wypracowały wspólne definicje, narzędzia przesiewowe (testy), które ułatwiały wyodrębnienie tych grup. Podobne rozwiązanie przyjęto względem rodzin osób uzależnionych behawioralnie.

Dokumentacja pacjentów znajduje się w archiwach ośrodków z okresu od co najmniej 2008 r. do chwili obecnej. W badaniach uwzględnione zostały roczniki 2008-2017 (do końca czerwca).

## 5. Sposób rekrutacji

Podstawą badań była analiza ilościowa i analiza danych uzyskanych z dokumentacji medycznej wszystkich pacjentów leczonych w wybranych ośrodkach. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej wyodrębniono osoby z rozpoznaniem F63.0 lub F63.8 lub osoby zagrożone uzależnieniami behawioralnymi oraz ich rodziny.

## 6. Miejsca realizacji projektu

Porozumienie Ośrodków Leczenia Uzależnień oraz współpraca ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym stanowiło bazę projektu. Miejsca realizacji projektu to:

1. Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w 40-635 Katowicach, ul. Ziołowa 45/47 mieści się na terenie Szpitala Klinicznego nr 7 w Katowicach, tel.: 32/359-80-11 email: [psychiatria@gcm.pl](mailto:psychiatria@gcm.pl). Kierownik: dr hab. n. med. Marek Krzystanek
2. Miejski Ośrodek Terapii Uzależnień, 43-502 Czechowice-Dziedzice ul. Nad Białką 1b tel./fax.: 32/215-97-40 email: [motuczd@bk-europe.pl](mailto:motuczd@bk-europe.pl). W skład wchodzi Poradnia Leczenia Uzależnień, Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, Poradnia Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży, Dzienny Oddział Odwykowy, Poradnia Antynikotynowa. Kierownik: Edyta Pacut.
3. Miejski Ośrodek Terapii Uzależnień, 43-300 Bielsko-Biała ul. Mostowa 1 tel./fax.: 33/822-79-83 email: [motubb@bk-europe.pl](mailto:motubb@bk-europe.pl). W skład wchodzi Poradnia Leczenia Uzależnień, Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, Poradnia Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży, Dzienny Oddział Odwykowy, Poradnia Antynikotynowa. Kierownik: Katarzyna Szarek.
4. Ośrodek Leczenia Uzależnień, 34-300 Żywiec, al. Legionów 1 tel./fax.: 33/861-00-83 email: [olu@bk-europe.pl](mailto:olu@bk-europe.pl). W skład wchodzi Poradnia Leczenia Uzależnień, Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, Poradnia Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży, Dzienny Oddział Odwykowy, Poradnia Antynikotynowa. Kierownik: Jolanta Wandzel
5. Samodzielny Publiczny Zakład Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, 41-106 Siemianowice Śląskie, Al. Młodych 16 tel.: 32/765-41-38 email: [kontakt@uzaleznienia.siemianowice.pl](mailto:kontakt@uzaleznienia.siemianowice.pl). W skład wchodzi Poradnia Leczenia Uzależnień, Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, Poradnia Terapii Uzależnienia od Środków Psychoaktywnych, Dzienny Oddział Odwykowy. Kierownik: Lech Cierpiot.

6. Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień, 41-200 Sosnowiec, ul. 3 Maja 33, tel. 32/266-24-34 email: biuro@uzaleznienia.sosnowiec.pl. W skład wchodzi Poradnia Zdrowia Psychicznego, Poradnia Terapii Uzależnienia od alkoholu i Współuzależnienia, Poradnia Promocji Zdrowia Psychicznego, Poradnia Terapii Uzależnienia od środków psychoaktywnych, Dzienny Oddział Odwykowy. Kierownik: Damian Zdrada.
7. Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień, ul. Rybaki 3, 18-400 Łomża tel./fax.: 86/216-28-20 email: sekretariat@wopitu.pl. W skład wchodzi Poradnia Leczenia Uzależnień, Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, Poradnia Terapii Uzależnienia od środków psychoaktywnych, Dzienny Oddział Odwykowy. Kierownik: Adam Kołakowski.
8. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu, ul. Szosa Bydgoska 1, 87-100 Toruń tel. 56/622-89-08 e-mail: wotuiw@wotuiw.torun.pl. W skład wchodzi Poradnia Terapii Uzależnienia od alkoholu i Współuzależnienia, Poradnia Terapii Uzależnienia od środków psychoaktywnych, Dzienny Oddział Odwykowy. Kierownik: Jolanta Celebucka.
9. Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień, ul. Dębowa 5, 44-100 Gliwice tel.: 32/270-37-58 email: czpilu@mp.pl. W skład wchodzi Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, Poradnia Terapii Uzależnienia od środków psychoaktywnych, Dzienny Oddział Odwykowy. Kierownik: Wiesław Pabian.
10. Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”, ul. Białowieska 74a, 54-235 Wrocław tel.:71/350-17-30 wew. 32 email: sekretariat@neuropsychiatria.pl. W skład wchodzi Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia. Kierownik: Halina Flisiak-Antonijczuk.
11. NZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne S.C. Joanna i Konrad Pokraśniwicz, ul. Hallera 39, 07-410 Ostrołęka tel.: 29/760-02-58 email: nzo.z.pzp@onet.pl. W skład wchodzi Poradnia Leczenia Uzależnień. Kierownik: Konrad Pokraśniwicz.

## 7. Etapy realizacji projektu - metodologia

Działania wstępne, przedprojektowe przeprowadzono w okresie I 2015 – III 2016 roku, obejmowały następujące etapy:

1. Wyznaczenie wstępnej grupy badawczej i określenie zakresu zbierania danych.
2. Przygotowanie bazy danych – arkusz kalkulacyjny do zbierania danych.
3. Uzyskanie informacji od Komisji Bioetycznej, iż na przeprowadzenie badań w oparciu o dokumentację medyczną nie jest wymagana zgoda Komisji.

4. Przeprowadzenie badań pilotażowych na grupie 720 pacjentów (historii zdrowia i choroby) celem przetestowania zbioru danych (pacjenci z lat 1996/2002 uzależnieni od środków psychoaktywnych i ich bliscy).
5. Wstępny dobór narzędzi statystycznych do analizy jakościowej zbioru danych do badania pilotażowego.
6. Podpisanie porozumienia o współpracy pomiędzy SUM a Fundacją w celu utworzenia konsorcjum naukowo-badawczego.
7. Podpisanie umowy konsorcjum. Zgodnie z procedurami SUM w momencie ogłoszenia wyników przez KBdsPN rozpoczął się proces formalnego potwierdzenia utworzenia konsorcjum pomiędzy Śląskim Uniwersytetem Medycznym a Śląską Fundacją Błękitny Krzyż i podpisania stosownej umowy. Umowa precyzowała i potwierdzała zakresy odpowiedzialności obu stron i była równocześnie niezbędna do podpisania umowy z KBdsPN celem realizacji projektu.
8. Opracowanie finalnych narzędzi badawczych i zatwierdzenie ostatecznej wersji ankiety (arkusza kalkulacyjnego do zbierania danych nt. pacjentów).

Główne działania projektowe realizowane były w okresie VII 2016 – XII 2017 i dotyczyły:

1. Szkolenia badaczy/pracowników merytorycznych do zbierania danych z historii chorób (VII-IX 2016 r.). W wybranych ośrodkach leczenia uzależnień były wyznaczone osoby odpowiedzialne merytorycznie, lekarze lub terapeuci, za analizowanie historii chorób. Wpisywanie do arkusza kalkulacyjnego przygotowanych danych (sekretarka medyczna lub badacz) obejmowały również wyszukanie, posegregowanie i uporządkowanie ok. 2 500 historii chorób spośród ok. 19 000 historii chorób w poszczególnych ośrodkach.
2. Szkolenia i wizytacji przez asystenta koordynatora merytorycznego każdego ośrodka, połączone były ze sprawdzeniem poprawności prowadzonych badań, ustaleniem odrębności prowadzonej dokumentacji w poszczególnych ośrodkach i wynikających z tego różnicach dla ogólnego wyniku badań (realizowane w 2016 i 2017).
3. Zweryfikowania i zatwierdzenia narzędzi statystycznych (badawczych), które miało na celu optymalizację narzędzi badawczych w stosunku do postawionych hipotez badawczych (patrz pkt. 8 „Kliniczne przesłanki przeprowadzenia badań i hipotezy badawcze”).
4. Jakościowej analizy danych – przy zbieraniu danych pracownicy merytoryczni projektu z każdego ośrodka zwracali uwagę na sposób zbierania danych od pacjentów. Pracownicy merytoryczni mieli za zadanie wybranie z wszystkich ok. 19 000 kartotek ok. 2 200, które były brane pod uwagę w badaniu.
5. Założenia zbioru danych z ankiet – zbierano dane z historii chorób w ośrodkach równolegle. Zbiory tych danych zostały porównywane między sobą za pomocą analiz

statystycznych. Poprzez uwarunkowania ośrodków, ich pacjenci różnią się, co zostało przedstawione w prowadzonych badaniach.

6. Przeglądu i analizy literatury naukowej, która odbywała się przez cały okres badania. Dyskusja z tej analizy została przedstawiona przez koordynatora merytorycznego i asystenta koordynatora merytorycznego projektu w punkcie 15 mniejszego raportu. Przeanalizowano kilkadziesiąt artykułów polskich, anglojęzycznych i pozycji książkowych.
7. Finalnej analizy statystycznej - dokonana została na podstawie całościowych obliczeń statystycznych wyników za okres 2008 - 2017 r.
8. Raport końcowy, wnioski i rekomendacje zostały przygotowane w IV kwartale 2017 r. Uwzględniono doniesienia literaturowe, została dokonana analiza porównawcza (na poziomie krajowym i międzynarodowym).

Materiał zgromadzony podczas badań był przedstawiony przez pracowników merytorycznych na konferencjach naukowych jak również przygotowany do publikacji w pismach naukowych. Wyniki i wnioski mają służyć dyskusji nt. standardów diagnozowania i terapii uzależnień behawioralnych. W przedłożonym projekcie procesy demograficzne rozpatrywane były w kontekście krajowym i lokalnym. Zmiany demograficzne w populacji pacjentów leczonych w wybranych ośrodkach zachodzące w ciągu ostatnich 10 lat były przedmiotem rozważań ze względu na ich dostrzegalną i przewidywalną dynamikę oraz zakładane podobieństwo do procesów zachodzących w szerszej skali.

Wstępne badanie przeprowadzono w 3 poradniach w Ośrodku Leczenia Uzależnień „OLU-Podbeskidzie” w II połowie 2016 roku wśród pacjentów uzależnionych behawioralnie i ich rodzin. Objęły one grupę ok. 900 osób i dały możliwość wysunięcia wstępnych wniosków dotyczących np. współwystępowania uzależnień od SP i behawioralnych czy problematyki zadłużenia patologicznych hazardzistów lub ich bliskich prowadzących m.in. do wykluczenia społecznego – kategoria robocza „500 000 zł +”.

W związku z coraz szerszym obszarem działań o charakterze informacyjno-promocyjnym oraz pogłębioną i bardziej wnikliwą diagnostyką, do wielu ośrodków leczenia uzależnień zgłaszały się również dodatkowo osoby nieuzależnione: zagrożone problemem hazardu, innymi uzależnieniami behawioralnymi oraz grające problemowo w gry hazardowe, a także innymi zaburzeniami nawyków i popędów (impulsów).

Obserwacja czynników klinicznych, takich jak: czas i forma leczenia, występowanie powikłań i chorób towarzyszących, jest kluczowa dla oceny trendów w diagnostyce i leczeniu uzależnień behawioralnych.

Projekt badawczy ze strony terapeutycznej był osadzony w programach terapeutycznych dotyczących uzależnień behawioralnych realizowanych z powodzeniem w wybranych ośrodkach. Celem pracy była ocena zmian zachodzących u pacjentów z rozpoznaniem behawioralnymi i ich bliskich leczonych w Ośrodkach Leczenia Uzależnień w Bielsku-Białej, Czechowicach-

Dziedzicach, Gliwicach, Łomży, Ostrołęce, Siemianowicach Śląskich, Sosnowcu, Toruniu, Wrocławiu i Żywcu w okresie 2008-2017. Badania porównywane były w kontekście krajowym z możliwością rozszerzenia wniosków na skalę międzynarodową. Liczba pacjentów leczonych w tym czasie w wyżej wymienionych ośrodkach to szacunkowo 19 000 osób, przy liczbie pacjentów z rozpoznaniem uzależnień behawioralnych i ich bliskich 2486 daje ok. 10% tej populacji w Polsce (grupa reprezentatywna dla wszystkich osób uzależnionych podejmujących leczenie).

W ramach przeprowadzonego badania nie porównywano przebiegu procesu terapeutycznego w poszczególnych ośrodkach.

## 8. Narzędzia badawcze

W badaniach statystycznych wykorzystane było oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.5 oraz MS Excel 2007. Wyniki badania statystycznego uznany zostały za istotne statystycznie, jeśli uzyskany poziom istotności był mniejszy lub równy 0,05.

W badaniach użyte zostaną: test Kołmogorowa – Smirnowa normalności rozkładu, test t - studenta, test Z, test niezależności  $\chi^2$  z poprawką Yatesa.

Wiek pacjentów i długość leczenia/terapii zostanie opisany średnią arytmetyczną, odchyleniem standardowym, medianą. Normalność rozkładu wieku i długości terapii zostanie sprawdzona testem Kołmogorowa - Smirnowa.

Do analizy zmiennych jakościowych użyto testu niezależności  $\chi^2$  z poprawką Yatesa oraz testu Z. Charakterystyki zmiennych jakościowych opisane zostały za pomocą liczebności i udziału procentowego.

Przygotowany arkusz kalkulacyjny pozwolił na zebranie wyników stanowiących podstawę do scharakteryzowania grupy docelowej projektu.

Pierwszym elementem badań był przygotowany arkusz kalkulacyjny, który pozwolił na zebranie wyników stanowiących podstawę do scharakteryzowania grupy docelowej projektu. Stworzono narzędzie badawcze służące zebraniu następujących danych:

- I. Zbadaniu zmian demograficznych:
  1. Grup wiekowych
  2. Struktury stanu cywilnego
    - a. kawaler, panna
    - b. żonaty, zamężna
    - c. wdowiec, wdowa
    - d. rozwiedziony, separacja
    - e. związek nieformalny

- f. brak danych
- 3. Płeć leczonych
- 4. Struktury wykształcenia
  - a. bez wykształcenia
  - b. podstawowe
  - c. zawodowe
  - d. średnie
  - e. wyższe
  - f. brak danych
- 5. Struktury: z kim mieszka?
  - a. samotnie
  - b. z rodziną
  - c. z innymi osobami w indywidualnym gospodarstwie domowym
  - d. dom akademicki
  - e. dom pomocy społecznej
  - f. bezdomny\ła
  - g. wojsko
  - h. inne (jakie...)
  - i. brak danych
- 6. Struktury źródła utrzymania
  - a. praca etatowa
  - b. samodzielna działalność gospodarcza
  - c. praca dorywcza
  - d. rodzina
  - e. emeryt\тка
  - f. rencista\тка
  - g. zasiłek dla bezrobotnych
  - h. pomoc społeczna
  - i. inne
- 7. Miejsce zamieszkania:
  - a. Miasto – 1
  - b. Wieś – 2
- 8. Rozpoznanie wstępne.

W przypadku wystąpienia rozpoznania Z03 i braku rozpoznania zasadniczego wpisywany jest w poz. O (inne uzależnienia) kod według przyjętej klasyfikacji rozpoznań:



- 0- Hazard
- 1- Internet
- 2- Seksoholizm
- 3- Zakupy, kredyty
- 4- Zaburzenia odżywiania
- 5- Pracoholizm
- 6- Inne

9. Rozpoznanie zasadnicze.

10. Rozpoznanie dodatkowe.

11. Inne uzależnienia.

12. Powikłania uzależnień

13. Podział poszczególnych porad/oddziaływań terapeutycznych:

D – porady diagnostyczne – nie więcej niż 3 na rok,

I – porady indywidualne (sesje psychoterapii indywidualnej lub porady instruktora lub porady indywidualne w grancie hazardowym z różnymi symbolami),

G – porady grupowe – w ramach grup „hazardowych” lub ogólnych tj. osób uzależnionych bądź rodzin,

S – leczenie stacjonarne (odwykowe) w danym roku,

O – dzienny oddział odwykowy – wpisujemy liczbę osobodni, w których uczestniczył pacjent, o ile jest u Was dzienny oddział, jeśli nie a był gdzie indziej to 1.

X – oddział detoksykacyjny dotyczy uzależnień od SP,

14. Inne formy leczenia i kontaktu:

F – farmakoterapia:

1- Anticol

2- Esperal

3- Naltrekson

4- Campral

5- Selincro

6- Adepend

7- inne

T – kontakt telefoniczny lub inny rodzaj kontaktu na odległość (telemedycyna),

R – kontakt z rodziną pacjenta.

W przypadku D, I, G, O, T i R wpisywano liczbę kontaktów w danym roku.

15. Klasyfikacja długów:

- 0- do 20 tys
- 1- 20-50 tys.
- 2- 50-100 tys
- 3- 100-250 tys
- 4- 250-500 tys
- 5- Powyżej 500 tys
- 6- Brak danych

16. Zgon: jeśli wiemy, że pacjent zmarł to w jakim wieku np. 48 lat.

17. Uwagi i pytania, o które należy nas zapytać.

Drugim elementem było zastosowanie wspólnej, uzgodnionej baterii testów przesiewowych dotyczących poszczególnych uzależnień behawioralnych:

- CAGE BEHAWIORALNY (Cungi, 2007).

Test miał zastosowanie jako wstępne narzędzie przesiewowe w trakcie wywiadu z nowym pacjentem zgłaszającym się do poradni po raz pierwszy. W przypadku wyniku dodatniego (2 lub więcej odpowiedzi na tak), w dalszej części wywiadu wskazywany problem był szczegółowo omawiany z pacjentem, który otrzymywał również testy specyficzne dla danych zachowań nałogowych.

**Czy mam problem z uzależnieniem od czynności?**

.....  
(Imię i Nazwisko, wiek)

Zastanów się przez chwilę, czy w Twoim życiu są jakieś zachowania, czynności lub obsesje, które Ci je utrudniają bądź stanowią dla Ciebie problem? Czy w Twoim życiu jest jakaś substancja, produkt, którego zażywanie stwarza Ci problemy?

1	Czy istnieje jakaś czynność (czynności) lub czy regularnie zażywam jakiś produkt (produkty) bez których trudno mi się obejść?	Tak   Nie
2	Czy kiedy nie mogę zrealizować danego zachowania lub kiedy nie mogę zażyć tej substancji czuję, że czegoś mi brakuje?	Tak   Nie
3	Czy jestem gotów dużo zapłacić by zdobyć substancję, której potrzebuję lub zrobić coś, co przyniesie mi ulgę?	Tak   Nie

4	Czy jestem gotowy poświęcić dużo czasu i energii, by zdobyć produkt lub wykonać tę czynność?	Tak   Nie
5	Czy ma to wpływ na moje zdrowie?	Tak   Nie
6	Czy ma to wpływ na moją pracę?	Tak   Nie
7	Czy ma to wpływ na moje życie rodzinne?	Tak   Nie
8	Czy ma to wpływ na moje życie towarzyskie i czas wolny?	Tak   Nie
9	Krótko scharakteryzuj swoje trudności:..... .....	Suma odp. TAK:

Dwie lub więcej odpowiedzi twierdzących może świadczyć o problemach w danej sferze, a nawet o uzależnieniu. Im więcej odpowiedzi TAK, tym uzależnienie może być silniejsze. **Omów swoje wyniki z terapeutą indywidualnym.**

.....

(podpis pacjenta)

.....

(data omówienia, podpis terapeuty)

- HAZARD PATOLOGICZNY – SOGS - Henry Lesieur, Sheila Blume – zastosowano ten test jako najbardziej popularny i cytowany w wielu badaniach. Jest narzędziem, którego trafność oraz rzetelność zostały wielokrotnie potwierdzone. Test posiada polską adaptację stworzoną w 2000 roku przez Bogusława Habrata, Cezarego Markuszewskiego oraz Bogdana Woronowicza.

### Czy mam problem z uzależnieniem od hazardu?

#### *The South Oaks Gamblin Screen (SOGS)*

.....

(Imię i Nazwisko, wiek)

1. Proszę wskazać rodzaje hazardu uprawiane przynajmniej raz w życiu – dla każdego przykładu zaznacz jedną odpowiedź, stawiając znak 'X'

		Wcale	Rzadziej niż raz w tygodniu	Raz w tyg. lub częściej
A	Gra w karty na pieniądze			
B	Zakłady na wyścigach koni, psów, innych zwierząt			

C	Bukmacherskie zakłady sportowe			
D	Gra w kości na pieniądze			
E	Gry w kasynie (legalnym lub nie)			
F	Gra w Lotto, inne gry liczbowe (np. 'zdrapki') lub zakłady pieniężne			
G	Gra w bingo pieniężne			
H	Gra na giełdach			
I	Granie na automatach			
J	Gra na pieniądze w gry wymagające sprawności (np. w kręgle, w bilard, w golfa lub inne)			
K	Loterie pieniężne, fantowe lub inne gry losowe			
L	Inne formy hazardu nie wymienione wyżej: .....			

2. Jaka najwyższą kwotę pieniędzy zaryzykowałeś/-aś kiedykolwiek jednego dnia?

- |                           |       |                              |       |
|---------------------------|-------|------------------------------|-------|
| Nigdy nie ryzykowałem/-am | (...) | Mniej niż 5 złotych          | (...) |
| Od 5 do 50 złotych        | (...) | Od 50 do 500 złotych         | (...) |
| Od 500 do 5 tys. złotych  | (...) | Od 5 tys. do 50 tys. złotych | (...) |
| Ponad 50 tys. złotych     | (...) |                              |       |

3. Zaznacz, która z niżej wymienionych osób związanych z Tobą ma (lub miała) skłonność do hazardu:

- |   |       |                      |       |
|---|-------|----------------------|-------|
| Ojciec                                      | (...) | Matka                | (...) |
| Brat lub siostra                            | (...) | Małżonek lub partner | (...) |
| Dziecko (dzieci)                            | (...) | Krewni               | (...) |
| Przyjaciel lub ktoś inny ważny w moim życiu | (...) |                      |       |

4. Jak często następnego dnia usiłujesz się odegrać?

- |  |       |
|--|-------|
| Nigdy  | (...) |
| Czasem (rzadziej niż w połowie przypadków, gdy przegrywam) | (...) |
| Większość razy, gdy przegrywam                             | (...) |
| Zawsze, gdy przegrywam                                     | (...) |

5. Czy kiedykolwiek twierdziłeś/-aś, że wygrałeś/-aś podczas gdy w rzeczywistości przegrałeś/-aś?

- Nigdy (...)
   
Tak, ale rzadziej niż w połowie przypadków przegranych (...)
   
Tak, w większości przypadków (...)
6. Czy uważasz, że hazard był kiedykolwiek dla Ciebie problemem?
- Nie (...)
   
Tak, ale tylko w przeszłości (...)
   
Tak, (...)
7. Czy kiedykolwiek grałeś/-aś dłużej/więcej niż pierwotnie planowałeś/-aś?
- Tak (...) Nie (...)
8. Czy ktokolwiek krytykował Cię z powodu Twojego grania lub mówił Ci, że masz problem z hazardem (bez względu na to, czy miał Twoim zdaniem rację czy nie)?
- Tak (...) Nie (...)
9. Czy kiedykolwiek miałeś poczucie winy z powodu tego, w jaki sposób grasz lub z powodu konsekwencji Twojego grania?
- Tak (...) Nie (...)
10. Czy kiedykolwiek próbowałeś przestać grać na pieniądze, a jednocześnie nie wierzyłeś w to, że jesteś w stanie przestać?
- Tak (...) Nie (...)
11. Czy kiedykolwiek ukrywałeś przed współmałżonkiem, dziećmi lub innymi ważnymi dla Ciebie osobami druki zakładów, bilety loterii, pieniądze z zakładów, kwity dłużne lub inne dowody świadczące o Twoim graniu?
- Tak (...) Nie (...)
12. Czy kiedykolwiek miały miejsce poważne nieporozumienia z osobami najbliższymi o to, jak gospodarujesz pieniędzmi?
- Tak (...) Nie (...)
13. Czy spory dotyczące pieniędzy miały jakikolwiek związek z Twoim graniem?
- Tak (...) Nie (...)
14. Czy kiedykolwiek pożyczyłeś/-aś pieniądze od kogoś i nie zwróciłeś/-aś ich z powodu hazardowego grania?
- Tak (...) Nie (...)
15. Czy kiedykolwiek na hazardowe granie poświęciłeś/aś czas, który powinieneś/-aś wykorzystać na naukę lub na pracę?
- Tak (...) Nie (...)

16. Jeżeli pożyczasz/-aś pieniądze na granie lub pokrycie długów związanych z hazardem, zaznacz skąd je brałeś/-aś (zaznacz TAK lub NIE stawiając znak 'X' dla każdego punktu)		TAK	NIE
A	Z pieniędzy domowych		
B	Od współmałżonka		
C	Od krewnych swoich lub współmałżonka		
D	Z banków, kas pożyczkowych lub spółek kredytowych		
E	Z kart kredytowych		
F	Od lichwiarzy		
G	Spieniżyłeś/-aś akcje, obligacje lub inne zabezpieczenia		
H	Sprzedasz/-aś osobistą lub rodzinną własność		
I	Zadłużyłeś/-aś swój rachunek bankowy		
J	Masz (miałeś/-aś) otwarty kredyt u bukmachera		
K	Masz (miałeś/-aś) otwarty kredyt w kasynie		

Sprawdź dokładnie, czy odpowiedziałeś na wszystkie pytania. Każda odpowiedź „TAK” to 1 pkt.

Nie należy liczyć punktów z pozycji 1, 2, 3, 12, 16J, 16K.

**MÓJ ŁĄCZNY WYNIK - .....**

**Omów swoje wyniki z terapeutą indywidualnym.**

.....

(podpis pacjenta)

.....

(data omówienia, podpis terapeuty)

Na podstawie: Lesieur, H.R., Blume, S.B. *The South Oaks Gambler Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathology gamblers.* American Journal of Psychiatry (1987).

- PRACOHOLIZM - WART Work Addiction Risk Test - Robinson B. – został wybrany jako jeden z popularnych i uznawanych testów w Polsce i na świecie. Kamila Wojdyło stworzyła polską adaptację tego testu (Wojdyło., 2010).

### Czy mam problem z uzależnieniem od pracy?

.....  
(Imię i Nazwisko, wiek)

Zastanów się przez chwilę nad swoim funkcjonowaniem w sferze zawodowej oraz zarządzaniem swoim wolnym czasem i odpowiedź na poniższe pytania:

1	Wolę większość rzeczy wykonywać samodzielnie, niż prosić o pomoc.	Tak   Nie
2	Niecierpliwie się, gdy muszę czekać na kogoś innego lub na coś, co trwa zbyt długo.	Tak   Nie
3	Wydaje się, że spieszę się i ścigam z czasem.	Tak   Nie
4	Irytuję się, gdy ktoś przerywa mi w chwili, kiedy jestem czymś zajęta/y.	Tak   Nie
5	Jestem stale zajęta/y i zbyt wiele rzeczy wykonuję natychmiast.	Tak   Nie
6	Równocześnie robię dwie lub trzy rzeczy, np. jem i zapisuję sprawy istotne w chwili, gdy rozmawiam przez telefon.	Tak   Nie
7	Zbyt angażuję się, biorąc na swoje barki więcej, niż jestem w stanie udźwignąć	Tak   Nie
8	Mam poczucie winy, gdy nie jestem czymś zajęta/y.	Tak   Nie
9	Ważnym jest dla mnie, abym widziała/widział konkretne rezultaty mojej pracy.	Tak   Nie
10	Bardziej interesuje mnie wynik mojej pracy niż sam proces.	Tak   Nie
11	Jak dla mnie, wszystko porusza się i dzieje zbyt wolno.	Tak   Nie
12	Tracę panowanie nad sobą, jeśli sprawy nie idą po mojej myśli.	Tak   Nie
13	Nie zdając sobie z tego sprawy, zadaję ponownie to samo pytanie, chociaż już dawno otrzymałam/em na nie odpowiedź.	Tak   Nie
14	Wiele czasu spędzam planując i myśląc o przyszłych zdarzeniach, ignorując to, co dzieje się tu i teraz.	Tak   Nie

15	Kontynuuję pracę nawet wtedy, gdy współpracownicy ogłosili jej koniec.	Tak   Nie
16	Złoszczę się, gdy ludzie nie są w stanie sprostać moim wymaganiom.	Tak   Nie
17	Denerwuję się, gdy jestem w sytuacji, której nie mogę kontrolować.	Tak   Nie
18	Wywieram na siebie nacisk, narzucając sobie nieprzekraczalne terminy pracy.	Tak   Nie
19	Trudno jest mi odprężyć się, gdy nie pracuję.	Tak   Nie
20	Poświęcam więcej czasu na pracę niż na spotkania z przyjaciółmi, zainteresowania czy też inne formy spędzania czasu wolnego.	Tak   Nie
21	Zagłębam się w projekcie przed zakończeniem poszczególnych faz jedynie po to, aby zacząć jako pierwsza/y.	Tak   Nie
22	Denerwuję się na siebie, gdy popełniam nawet najmniejszy błąd.	Tak   Nie
23	Poświęcam więcej myśli, czasu i energii pracy niż związkom z przyjaciółmi czy osobami, które kocham.	Tak   Nie
24	Zapominam, ignoruję lub lekceważę urodziny, zjazdy, rocznice czy wakacje.	Tak   Nie
25	Podejmuję ważne decyzje, zanim poznam wszystkie fakty i dokładnie je przemyślę.	Tak   Nie
		Suma odp. TAK:

Sprawdź dokładnie, czy odpowiedziałeś na wszystkie pytania.

Duża liczba odpowiedzi twierdzących może świadczyć o problemach w sferze zawodowej, a nawet o uzależnieniu. Im więcej odpowiedzi TAK, tym uzależnienie może być silniejsze.

**Omów swoje wyniki z terapeutą indywidualnym.**

.....

(podpis pacjenta)

.....

(data omówienia, podpis terapeuty)

Na podstawie: Wojdyło, K. (2005). *Kwestionariusz Pracoholizmu (WART) — adaptacja narzędzia i wstępna analiza własności psychometrycznych* ( Nowiny psychologiczne 4/2005, str. 71-84).



- SEKSOHOLIZM - opracowanie własne. Ze względu na brak wystandaryzowanego narzędzia ułożono 25 pytań, których zadaniem było usystematyzowanie oraz ułatwienie procedury zebrania wywiadu w kierunku problematyki seksualnej. Kwestionariusz powstał w 2015 roku we współpracy pomiędzy trzema śląskimi ośrodkami leczącymi osoby uzależnione behawioralnie i stanowi wynik ich co najmniej kilkuletnich doświadczeń klinicznych oraz aktualnej wiedzy naukowej (Zdrada, 2017).

### Czy mam problem z zachowaniami seksualnymi?

.....  
(Imię i Nazwisko, wiek)

Zastanów się przez chwilę nad swoim funkcjonowaniem w sferze seksualnej i odpowiedź na poniższe pytania:

1	Czy byłeś ofiarą wykorzystania seksualnego jako dziecko lub nastolatek?	Tak   Nie
2	Czy prenumerowałeś albo systematycznie kupowałeś erotyczne czasopisma?	Tak   Nie
3	Czy twoi rodzice mieli kłopoty seksualne?	Tak   Nie
4	Czy często czułeś się owładnięty myślami o treści seksualnej?	Tak   Nie
5	Czy masz wrażenie, że twoja aktywność seksualna nie jest normalna?	Tak   Nie
6	Czy obiecywałeś sobie, że zaprzestasz pewnych form swoich zachowań seksualnych?	Tak   Nie
7	Czy próbowałeś powstrzymać się od jakiegoś rodzaju zachowań seksualnych i ci się nie udało?	Tak   Nie
8	Czy musisz ukrywać jakieś cechy swoich zachowań seksualnych przed innymi?	Tak   Nie
9	Czy próbowałeś skończyć z niektórymi elementami swojej aktywności seksualnej?	Tak   Nie
10	Czy kiedykolwiek czułeś się poniżony z powodu swojej aktywności seksualnej?	Tak   Nie
11	Czy twój małżonek lub partner kiedykolwiek martwił się albo skarżył na twoje zachowanie seksualne?	Tak   Nie

12	Czy miałeś kłopoty z powstrzymaniem się od danego zachowania seksualnego, chociaż wiedziałeś, że jest ono niewłaściwe?	Tak   Nie
13	Czy kiedykolwiek czułeś się źle z powodu swoich zachowań seksualnych?	Tak   Nie
14	Czy kiedykolwiek były one źródłem problemów dla ciebie lub twojej rodziny?	Tak   Nie
15	Czy kiedykolwiek szukałeś pomocy w związku ze swoimi zachowaniami seksualnymi, które ci nie odpowiadały?	Tak   Nie
16	Czy kiedykolwiek martwiłeś się o to, że ludzie mogą dowiedzieć się czegoś o twoim życiu seksualnym?	Tak   Nie
17	Czy twoje zachowania seksualne raniły twoje uczucia?	Tak   Nie
18	Czy jakieś twoje praktyki seksualne łączyły się z łamaniem prawa?	Tak   Nie
19	Czy seks był lub jest dla ciebie sposobem ucieczki od problemów?	Tak   Nie
20	Czy po uprawianiu seksu czujesz się potem przygnębiony?	Tak   Nie
21	Czy czułeś potrzebę przerwania określonych praktyk seksualnych?	Tak   Nie
22	Czy twoja aktywność seksualna koliduje z twoim życiem rodzinnym?	Tak   Nie
23	Czy zdarzało ci się zachowywać seksualnie wobec nieletnich?	Tak   Nie
24	Czy masz poczucie, że twoje pragnienia seksualne panują nad tobą?	Tak   Nie
25	Czy kiedykolwiek myślałeś, że twoje pragnienia seksualne są silniejsze od ciebie?	Tak   Nie
		Suma odp. TAK:

Sprawdź dokładnie, czy odpowiedziałeś na wszystkie pytania.

Duża liczba odpowiedzi twierdzących może świadczyć o problemach w sferze seksualnej, a nawet o uzależnieniu. Im więcej odpowiedzi TAK, tym uzależnienie może być silniejsze.

**Omów swoje wyniki z terapeutą indywidualnym.**

.....  
(podpis pacjenta)

.....  
(data omówienia, podpis terapeuty)

Na podstawie artykułu: *Kiedy seks jest nałogowy?* Świat Problemów (2002), nr 7/8, s 14-18.

- SIECIOHOLIZM - The Compulsive Internet Use Scala - Meerkerk G.J. – na potrzeby grantu uzgodniono używanie poniższego testu dotyczącego problemów z korzystaniem z Internetu i komputera. Skala uznawana jest za narzędzie o potwierdzonej własności psychometrycznej. W trzykrotnie wykonanych badaniach holenderskich prowadzonych przez G.J. Meerkerk i in. (2009) rzetelność skali wynosiła  $\alpha$ -Cronbacha od 0,89 do 0,90.

### Czy mam problem z korzystaniem z komputera?

.....  
(Imię i Nazwisko, wiek)

Zastanów się przez chwilę nad czasem oraz sposobem, w jaki korzystasz z komputera/Internetu. Szacując czas przebywania w Internecie pamiętaj, iż korzystasz z niego również w smartfonie, tablecie, pracy itd...

Odpowiedz na poniższe pytania:

lp	Częstotliwość	Nigdy 0 pkt.	Rzadko 1 pkt.	Czasami 2 pkt.	Często 3 pkt.	Bardzo często 4 pkt.
1	Jak często masz trudności z zakończeniem korzystania z komputera lub surfowania w sieci?					
2	Jak często kontynuujesz korzystanie z komputera lub surfowanie, mimo że właściwie chciałbyś/-łabyś już je zakończyć?					
3	Jak często inne osoby (partner, dzieci, rodzice) zwracają Ci uwagę, żebyś rzadziej korzystał/-ła z komputera/Internetu?					
4	Jak często wolisz spędzać czas korzystając z komputera lub będąc w sieci zamiast z partnerem, dziećmi, rodzicami, przyjaciółmi?					
5	Jak często sypiasz zbyt krótko z powodu korzystania z komputera, surfowania?					
6	Jak często myślisz o komputerze, grach, internecie, portalach społecznościowych, nie będąc w sieci?					

7	Jak często cieszysz się już na kolejny czas korzystania z komputera, na kolejne wejście do sieci?					
8	Jak często sam/sama dochodzisz do wniosku, że powinieneś/-naś spędzać z komputerem/w Internecie mniej czasu?					
9	Jak często próbowałeś/-łaś bezskutecznie ograniczyć czas spędzany na komputerze/w sieci?					
10	Jak często załatwiasz pośpiesznie różne sprawy, by jak najszybciej znów móc korzystać z komputera lub wejść do sieci?					
11	Jak często zaniedbujesz swoje obowiązki (szkołę, pracę, życie rodzinne), bo o wiele chętniej spędzasz czas przed komputerem lub w sieci?					
12	Jak często korzystasz z komputera bądź wchodzisz do Internetu, gdy czujesz się przygnębiony/-na?					
13	Jak często „uciekasz” do komputera/Internetu przed problemami i złym nastrojem?					
14	Jak często odczuwasz niepokój, frustrację i podenerwowanie, gdy nie masz możliwości korzystania z komputera bądź surfowania w sieci?					
Łącznie w poszczególnych odpowiedziach						
Suma punktów łącznie						

Sprawdź dokładnie, czy odpowiedziałeś na wszystkie pytania. Duża liczba punktów może świadczyć o problemach z korzystaniem z komputera/Internetu, a nawet o uzależnieniu. Im więcej zdobyłeś punktów, tym uzależnienie może być silniejsze.

### Omów swoje wyniki z terapeutą indywidualnym

.....  
(podpis pacjenta)

.....  
(data omówienia, podpis terapeuty)

Na podstawie: Meerkerk, G.J., i in. (2009) *The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties*. *Cyberpsychology and Behavior* 12(1), str 1-6.

- ZABURZENIA ODŻYWIANIA - opracowanie własne – podobnie jak w przypadku uzależnień związanych z zachowaniami seksualnymi, z uwagi na ubogość w polskich warunkach rzetelnych narzędzi diagnostycznych postanowiono stworzyć szablon, który miał wspomóc oraz wystandaryzować procedurę zbierania wywiadu. Powstał on również w wyniku współpracy trzech ośrodków leczniczych i stosowany jest w nich z powodzeniem od 2015 roku (Jędrzejko i in., 2015).

### Czy mam problem zaburzeniami odżywiania?

.....  
(Imię i Nazwisko, wiek)

#### POMOCNICZY KWESTIONARIUSZ DIAGNOSTYCZNY:

1. Ile masz wzrostu? .....cm
2. Ile ważysz? .....kg
3. Czy w ostatnim czasie schudłeś/-aś lub przybrałeś/-aś na wadze? */podkreślić właściwe/* TAK/NIE
4. Jeśli TAK, to ile i w jakim czasie ..... kg w przeciągu .....
5. Czy przy swoim wzroście i obecnej wadze czujesz się za gruby/-a? TAK/NIE
6. Jak sądzisz z jaką wagą czułbyś/-abyś się dobrze? .....kg
7. Czy stosowałeś/-aś diety odchudzające? TAK/NIE  
Jeśli TAK, to ile miałeś/-aś lat, gdy zacząłeś/-aś się odchudzać .....lat
8. Czy starasz się ograniczyć jedzenie, by schudnąć lub nie przytyć? TAK/NIE
9. Co czujesz, kiedy jesteś głodny/-a?
  - lubię to uczucie, staram się je często odczuwać (...)
  - nie lubię tego uczucia, staram się jak najszybciej zaspokoić głód
 (...) 10. Jeżeli lubisz uczucie głodu – spróbuj opisać dlaczego? Jak się wtedy czujesz, co myślisz?  
.....
11. Czy próbujesz wpłynąć na swój apetyt i głód stosując któreś z poniższych środków?
  - środki wspomagające odchudzanie (...)
  - środki hamujące apetyt (...)
  - alkohol (...)
  - papierosy (...)
  - narkotyki (...)
  - inne .....

12. Czy po jedzeniu chcąc zapobiec przytyciu, próbujesz się pozbyć tego co zjadłeś/-aś w któryś z poniższych sposobów?
- prowokuje wymioty (...)
  - stosuje środki przeczyszczające (...) • dużo ćwiczę, aby wszystko spalić (...)
  - inne .....
13. Jeśli prowokujesz wymioty/przeczyszczasz się - jak często to robisz od jak dawna?  
..... razy w miesiącu od ..... lat
14. Czy zdarzają ci się napady głodu, podczas których jesz bardzo dużo i masz poczucie, że nie kontrolujesz swojego zachowania? TAK/NIE
15. Jeśli zdarzają Ci się tego typu napady głodu, spróbuj opisać, co wtedy przykładowo zjadasz i w jakich ilościach?  
.....
16. Czy analizujesz liczbę kalorii w spożywanych pokarmach? TAK/NIE
17. Jak często myślisz o jedzeniu?
- w zasadzie ciągle, kiedy jem, kiedy nie jem – cały czas; (...)
  - dość często, częściej niż dawniej; (...)
  - kiedy jestem głodny, przygotowując posiłki; (...)
18. Czy po jedzeniu czujesz wyrzuty sumienia z powodu tego, że coś zjadłeś/-aś?
- tak, niezależnie od tego, co zjem; (...)
  - tak, ale jeżeli zjem coś wyjątkowo kalorycznego; (...)
  - nie; (...)
19. Jeśli przeżywasz wyrzuty sumienia z powodu tego co zjadłeś/-aś – spróbuj je opisać: co wtedy myślisz?, co czujesz?  
.....
20. Czy lubisz gotować, przyrządzać posiłki? TAK/NIE
21. Czy zauważyłeś/-aś u siebie któreś z poniższych objawów?
- ciągłe uczucie zimna (...)
  - wypadanie, przeredzenie włosów (...)
  - ziemista, matowa, zmęczona cera (...)
  - uczucie apatii (...)
  - niechęć do towarzystwa i ludzi (...)
  - niechęć do uśmiechania się (...)
  - zatrzymanie miesiączki (...)
  - zaparcia (...)
  - inne .....

22. Jeśli zatrzymała Ci się miesiączka, to jak dawno temu: ..... i na jak długo: ..... miesiący.
23. Jakie masz zdanie o sobie?
- w pełni się akceptuję, nie mam ze sobą problemów; (...)
  - oczywiście mam swoje wady, ale uważam, że jestem w porządku; (...)
  - nie bardzo jestem z siebie zadowolony/-a, ale pracuję nad sobą; (...)
  - nie uważam się za osobę godną zainteresowania; (...)
  - nienawidzę siebie; (...)
24. Jak często się ważysz? .....
25. Co czujesz kiedy uda ci się schudnąć chociażby kilkaset gramów?
- czuje wielką radość i satysfakcję; (...)
  - oczywiście cieszę się, ale bez przesady; (...)
  - nie ma to dla mnie większego znaczenia; (...)
26. Co czujesz kiedy przytyjesz chociażby kilkaset gramów?
- jestem wściekły/-a, nienawidzę się; (...)
  - nie jestem zachwycony/-a, ale nic takiego się nie stało; (...)
  - jest mi to obojętne; (...)
27. Czy myślisz, że gdybyś był/-a szczuplejszy/-a byłbyś/-abyś bardziej lubiany/-a, doceniany/-a, kochany/-a? TAK/NIE
28. Czy jesteś zadowolony/-a ze swego życia towarzyskiego i osobistego, czy masz przyjaciół, jesteś szczęśliwy/-a?
- wszystko jest w porządku; (...)
  - często czuje się samotny/-a; (...)
29. Czy umiesz przyjmować komplementy?
- jak każdy lubię ich słuchać; (...)
  - czuję się zakłopotany/-a, ale jest mi miło; (...)
  - nie wierzę kiedy ktoś mówi coś pozytywnego; (...)
30. Czy jest w twojej rodzinie ktoś, kto ciągle się odchudza /np. mama/? TAK/NIE
31. Czy często od ludzi dla ciebie ważnych /rodzina, przyjaciele/ słyszałeś/-aś niepochlebne opinie o osobach otyłych?  
TAK/NIE
32. Czy uważasz, że chcesz/powinneś/-aś coś jeszcze dodać, napisać w tym miejscu, co wydaje Ci się być istotne?  
.....

**Sprawdź czy odpowiedziałeś/-aś na wszystkie pytania – wyniki omów z terapeutą.**

- ZAKUPOHOLIZM - The Compulsive Buying Measure Scale - Valence G., D'Aston A., Fortier L. – na potrzeby grantu wykorzystano poniższy test. Test ten posiada potwierdzone właściwości psychometryczne, wykorzystany został przez prof. Ninę Ogińską-Bulik jako jedno z narzędzi z którym korelowała ona stworzoną przez siebie Skalę Zachowań Zakupowych (Shulman, 2017).

### Czy mam problem z zakupami?

.....  
(Imię i Nazwisko, wiek)

Zastanów się przez chwilę nad swoim funkcjonowaniem w kwestii wydatków oraz swojej sytuacji finansowej i odpowiedź na poniższe pytania:

1	Czy kiedykolwiek odczuwał/a Pan/i silną potrzebę dokonywania zakupów?	Tak   Nie
2	Czy już sama o zakupach wpływa korzystnie na Pana/Pani samopoczucie?	Tak   Nie
3	Czy podczas dokonywania zakupów miał/a Pan/i kiedykolwiek poczucie oderwania się od swoich problemów?	Tak   Nie
4	Czy podczas dokonywania zakupów odczuwa Pan/i podekscytowanie lub euforię?	Tak   Nie
5	Czy zdarza się Panu/Pani dokonywać zakupów po to, aby poradzić sobie ze złym samopoczuciem (depresją) lub samotnością?	Tak   Nie
6	Czy po dokonaniu zakupu odczuwa Pan/i ulgę lub odprężenie?	Tak   Nie
7	Czy kiedykolwiek, wkrótce po dokonaniu zakupu, zdarzyło się zapomnieć, dlaczego Pan/i kupił/a ten przedmiot bądź artykuł?	Tak   Nie
8	Czy zdarzyło się Panu/Pani kiedykolwiek kupić niepotrzebne rzeczy lub artykuły?	Tak   Nie
9	Czy zdarza się Pan/i dokonywanie impulsywnych zakupów kosztem ograniczania wydatków na rzeczy naprawdę potrzebne?	Tak   Nie
10	Czy zdarza się Panu/Pani kupować przedmioty, na które Pana/Pani nie stać, tylko dlatego, ponieważ uważa Pan/i, że zasługuje na to, aby być dla siebie dobrym/ą?	Tak   Nie
11	Czy zdarzyło się Panu/Pani wydać kiedykolwiek wyjątkowo dużą ilość pieniędzy na zakupy?	Tak   Nie



12	Czy podczas zakupów bardzo często kupuję Pan/i dużo więcej niż planowałem/am, chociaż wiem, że mnie na to nie stać?	Tak   Nie
13	Czy kiedykolwiek, po dokonaniu zakupu, miał/a Pan/i poczucie winy?	Tak   Nie
14	Czy większość zakupów dokonuje Pan/i w samotności, traktując to jako swoje „tajne, grzeszne zachowanie”?	Tak   Nie
15	Czy ma Pan/i tendencje do gromadzenia rzeczy, chociaż z nich nie korzystam?	Tak   Nie
16	Czy Pana/Pani nadmierne wydatki mają negatywny wpływ na Pana/Pani życie lub sytuację finansową?	Tak   Nie
17	Czy zdarzają się Panu/Pani trudności z płynnością finansową ?	Tak   Nie
18	Czy zdarza się, że ma Pan/i na koniec miesiąca trudności ze znalezieniem pieniędzy na spłatę zadłużenia?	Tak   Nie
19	Czy zdarza się, że Pani/Pana karty kredytowe osiągają bardzo wysokie kwoty zadłużenia?	Tak   Nie
20	Czy zdarzają się, że zaciąga Pan/i zobowiązania kredytowe, których nie jest w stanie spłacić?	Tak   Nie
21	Czy kiedykolwiek zdarzyło się Panu/Pani spłacać swoje długi korzystając z kolejnych pożyczonych środków?	Tak   Nie
		Suma odp. TAK:

Sprawdź dokładnie, czy odpowiedziałeś na wszystkie pytania.

Duża liczba odpowiedzi twierdzących może świadczyć o problemach z dokonywaniem zakupów oraz dbaniem o swoją sytuację finansową, a nawet o uzależnieniu. Im więcej odpowiedzi TAK, tym uzależnienie może być silniejsze.

**Omów swoje wyniki z terapeutą indywidualnym.**

..... (podpis pacjenta)  
..... (data omówienia, podpis terapeuty)

Na podstawie testu Compulsive Buying Measurement Scale: Valence G, D'Astou A, Fortier L. In: *Compulsive buying: concept and measurement*.

Trzecim dodatkowym elementem badawczym była końcowa ankieta podsumowująca projekt, przeznaczona dla pracowników realizujących badania, która posłużyła m.in. do opracowania stawianych hipotez badawczych o charakterze jakościowym.

Ankieta dla pracowników merytorycznych realizujących badania (do użytku wewnętrznego).

1. Czy we wstępnej diagnostyce pacjentów zgłaszających się do Waszego ośrodka ambulatoryjnego używano ogólnych testów przesiewowych lub pytań w kierunku uzależnień i nałogów behawioralnych?
  - a. W stosunku do każdego nowego pacjenta
  - b. W stosunku do co najmniej 50% nowych pacjentów
  - c. Mniej niż 50% lecz więcej niż incydentalnie
  - d. Indywidualnie tj. 0-10% nowych pacjentów.
2. Czy testy przesiewowe w kierunku patologicznego hazardu, pracoholizmu, seksoholizmu, zakupoholizmu, zaburzeń odżywiania lub innego UB były stosowane w wypadku deklaracji pacjenta o problemach w tym zakresie?
  - a. Zawsze lub prawie zawsze (pow.75% pacjentów behawioralnych)
  - b. Więcej niż połowa około (50-75% pacjentów)
  - c. Mniej niż połowa około 25-50% pacjentów.
  - d. Diagnostyka opierała się wyłącznie o poradę diagnostyczną lekarską.
3. Czy diagnostyka pacjentów z PH jest prowadzona przez lekarza psychiatrę (lub w trakcie specjalizacji z psychiatrii) w oparciu o ICD-10?
  - a. u każdego pacjenta (co najmniej jedna porada diagnostyczna)
  - b. u każdego nowego pacjenta w danym roku (co najmniej jedna PD)
  - c. co najmniej u 50% wszystkich pacjentów
  - d. co najmniej u 50% wszystkich nowych pacjentów
  - e. mniej niż 25% wszystkich pacjentów
  - f. mniej niż 25% nowych pacjentów.
4. Czy lekarz psychiatra prowadzi diagnostykę w kierunku współwystępowania i różnicowania zaburzeń psychicznych i uzależnień od SP u pacjentów z nałogami behawioralnymi?
  - a. zawsze (tj. pow. 75% przypadków)
  - b. często (tj. ok. 50-75% przypadków)
  - c. raczej tak (tj. 25-50% przypadków)
  - d. rzadko (tj. 5-25% przypadków)
  - e. w zasadzie nie (tj. 0-5% przypadków).

5. Czy w Waszym ośrodku na rzecz pacjentów z PH jest prowadzona diagnostyka zaburzeń osobowości?
  - a. więcej niż w połowie przypadków
  - b. rzadko u 1-50% przypadków
  - c. incydentalnie u 1-10% przypadków
  - d. poniżej 1% przypadków.
6. Czy w Waszym ośrodku stosuje się inne dodatkowe kryteria diagnostyczne - proszę wymienić?
7. Czy w Waszym ośrodku stopień (głębokość) UB decyduje o uzgodnionym z pacjentem sposobie terapii np. ambulatoryjna czy stacjonarna?
  - a. tak – zawsze
  - b. proponujemy to co mamy do zaoferowania w naszym ośrodku.
8. Ilu pacjentów zgłosiło się do Waszej PLU (dane statystyczne dokładne) LICZBA PACJENTÓW za lata 2008-2016.
9. Ilu pacjentów zgłosiło się do Waszej PLU (dane statystyczne dokładne) LICZBA PACJENTÓW BEHAWIORALNYCH.
10. Czy są reklamowane lub prowadzone działania profilaktyczne w nawiązaniu do uzależnień behawioralnych i od kiedy? (ulotki, prasa, radio, TV, Internet)
  - a. tak, regularnie, od roku
  - b. tak, nieregularnie
  - c. nie prowadzimy działań promocyjnych
11. Na promocję przeznaczono średnio rocznie (proszę wziąć pod uwagę dane z 2014, 2015 i 2016)
  - a. 0 zł (to tylko nasza inicjatywa w ramach etatu lub wolontariatu pracowników)
  - b. 0-500 zł (zlecamy pewne zadania na zewnątrz np. ulotki, dział UB na stronie www itp.)
  - c. 500-1000 zł (jesteśmy aktywni w działaniach profilaktycznych lub promocyjnych na terenie, angażujemy się w lokalnej prasie czy TV kablowej)
  - d. pow. 1000 zł (jesteśmy bardzo aktywni w prowadzeniu działań profilaktycznych lub promocyjnych w różnych formach jw. oraz dodatkowo - organizacja lokalna konferencji, działania marketingowe w Internecie, lokalne i ogólnopolskie media).
12. Czy w Waszym ośrodku macie wyodrębniony, wyspecyfikowany (procedury) program terapii uzależnień behawioralnych?
  - a. tak - opiera się na indywidualnym kontakcie gdzie omawiana jest problematyka UB
  - b. tak (a) wg przyjętych scenariuszy zajęć dla np. PH

- c. tak (a+b) oraz pacjent bierze udział w grupach dla osób uzależnionych od SP, gdzie realizowany jest program dla wszystkich uzależnień
  - d. tak (a+b) oraz pacjent bierze udział w grupach wyodrębnionych np. dla PH lub seksoholików oraz częściowo z wszystkimi pacjentami uzależnionymi
  - e. tak (a+b) oraz pacjent bierze udział w wyodrębnionym programie terapeutycznym np. dla PH lub seksoholików i równolegle nie musi korzystać z programu w grupach mieszanych UCH + UB
  - f. inne tak np. doradztwo finansowe lub prawne
  - g. inne niewyspecyfikowane powyżej opisać jakie.
13. Czy pracownicy merytoryczni pracujący z osobami uzależnionymi behawioralnie, mają za sobą specjalistyczne szkolenia z tej tematyki np. DM, TPB i ogólne szkolenie nt. uzależnień behawioralnych?
- a. tak - wszyscy co najmniej 50 godzin wykładowych lub warsztatowych
  - b. tak - co najmniej połowa ma powyżej 50 godzin szkolenia, pozostali mają za sobą krótkie szkolenia lub są w trakcie
  - c. tak - ponad połowa zespołu ma rozpoczęte szkolenia lub odbyli krótkie szkolenia np. 2-3 dniowe
  - d. tak, mniej niż 50% zespołu posiada szkolenia w zakresie uzależnień behawioralnych.
14. Czy zespół korzysta regularnie z superwizji klinicznej specyficznej dla uzależnień behawioralnych (dane za co najmniej 1 rok z 2014, 2015 i 2016)?
15. Czy obecny udział procentowy uzależnień behawioralnych (10-15% populacji pacjentów) może osiągnąć w perspektywie 5-10 lat regularnych oddziaływań stały poziom ok. 20% ogólnej liczby pacjentów, uwzględniającej uzależnienia od substancji psychoaktywnych?
- a. Tak
  - b. Raczej tak
  - c. Raczej nie
  - d. Nie
16. Grupa rodzin i bliskich osób uzależnionych behawioralnie jest najbardziej zróżnicowana. Czy są jakieś cechy, które odróżniają tę grupę od rodzin osób uzależnionych od SP? Proszę wymienić kilka: .....
- .....
17. Pacjenci uzależnieni od hazardu, seksoholicy i infoholicy lub uzależnieni od gier mogą stanowić homogenne grupy terapeutyczne ze względu na wyraźną liczebność tych grup na tle innych uzależnień behawioralnych. Czy istnieje możliwość i sensowność stwarzania grup homogenych dla PH, seksoholików, infoholików?

- a. Tak – ponieważ.....
  - b. Nie – ponieważ.....
18. Pacjenci uzależnieni behawioralnie leczą się trudniej niż uzależnieni od alkoholu (mają gorsze wskaźniki – szybciej przerywają terapię, uczęszczają nieregularnie, większa część wypada z terapii na poziomie diagnostycznym i motywacyjnym, INNE – JAKIE?  
(*podkreśl te spostrzeżenia, z którymi się zgadzasz*)
19. Mało osób uzależnionych behawioralnie korzysta z pomocy ośrodków stacjonarnych i dziennych oddziałów – brak oferty – PROSZĘ O KOMENTARZ.
20. Pacjenci uzależnieni behawioralnie, którzy ukończyli program terapii lepiej funkcjonują społecznie niż pacjenci, którzy nie ukończyli terapii – PROSZĘ O KOMENTARZ.
- a. Tak – ponieważ.....
  - b. Nie – ponieważ.....
21. W programach opartych o pełną abstynencję pacjenci uzależnieni behawioralnie częściej łamią kontrakt, np. abstynencję, mają częstsze nawroty niż osoby w programach redukcji szkód – PROSZĘ O KOMENTARZ.
22. Waszym zdaniem jakie jest miejsce zaburzeń odżywiania w stosunku do uzależnień behawioralnych. PROSZĘ O KOMENTARZ.

Analiza statystyczna danych oraz wnioski z ankiety dla pracowników pozwoliły na weryfikację założeń, przedstawionych w pkt 10 „Opis założeń”. Z tego względu analiza statystyczna przebiegała dwu-etapowo. Wstępna analiza zgromadzonych danych pozwoliła zweryfikować spójność informacji a konieczność uzupełnienia bazy danych i była związana z różnymi sposobami ich zbierania w różnych ośrodkach. Kolejna, finalna analiza statystyczna obejmowała kompletną bazę danych i dotyczyła weryfikacji wstępnych i uzupełnionych hipotez badawczych. Weryfikacja materiału opisanego w pkt. 12 „Analiza danych” została również przeprowadzona pod kątem istniejących doniesień literaturowych z kraju i zagranicy z okresu do VIII 2017 r. jak również przez zastosowaną ankietę dla osób realizujących grant.

## 9. Kliniczne przesłanki przeprowadzenia badań i hipotezy badawcze

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono istotne zmiany demograficzne, diagnostyczne, kliniczne jak również wpływ współwystępowania innych chorób w populacji osób leczonych w leczeniu odwykowym, które mogą wnieść określone implikacje kliniczne i terapeutyczne. Badania były analizowane z punktu widzenia m.in. wzrostu liczby i różnorodności pacjentów uzależnionych behawioralnie i wyzwań, jakie rodzi to zjawisko dla leczenia odwykowego (Ogińska-Bulik, 2010) (Habrat, 2016).

Projekt badawczy uzyskał informację od Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, iż ze względu na charakter prowadzonych badań nie wymaga zgody Komisji.

Wobec wszystkich pacjentów ośrodków z problemem uzależnień behawioralnych oraz ich bliskich prowadzona była szczegółowa diagnostyka w kierunku szerokiego spektrum uzależnień behawioralnych. Dla osób ze stwierdzonymi niewielkimi problemami były stosowane działania profilaktyczno-interwencyjne. Osoby uzależnione behawioralnie i ich bliscy korzystali z programów terapeutycznych realizowanych przez każdy z ośrodków.

W związku z powyższym postawiono następujące hipotezy badawcze:

### I. Zmiany demograficzne:

- a) Obniża się średni wiek zgłaszania na terapię i średni wiek podjęcia terapii.
- b) Najniższy średni wiek zgłaszania się na terapię i podjęcia terapii dotyczy pacjentów uzależnionych od komputera/Internetu (F63.8).
- c) Zwiększa się procentowy udział kobiet i osób poniżej 18 r.ż. w leczeniu, wśród osób uzależnionych behawioralnie.
- d) Różnorodne uzależnienia występujące homogenicznie mają wpływ na źródła utrzymania (stosunku do pracy zarobkowej) natomiast współwystępowanie wielu problemów zdrowotnych ma wpływ na zwiększenie odsetka osób korzystających z pracy dorywczej, renty bądź braku pracy (bezrobocie).
- e) Epidemiologia uzależnień behawioralnych jest różna w populacji wsi i małych miasteczek w porównaniu z mieszkańcami dużych i średnich miast (pow. 60 000 mieszkańców).

### II. Liczba i procentowy udział uzależnień behawioralnych w ogólnej populacji pacjentów leczonych w ośrodkach leczenia uzależnień na przestrzeni okresu badawczego 2008-2017:

- a) Udział odsetkowy osób zgłaszających się do leczenia z rozpoznaniem F63.0 i F63.8 koreluje z ogólną liczbą pacjentów.
- b) Obecny udział procentowy uzależnień behawioralnych (10-15% populacji pacjentów) w perspektywie 5-10 lat regularnych oddziaływań osiągnie stały poziom (ok. 20% ogólnej liczby pacjentów), uwzględniający uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

- c) W populacji osób z uzależnieniami behawioralnymi narasta różnorodność rozpoznań. Najliczniej reprezentowane są: hazard patologiczny, seksoholizm, infoholizm z uzależnieniem od gier komputerowych. Udział pozostałych uzależnień behawioralnych w populacji badanej jest znikomy.
- d) Doświadczenie i wnikliwość badawcza lekarzy w poszczególnych poradniach oraz diagnostyka psychologiczna wpływa na ilość współwystępujących rozpoznań.
- e) Grupa pacjentów ze współistniejącymi rozpoznaniem (co najmniej dwoma np. F10.2 i F63.0) ma największy wzrost udziału procentowego w stosunku do wszystkich leczonych pacjentów.
- f) W porównaniu z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych charakterystyka rodzin i bliskich osób uzależnionych behawioralnie jest najbardziej zróżnicowana.
- g) Wzrasta udział procentowy rodzin (głównie kobiet) w terapii (terapia współuzależnienia, terapia DDA i DDD).
- h) Pacjenci uzależnieni od hazardu, seksolicy i infoholicy lub uzależnieni od gier stanowią homogenne grupy terapeutyczne ze względu na wyraźną liczebność tych grup na tle innych uzależnień behawioralnych.
- i) Zmniejsza się liczba pacjentów kończących kontakt z placówką na etapie rozpoznania wstępnego.
- j) Liczba pacjentów pierwszorazowych w danym roku stanowi >50% leczonych w programie behawioralnym.

### III. Zmiany kliniczne:

- a) Pacjenci uzależnieni behawioralnie leczą się trudniej niż uzależnieni od alkoholu (szybciej przerywają terapię, nieregularnie uczęszczają na terapię, większość z nich nie kończy terapii),
- b) Niewielka liczba osób uzależnionych behawioralnie korzysta z pomocy ośrodków stacjonarnych i dziennych oddziałów.
- c) Osoby uzależnione behawioralnie a w szczególności posiadające wiele rozpoznań (diagnozy F10-F19, lub inne grupy diagnostyczne) częściej korzystają z farmakoterapii niż pacjenci z „czystym” jednym uzależnieniem czy nałogiem behawioralnym.
- d) Pacjenci uzależnieni behawioralnie, którzy ukończyli program terapii lepiej funkcjonują społecznie niż pacjenci, którzy nie ukończyli terapii.
- e) W programach opartych o pełną abstynencję pacjenci uzależnieni behawioralnie częściej łamią abstynencję i mają częstsze nawroty niż osoby w programach redukcji szkód.

#### IV. Wspólchorobowość:

- a) Pacjenci uzależnieni behawioralnie mają częste następstwa zdrowotne:
- Choroby układu krążenia,
  - Choroby układu pokarmowego z wyłączeniem chorób trzustki i wątroby,
  - Choroby wątroby,
  - Choroby trzustki,
  - Choroby neurologiczne,
  - Urazy (najprawdopodobniej związane z nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych).

#### V. Zgony:

- a) Wśród pacjentów uzależnionych behawioralnie zgony, najczęściej samobójstwa lub zabójstwa, mają charakter incydentalny.

## 10. Cele zadania

Za cel główny zadania zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia przyjęto:

- I. Pogłębienie stanu wiedzy na temat problemu uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego.
- II. Diagnozę problemu pacjentów uzależnionych behawioralnie i ich bliskich w kontekście pacjentów leczenia odwykowego.

Cele szczegółowe zadania oparto o analizę około 2 500 historii chorób pacjentów uzależnionych behawioralnie i ich rodzin leczonych w okresie 01.01.2008 - 30.06.2017 r. co pozwoliło na postawienie szczegółowych celów badawczych w następujących kategoriach:

- I. Zbadanie zmian demograficznych wśród pacjentów leczonych w ośrodkach leczenia uzależnień w odniesieniu do uzależnień behawioralnych.
- II. Zbadanie zmian struktury pacjentów wg rozpoznań (ICD-10). Celem badań była ocena korelacji między diagnozami uzależnień behawioralnych a występowaniem innych zaburzeń psychicznych (problematyka podwójnych diagnoz, współwystępowania uzależnień, modalności uzależnień i nałogów behawioralnych).
- III. Zbadanie zmian klinicznych obejmowało następujące zagadnienia:
  - a) Wypadalność z terapii na poszczególnych jej etapach – diagnostycznym, terapii indywidualnej (najczęściej proces wstępnej motywacji) lub na etapie terapii grupowej,



- b) Badanie pacjentów, którzy ukończyli pełny cykl terapii – ocena funkcjonowania społecznego.
- c) Określenie związku zgonów w grupach badanych ze współwystępowaniem chorób somatycznych i psychicznych.

## 11. Opis założeń

Badając wszystkie historie choroby oraz historie zdrowia i choroby została przeprowadzona kwerenda w wybranym przedziale czasowym.

Dane demograficzne, diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne dotyczące wieku, płci, stanu cywilnego, rozpoznań medycznych itd. oraz okresu leczenia zostały zgromadzone w stworzonej bazie i poddane analizie statystycznej pod względem istotności zachodzących w badanym okresie zmian. W badaniu ujęto miejsce zamieszkania i został uwzględniony fakt, iż znacząca większość pacjentów pochodzi z terenów miejskich. Założono, iż pacjenci terenów wiejskich oraz z małych miast tj. Żywiec czy Czechowice-Dziedzice stanowią odrębną populację niż pacjenci pochodzący z miast powyżej 60 tys. ludności (pozostałe miejscowości).

W badaniu pilotażowym, przeprowadzonym głównie wśród pacjentów uzależnionych od środków psychoaktywnych w okresie III-VIII 2015 r. oraz w III 2016 r. został użyty program statystyczny SPSS, a wyniki badania służyły do postawienia hipotez badawczych i obliczenia grupy docelowej projektu.

W poglądowym raporcie i ewaluacji przedstawione zostały wnioski i rekomendacje z poziomu demograficznego, diagnostycznego, klinicznego i terapeutycznego, które mogą być inspiracją do tworzenia wytycznych do nowych programów terapeutycznych, kierunków szkoleń terapeutów oraz kolejnych badań naukowych służących poszerzaniu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych.

Myślą przewodnią, jaką kierowali się autorzy niniejszego programu badawczego jest wkład w wypracowanie standardów leczenia uzależnień behawioralnych, poczynając od diagnostyki, uwarunkowań klinicznych do możliwych rozwiązań finansowych. Z uwagi na dużą różnorodność koncepcji terapeutycznych analizę procesów terapeutycznych potraktowano jednak dość ogólnie (jakościowo) i może to być jedynie głos w dyskusji na temat metod leczniczych i standardów terapeutycznych (Zarzecka, 1997; McLellan, 2002; Simpson 2002).

## 12. Ograniczenia badawcze

Żadne badanie naukowe nie jest wolne od ograniczeń, a każda przyjęta metodyka ma swoje zalety i wady. Analiza wybranych populacji pacjentów z różnych ośrodków w Polsce pozwala na względnie dokładne prześledzenie zachodzących w niej zmian, ale przenoszenie wyników na skalę kraju musi się odbyć z dużą dozą ostrożności.

Długi okres kwerendy (w odniesieniu do uzależnień behawioralnych) daje dobry obraz zmian w długofalowej perspektywie czasowej, lecz zmusza do porównywania rozpoznań danych klinicznych i stawianych według różnych kryteriów w okresie od 2008 do 2017 r.

Wraz z poszerzaniem wiedzy na temat współwystępowania zaburzeń psychicznych, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych zmieniała się zasadniczo czujność diagnostyczna w zakresie wykrywania innych zaburzeń psychicznych u osób leczonych. Może to mieć wpływ na wyniki dotyczące zmienności w zakresie występowania chorób towarzyszących na przestrzeni lat 2008-2017. Rozpoznawalność chorób somatycznych jest obarczona pewną niedokładnością wynikającą z różnej wrażliwości diagnostycznej wobec rozpoznań somatycznych w różnych ośrodkach u pacjentów leczenia odwykowego. Drugim istotnym wyzwaniem jest zróżnicowanie jakości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych behawioralnie. Duże ośrodki z długim „stażem doświadczeń behawioralnych” posiadają rozbudowane programy terapeutyczne a część jednostek posiada skromne doświadczenia.

Zgodnie z założeniami wyniki otrzymano ze wszystkich 10 ośrodków. Jednak z uwagi na specyfikę miejscowości i ośrodków oraz ich doświadczenia, w niektórych obliczeniach statystycznych ujęto jedynie dane z 7 ośrodków.

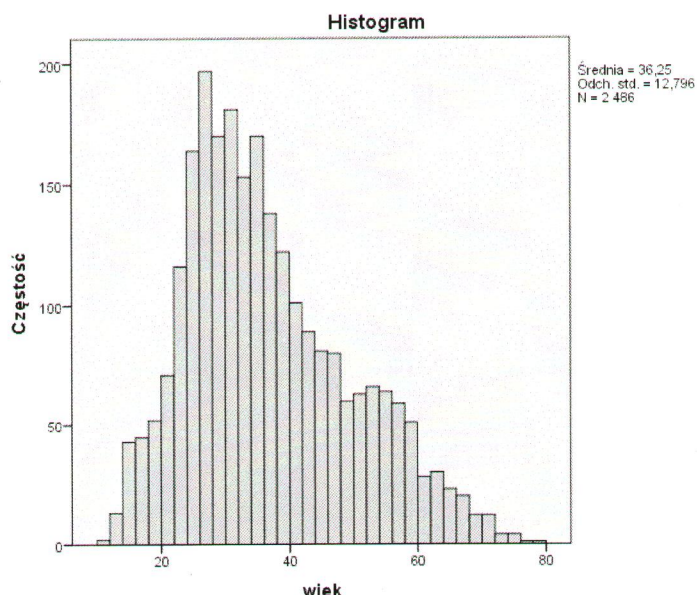
## 13. Wyniki

### I. Zmiany demograficzne – zmiany średniego wieku osób uzależnionych:

- a) W grupie badanej został określony średni wiek zgłaszania do terapii oraz jej podjęcia (po dokonaniu diagnozy nozologicznej lub w procesie motywacyjnym),

Tabela 1.

wiek	w całej grupie
Średnia	36,25
Mediana	34,00
Odchylenie standardowe	12,80
Minimum	12
Maksimum	79



#### Wnioski:

- Średni wiek zgłaszania się przez pacjentów do terapii oraz jej podjęcia wynosi 36,25 przy medianie 34 r.ż. i odchyleniu standardowym 12,80.
- Najmłodszy pacjent miał 12 lat (w ośrodku dla dzieci i młodzieży) najstarszy 79 lat.
- Średni wiek pacjentów behawioralnych może w dłuższych czasowo badaniach ulec zmianie i mogą pojawić się nowe tendencje.
- W przyszłych badaniach wskazany jest porównać te wartości ze średnią wieku pacjentów uzależnionych od SP. Może mieć to wpływ na dyskusję nt. łączenia lub rozdzielności pacjentów w programach terapeutycznych, zwłaszcza w terapii grupowej.

- b) Najniższy wiek spodziewany jest w podgrupie pacjentów uzależnionych od komputera/Internetu (F63.8).

Średni wiek w rozbiciu na rodzaje rozpoznań:

Tabela 2.

rozpoznanie	liczebność	średni wiek	SD	min - max
patologiczny hazard	1069	35,72	11,78	13 - 79
zagrożeni hazardem patologicznym	366	39,15	13,19	12 - 75
nowe media	342	37,90	12,88	14 - 71

seksoholizm	289	37,41	12,48	13 - 79
zakupy, kredyty	135	39,43	12,38	16 - 75
zaburzenia odżywiania	85	40,01	13,71	15 - 72
pracoholizm	48	40,24	15,25	16 - 67
inne	11	40,18	15,09	16 - 67

Podsumowanie wyników:

1. Najniższy średni wiek (35,72) występuje w grupie rozpoznań F63.0.
2. Nie potwierdzono hipotezy badawczej, iż najniższy wiek spodziewany będzie w podgrupie pacjentów uzależnionych od komputera/Internetu (F63.8).

Przedstawione wyniki wskazują na potrzebę dalszych badań, gdyż z obserwacji klinicznych i literatury najbardziej zagrożoną grupą jest młodzież w wieku 15-25 r.ż. (Jarczyńska, 2014, Yong i in., 2017). W dotychczasowe doświadczenia kliniczne wskazują, iż w większości ośrodków terapeutycznych (dla dorosłych) nie pojawiają się młodzi pacjenci (poniżej 18 r.ż.), a również niewielu jest pacjentów do 25 r.ż. Dodatkowo pacjentów, którzy uczęszczali na terapię w roku 2015 i 2016 w zakresie rozpoznań „nowe media” średnia wieku wynosiła odpowiednio 36,6 oraz 40,8 co wskazywałoby na zwiększenie udziału osób po 34 r.ż.

- c) Zwiększa się procentowy udział kobiet i osób poniżej 18 r.ż. w leczeniu wśród osób uzależnionych behawioralnie,

Tabela 3.

rok	liczebność kobiet	procent*	liczebność grupy do 18 r.ż.	procent*
2008	0 (N = 52)	0	2 (N = 52)	3,8
2012	21 (N = 235)	8,9	7 (N = 235)	3,0
2016	57 (N = 334)	17,1	37 (N = 334)	11,1

Legenda: \* - procent w stosunku do ogółu leczonych z rozpoznaniem „behawioralnym” w danym roku, N – liczba rozpoznań behawioralnych w danym roku

Wynik testu Z:

- liczebność kobiet w roku 2012 i roku 2016:  $Z = -2,77$ ;  $p = 0,005$   
Wniosek: wzrost liczby kobiet jest istotny statystycznie.
- liczebność grupy do 18 r.ż. w roku 2012 i roku 2016:  $Z = -3,56$ ;  $p = 0,001$   
Wniosek: wzrost liczby osób z najmłodszej grupy wiekowej jest istotny statystycznie.

Wniosek: hipoteza badawcza została potwierdzona statystycznie.

- d) Różnorodne uzależnienia występujące homogenicznie mają wpływ na źródła utrzymania (stosunku do pracy zarobkowej) natomiast współwystępowanie wielu problemów zdrowotnych ma wpływ na zwiększenie odsetka osób korzystających z pracy dorywczej, renty bądź braku pracy (bezrobocia).

Tabela 4.

<b>źródło utrzymania</b>	<b>rodzaj uzależnienia</b>	<b>liczebność</b>	<b>procent*</b>
brak danych (N = 55)	rodziny	8	14,5
	alkohol	8	14,5
	narkotyki	4	7,3
	hazard	12	21,8
	inne behawioralne	5	9,1
praca etatowa (N = 1226)	rodziny	182	14,8
	alkohol	112	9,1
	narkotyki	35	2,9
	hazard	546	44,5
	inne behawioralne	141	11,5
samodzielna działalność gospodarcza (N = 170)	rodziny	23	13,5
	alkohol	13	7,6
	narkotyki	5	2,9
	hazard	84	49,4
	inne behawioralne	24	14,1
praca dorywcza (N = 156)	rodziny	8	5,1
	alkohol	25	16,0
	narkotyki	12	7,7
	hazard	69	44,2
	inne behawioralne	12	7,7
rodzina (N = 347)	rodziny	49	14,1
	alkohol	19	5,5
	narkotyki	26	7,5
	hazard	78	22,5
	inne behawioralne	127	36,6
emerytura (N = 126)	rodziny	33	26,2
	alkohol	13	10,3
	narkotyki	0	0
	hazard	44	34,9

	inne behawioralne	14	11,1
renta (N = 103)	rodziny	9	8,7
	alkohol	12	11,7
	narkotyki	11	10,7
	hazard	40	38,8
	inne behawioralne	16	15,5
zasilek dla bezrobotnych (N = 47)	rodziny	9	19,1
	alkohol	8	17,0
	narkotyki	4	8,5
	hazard	15	31,9
	inne behawioralne	4	8,5
pomoc społeczna (N = 32)	rodziny	4	12,5
	alkohol	7	21,9
	narkotyki	3	9,4
	hazard	10	31,3
	inne behawioralne	2	6,3
inne (N = 223)	rodziny	48	21,5
	alkohol	21	9,4
	narkotyki	11	4,9
	hazard	64	28,7
	inne behawioralne	29	13,0

Legenda: \* - procent w stosunku do liczby osób deklarujących dane źródło utrzymania

Tabela 5.

<b>źródła utrzymania</b>	liczebność w grupie osób ze współistniejącymi uzależnieniami (N = 785)
brak danych (N = 55)	19 (2,4 %)
praca etatowa (N = 1 226)	372 (47,4%)
samodzielna działalność gospodarcza (N = 170)	48 (6,1%)
praca dorywcza (N = 156)	54 (6,9%)
rodzina (N = 347)	93 (11,8%)

emerytura ( <i>N</i> = 126)	42 (5,4%)
renta ( <i>N</i> = 103)	45 (5,7%)
zasiłek dla bezrobotnych ( <i>N</i> = 47)	25 (3,2%)
pomoc społeczna ( <i>N</i> = 32)	19 (2,4%)
inne ( <i>N</i> = 223)	68 (7,8%)

Podsumowanie wyników:

1. Najwyższy procent osób ze współistniejącymi uzależnieniami deklaruje jako źródło utrzymania pracę etatową (rozpoznanie zasadnicze, dodatkowe rozpoznanie uzależnienia lub choroby psychicznej).
2. Nie potwierdzono hipotezy badawczej, iż wśród osób ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi (bardziej złożona diagnoza) dominować będzie brak pracy, praca dorywcza lub renta. Fakt ten oznacza, iż uzależnienia behawioralne i w tym zakresie złożoność diagnozy (wiele elementów) nie wpływa na funkcjonowanie pacjentów w sferze pracy zawodowej/zarobkowej. Wymaga to dalszych opracowań.

e) Porównanie danych dotyczących mieszkańców wsi i małych miasteczek z mieszkańcami dużych i średnich miast (pow. 60 tys. mieszkańców).

Z punktu widzenia demograficznego poradnie w Bielsku-Białej, Gliwicach, Sosnowcu, Toruniu i Wrocławiu są ośrodkami wielkomiejskimi, gdzie ok. 70%-90% pacjentów mieszka w dużym mieście (ponad 170 tys. ludności). Czechowice-Dziedzice i Ostrołęka są miastami z ok. 40 tys.-50 tys. ludnością. Pacjenci poradni w Żywcu to w 70% mieszkańcy wsi, a w ok. 30% osoby z miasta Żywiec o populacji ok. 30 tys. osób. Łomża i Siemianowice Śląskie to miasta o ludności ok. 60 tys. – 70 tys. przy czym w Siemianowicach w ok. 90% to pacjenci mieszkający w miastach aglomeracji śląskiej, a w Łomży i Ostrołęce procent mieszkańców okolicznych wsi jest większy tj. 20-30%.

1. Żywiec - 1, Czechowice – 3 oraz mieszkańcy wsi leczący się w dużym mieście (wieś i małe miasteczko): *N* = 858
2. Bielsko - 2, Siemianowice - 4, Łomża - 5, Sosnowiec - 6, Gliwice - 7, Toruń – 9 (mieszkańcy dużego miasta): *N* = 1613\*

Tabela 6.

zamieszkanie	liczba uzależnionych behawioralnie	procent
małe miasteczko i wieś	330	38,5
duże miasto	994	61,6

\*pominięto dane z Wrocławia i Ostrołęki.

Wynik testu Z:  $Z = -10,99$ ;  $p = 0,001$ , różnica w udziale procentowym uzależnionych behawioralnie pomiędzy mieszkańcami dużych miast a mieszkańcami wsi i małych miasteczek jest istotna statystycznie.

Tabela 7.

problem zdrowotny		małe miasto i wieś		duże miasto		Test Z	
		liczebność	procent	liczebność	procent	Statystyka	p
1	rodziny UB	181	21,1	190	11,8	6,17**	0,00
2	alkohol	141	16,4	96	6,0	8,42**	0,00
3	narkotyki	47	5,5	64	4,0	1,72	0,08
4	patologiczny hazard	218	25,4	741	45,9	- 9,97**	0,00
5	inne uzależ. behawioralne	112	13,1	253	15,7	- 1,75	0,07
6	F63.0 + F63.8	330	38,5	994	61,6	- 10,99**	0,00
7	Zagrożeni (PH)	161	18,5	206	12,8	3,98**	0,00
8	nowe media	105	12,2	237	14,7	- 1,68	0,09
9	seksoholizm	100	11,7	188	11,7	- 0,00	1,00
10	zakupy	32	3,7	102	6,3	- 2,71**	0,00
11	zab. odżywiania	23	2,7	62	3,8	- 1,51	0,13
12	pracoholizm	12	1,4	37	2,3	- 1,51	0,13

Podsumowanie wyników:

- Większy procent patologicznych hazardzistów (4) i uzależnionych behawioralnie (łącznie – 6) zgłosiło się w dużych miastach.
- W małych miastach i wsiach więcej osób z problemami uzależnień behawioralnych wywodzi się z rodzin i pacjentów uzależnionych od alkoholu.
- Zakupoholizm w większym stopniu występuje u pacjentów w dużych miastach (Shulman, 2017).



II. Wzrost liczby i procentowego udziału uzależnień behawioralnych w ogólnej populacji pacjentów leczonych w ośrodkach leczenia uzależnień na przestrzeni okresu badawczego 2008-2017 jest spodziewany. Szczegółowe hipotezy badawcze są następujące:

- a) Udział odsetkowy osób zgłaszających się do leczenia z rozpoznaniem F63.0 i F63.8 jest proporcjonalnie skorelowany z ogólną liczbą pacjentów. Hipoteza potwierdzona.

Tabela 8.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
rok przyjęcia	liczba objętych leczeniem w danym roku - statystyka	Liczba pacjentów „behawioralnych” w danym roku zgłaszających się do PLU		F63.0	procent	F63.8	procent	F63.0 + F63.8	procent
		NFZ	TGH (statystyka)						
2008	6 009	90	60	50	55,5	2	2,2	52	57,7
2009	6 403	153	102	96	62,7	2	1,3	99	64,7
2010	6 238	218	135	123	56,4	4	1,8	127	58,2
2011	6 473	256	153	128	50,0	8	3,1	136	53,1
2012	6 639	391	831	189	48,3	46	11,7	235	60,1
2013	6 974	510	789	175	34,3	79	15,5	254	49,8
2014	7 434	596	1 039	207	34,7	87	14,6	294	49,3
2015	7 659	644	1 011	218	33,8	79	12,2	297	46,1
2016	8 188	615	1 083	189	30,7	145	23,6	334	54,3

Kol. 2: uwzględniono ogólną liczbę pacjentów w danym roku (z danych statystycznych).

Kol. 3: uwzględniono liczbę pacjentów którzy zostali włączeni do badań – analiza ich wizyt/ porad dla NFZ w Poradni obejmowała całą historię zdrowia i choroby. W latach 2008 - 2011 przeważają pacjenci, którzy w tym czasie byli leczeni z uzależnień od SP a później zostali „dodiagnozowani” w kierunku uzależnień behawioralnych. Z tego powodu w tym okresie liczby pacjentów wykazane w kol. 3 są wyższe niż kol. 4.

W kol. 4 uwzględniono dane nt. pacjentów z uzależnieniami lub zagrożonych uzależnieniami behawioralnymi z danych statystycznych (TGH – terapeutyczne granty współfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych - „terapeutyczne granty hazardowe”). Charakterystyczny jest znaczny wzrost liczby pacjentów w latach 2012 - 2016. Prawie dwukrotna większa liczba pacjentów związana jest z:

1. Dokładniejszą diagnostyką oraz zaliczeniem do „terapeutycznych grantów hazardowych” osób zagrożonych i problemowych.
2. Brakiem jednoznacznych kryteriów na podstawie, których można było zaliczać danego pacjenta do tej populacji (w niektórych ośrodkach).

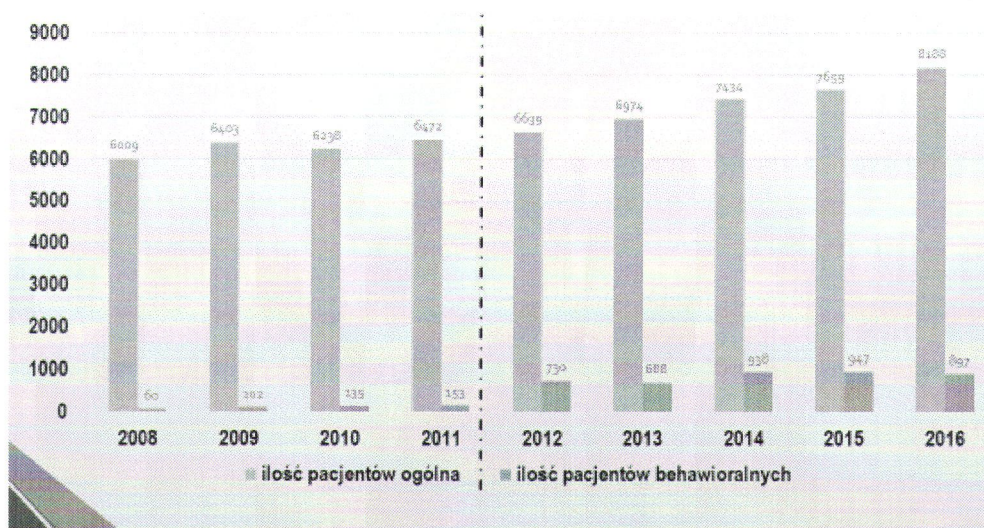
3. Część osób mogła być prowadzona w „terapeutycznym grancie hazardowym” a nie jest ewidencjonowana jako pacjent do „NFZ” i nie jest ujmowana do statystyki ogólnej.

Wzrost liczby pacjentów od roku 2012 zarówno w poz. 3 i 4 wskazuje jednoznacznie na zwiększenie zainteresowania problematyką UB w leczeniu uzależnień.

- b) Obecny udział procentowy uzależnień behawioralnych (10 - 15% populacji pacjentów) może osiągnąć w perspektywie 5 - 10 lat regularnych oddziaływań stały poziom ok. 20% ogólnej liczby pacjentów, uwzględniającej uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Na wykresie poniżej przedstawiono zależność pomiędzy liczbą pacjentów leczonych w danym roku a liczbą pacjentów „behawioralnych” (dane statystyczne na podstawie sprawozdań do KBdsPN).

Wykres 1. Liczba pacjentów ogólna, a liczba pacjentów „behawioralnych” w wybranych ośrodkach



W 2008 r. procent pacjentów: behawioralnych” do całkowitej liczby pacjentów wyniósł 1%.

W 2011 roku to 2,4%, natomiast po rozpoczęciu programów terapeutycznych realizowanych przez KBdsPN w latach 2012-2016 wahał się od 11,3%-14,0%.

Obecnie w niektórych ośrodkach terapeutycznych udział procentowy leczonych pacjentów z grupy UB (w tym rodzin) osiąga poziom około 17%.

Większość ośrodków podaje, iż stale regularnie wzrasta udział procentowy i liczba pacjentów uzależnionych behawioralnie. Zwracano uwagę na następujące czynniki:

1. Długofalowość i systematyczność prowadzenia programu (promocja, marka wśród pacjentów, wzrost własnych doświadczeń).
2. Wielkość ośrodka (liczba pacjentów rocznie: powyżej 1 000) daje większe możliwości stworzenia wyodrębnionego programu dla UB.

3. Działania niezależne od ośrodków np. wielość kontaktu z NFZ i inne dodatkowe sposoby finansowania, „medialność” uzależnień behawioralnych.

Wniosek:

Zdecydowana większość ośrodków (5 na 8) potwierdza postawioną hipotezę, iż 20% ogólnej liczby pacjentów mogą stanowić UB.

c) Narasta różnorodność i pojawiają się oddzielne podgrupy pacjentów w ramach uzależnień behawioralnych np. hazardziści patologiczni (30 - 50% uzależnień behawioralnych), seksoholicy, infoholicy, uzależnieni od gier komputerowych, itp. Pozostałe podgrupy uzależnień behawioralnych w okresie objętym badaniem najprawdopodobniej nie wyróżniają się statystycznie.

Tabela 9. Liczebność i udział procentowy w ramach „uzależnień behawioralnych” (w tym rodzin)

	rozpoznanie 2008 (N = 90)		rozpoznanie 2010 (N = 218)		rozpoznanie 2012 (N=391)		rozpoznanie 2014 (N= 596)		rozpoznanie 2016 (N=615)	
	liczebność	%	liczebność	%	liczebność	%	liczebność	%	liczebność	%
<b>rodziny</b>	10	11,1	27	12,4	68	17,4	78	13,1	128	20,8
<b>patologiczny hazard</b>	50	55,5	123	56,4	189	48,3	207	34,7	189	30,7
<b>zagrożeni PH</b>	9	10,0	30	13,8	74	18,9	109	18,3	32	5,2
<b>nowe media</b>	6	6,6	28	12,8	54	13,8	71	11,9	53	8,6
<b>seksoholizm</b>	5	5,5	21	9,6	74	18,9	84	14,1	26	4,2
<b>zakupy, kredyty</b>	1	1,1	7	3,2	32	8,2	39	6,5	15	2,4
<b>zaburzenia odżywiania</b>	1	1,1	3	1,4	19	4,8	18	3,0	10	1,6
<b>pracoholizm</b>	2	2,2	2	0,9	16	4,1	17	2,9	6	1,0
<b>inne</b>	0	0	0	0	4	1,1	0	0	2	0,3

W przedstawionej tabeli widać następujące tendencje:

1. Wzrasta liczebność i udział procentowy rodzin osób uzależnionych behawioralnie, który w 2016 roku wyniósł 20,8%.

2. Oprócz patologicznego hazardu pojawiają się coraz liczniej pacjenci z innymi UB, stąd udział procentowy PH maleje – obecnie ok. 36% (wraz z grupą osób zagrożonych patologicznym hazardem i problemowych).
3. Liczebność i udział procentowy osób uzależnionych od nowych mediów w badanej populacji ulega wahaniom od 6,6% do 13,8%.
4. Liczebność i udział procentowy seksoholików w wybranych latach waha się od 4,2% do 18,9%.
5. Uzależnienie od zakupów lub brania kredytów, zaburzeń odżywiania i pracoholizm w 2016 roku w badanej populacji wynosi łącznie ok. 5% co wskazuje na nieliczne występowanie w populacji osób zgłaszających się do leczenia uzależnień.

Wniosek: postawiona hipoteza została potwierdzona.

- d) Doświadczenie i wnikliwość badawcza lekarzy w poszczególnych poradniach oraz diagnostyka psychologiczna wpływa na ilość współwystępujących rozpoznań.

Spośród 8 ośrodków 5 deklaruje, że w zdecydowanej większości przypadków (tj. powyżej 75%) lekarze prowadzą diagnostykę różnicową dotyczącą w szczególności zaburzeń psychicznych i uzależnień od SP.

1. Dostrzegalne są różnice i punkty ciężkości (w niektórych ośrodkach oprócz diagnozy uzależnień brak danych nt. innych chorób – psychicznych czy somatycznych, które mogą mieć znaczenie w przebiegu terapii osób z UB).
2. Analizując podejście do uzależnień behawioralnych (F63.0 i F63.8), gdzie diagnostyka oparta jest na subiektywnych i niewystandaryzowanych objawach/kryteriach trudno jest postawić jednoznaczną granicę pomiędzy patologią, używaniem problemowym czy zagrożeniem. W niniejszym opracowaniu starano się wyodrębnić w jednej grupie np. patologicznych, problemowych i zagrożonych uzależnieniem hazardzistów. Ta problematyka wymaga dalszych badań i prób szczegółowego definiowania czy obiektywizacji kryteriów. Z drugiej strony należy pamiętać, że podejście do diagnostyki może ulec zmianie po wprowadzeniu nowej klasyfikacji ICD-11.

Trzy ośrodki podały, że prowadzą diagnostykę zaburzeń osobowości w więcej niż 50% przypadków UB, cztery rzadko (1%-50% przypadków) a jeden incydentalnie.

Wniosek:

Należy zwracać dużą uwagę na diagnostykę uzależnień i diagnostykę osobowości wśród pacjentów UB, co z kolei ma związek ze sposobem i formami prowadzonej terapii.

- e) Grupa pacjentów ze współistniejącymi rozpoznaniem (co najmniej dwoma np. F10.2 i F63.0) będzie miała największy wzrost udziału procentowego w stosunku do wszystkich leczonych pacjentów.

Tabela 10.

rok objęcia terapią	liczebność grupy	procent
2008 (N = 90)	43	47,7
2012 (N = 391)	142	36,3
2016 (N = 615)	257	41,7

Wniosek: hipoteza nie została potwierdzona statystycznie. Hipoteza odwrotna, iż udział procentowy osób ze współistniejącymi uzależnieniami, bądź chorobami psychicznymi kształtuje się na podobnym poziomie wymaga dalszych badań.

- f) Grupa rodzin i bliskich osób uzależnionych behawioralnie jest najbardziej zróżnicowana. Badanie ma służyć określeniu charakterystycznych cech współuzależnienia od uzależnień behawioralnych w porównaniu ze współuzależnieniem w przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnej.

W funkcjonowaniu psychicznym nie dostrzeżono istotnych różnic pomiędzy osobami z „klasycznym” rozpoznaniem współuzależnienia a grupą rodzin i bliskich osób UB. Ciekawą obserwację poczyniono wśród rodzin i bliskich patologicznych hazardzistów. Osoby te przychodzą bardzo często na poważne konsekwencje finansowe (np. groźba eksmisji, znaczące długi itp.). W tych sytuacjach znacznie aktywniej oczekują pomocy prawnej czy doradztwa finansowego niż inni, a w mniejszym stopniu są zainteresowane psychoterapią.

Podsumowanie wyników:

1. W funkcjonowaniu psychicznym nie dostrzeżono istotnych różnic i osoby te mogą uczestniczyć w programie terapeutycznym dla całej grupy osób współuzależnionych.
2. Należy zwracać uwagę na problemy zadłużenia wśród rodzin i bliskich hazardzistów, zakupoholików i tym podobnych grup pacjentów.

- g) Wzrasta udział procentowy rodzin (głównie kobiet) w terapii (terapia współuzależnienia, terapia DDA i DDD).

Tabela 11.

rok objęcia terapią	liczebność	procent
2008 (N = 90)	10	11,1
2012 (N = 391)	68	17,4

2016 (N = 615)	128	20,8
----------------	-----	------

Podsumowanie wyników: udział procentowy rodzin (głównie kobiet) w terapii wzrasta istotnie statystycznie.

- h) Pacjenci uzależnieni od hazardu, seksoholicy i infoholicy lub uzależnieni od gier mogą stanowić homogenne grupy terapeutyczne ze względu na wyraźną liczebność tych grup na tle innych uzależnień behawioralnych. Poddawane dyskusji zostanie miejsce zaburzeń odżywiania w stosunku do uzależnień behawioralnych.

W koncepcjach terapeutycznych, które nie łączą wszystkich uzależnionych w jedną grupę panuje zgodność co do faktu, że można lub jest wskazane by wyodrębnić poszczególne grupy UB. Specyfika patologicznego hazardu, seksoholizmu, gamingu (czy szerzej uzależnienia od nowych mediów) oraz zaburzeń odżywiania jest przesłanką do homogeniczności tych grup pacjentów. Na przeszkodzie stoi mała liczba pacjentów o podobnych problemach w tym samym czasie w jednym ośrodku. W przypadku ośrodków stacjonarnych wiąże się to z renomą i reklamą danego ośrodka. Wydaje się, że pomaganie pracoholikom będzie wymagać innego podejścia niż wszystkie pozostałe grupy UB.

Nie ma jednoznacznych wskazań ani przeciwwskazań do pomagania osobom z zaburzeniami odżywiania (np. BED) w ramach leczenia odwykowego. Większość ośrodków podaje, że nie posiada kompetencji i nie powinna zajmować się leczeniem anoreksji ani bulimii co należy pozostawić ośrodkom wyspecjalizowanym w tej dziedzinie.

Wniosek: możliwość wyodrębnienia w placówkach ambulatoryjnych grup homogennych dla UB jest pochodną wielkości i koncepcji terapeutycznej danego ośrodka (uznawanie zasadności grup homogenicznych).

- i) Maleje liczba pacjentów kończących kontakt z placówką na etapie rozpoznania wstępnego.

W okresie 2008-2015 procent osób, które kończyły kontakt z placówką na poziomie diagnostyki lub motywacji był relatywnie stały i wynosił 4-5%. W roku 2016 zanotowano trzykrotny wzrost tej kategorii pacjentów, co wymaga dalszych badań. W badaniach ankietowych terapeuci podkreślają, że pacjenci UB leczą się podobnie jak uzależnieni od SP.

Tabela 12.

rocznik	liczebność „jednorazowo” diagnozowanych	liczebność ogółu leczonych w danym roku	procent w stosunku do ogółu leczonych w danym roku
2008	5	90	5,5
2009	6	153	3,9
2010	3	218	1,3
2011	9	256	3,5
2012	12	391	6,6
2013	26	510	5,0
2014	26	596	4,3
2015	36	644	5,5
2016	95	615	15,4

- j) Odsetek pacjentów pierwszorazowych w danym roku stanowi powyżej 50% leczonych w programie behawioralnym.

Tabela 13.

rocznik	liczebność pierwszorazowych	liczebność ogółu leczonych w danym roku	procent w stosunku do ogółu leczonych w danym roku
2008	43	90	47,7
2009	64	153	41,8
2010	73	218	33,4
2011	129	256	50,3
2012	260	319	66,5
2013	304	510	59,6
2014	348	596	58,4
2015	173	644	26,8
2016	400	615	65,0

W przedstawionej tabeli mamy dwa okresy 2008 - 2011 oraz 2012 - 2016, gdzie wyjątkiem jest rok 2015.

Drugi okres (uzależniony od realizacji w badanych placówkach „terapeutycznych grantów hazardowych”) wskazuje na znaczny wzrost nowych pacjentów – prawdopodobnie efekt prowadzonych kampanii promocyjnych oraz zwiększenia „wyczulenia diagnostycznego” wśród ogólnej populacji pacjentów. Znaczne obniżenie liczby nowych pacjentów w 2015 r. jest trudne

do interpretacji statystycznej. Jedną z przyczyn może być zmiana kryteriów wliczenia pacjentów do tej grupy. Wymaga to dalszych badań.

### III. Analiza zmian klinicznych – hipotezy badawcze:

- a) Pacjenci uzależnieni behawioralnie leczą się trudniej niż uzależnieni od alkoholu (mają gorsze wskaźniki – szybciej przerywają terapię, uczęszczają nieregularnie, większa część wypada z terapii na poziomie diagnostycznym i motywacyjnym- badanie jakościowe).

Hipoteza ta (z roku 2015) miała swoje uzasadnienie w związku z krótkim stażem i doświadczeniem terapeutów w tym zakresie a nie specyfiką pacjentów. Obecnie przeważają poglądy, że nie ma różnic pomiędzy pacjentami UB a uzależnionymi od SP w tym zakresie.

Wniosek: Należy uznać, że w ośrodkach, w których pracują terapeuci z dużym doświadczeniem klinicznym w dziedzinie UB hipoteza ta nie znajduje potwierdzenia.

- b) Mało osób uzależnionych behawioralnie korzysta z pomocy ośrodków stacjonarnych i dziennych oddziałów – brak oferty (badania jakościowe).

Spośród ośmiu ośrodków pięć deklaruje, że stopień/głębokość UB decyduje o uzgodnionym z pacjentem sposobie terapii. Trzy ośrodki deklarują, że proponują pacjentom program, który jest realizowany w danej placówce. Oferty ośrodków stacjonarnych są znane ośrodkom, które korzystają z FRPH, a miejsce oraz forma leczenia zależy od preferencji pacjenta.

- c) Osoby uzależnione behawioralnie a w szczególności posiadające wiele rozpoznań (diagnozy F10-F19, lub inne grupy diagnostyczne) częściej korzystają z farmakoterapii niż pacjenci z „czystym” jednym uzależnieniem czy nałogiem behawioralnym.

Potwierdza się, że osoby UB, w szczególności posiadające wiele rozpoznań korzystają z farmakoterapii. Nie udało się zebrać jednoznacznych danych, czy korzystanie z farmakoterapii jest związane jedynie z chorobami psychicznymi np. depresja, CHAD, itp. czy też próbami leczenia uzależnień behawioralnych. Ta problematyka wymaga dalszych badań.

- d) Pacjenci uzależnieni behawioralnie, którzy ukończyli program terapii lepiej funkcjonują społecznie niż pacjenci, którzy nie ukończyli terapii (badania jakościowe).

Z punktu widzenia długoterminowego procesu terapii i zdrowienia pacjentów zakończony proces rokuje lepsze funkcjonowanie społeczne niż sytuacja, w której nastąpiło jego przerwanie. Pojawiły się jednak obserwacje, iż zwłaszcza z przypadku osób zadłużonych przerwanie terapii wynika z potrzeby pracy zarobkowej – konieczności spłacania długów. W takich wypadkach niekoniecznie potwierdza się stawiana hipoteza.

Teza ta dotyczy sytuacji „długów spłacalnych” tzn. takich, w przypadku których jest perspektywa i możliwość spłaty zadłużenia.

W przypadku osób, u których długi przekraczają możliwości spłaty, którzy utracili zaplecze socjalne (są bezdomni, mają zadłużenie komornicze) terapia wpływa na poprawę funkcjonowania psychicznego. Warunkiem „sukcesu terapeutycznego” jest odpowiednie wsparcie socjalne



(zapewnienie mieszkania i warunków bytowych, np. w hostelu), prawno-finansowe (np. doradztwo i pomoc w złożeniu wniosku o upadłość konsumencką) i stworzenie warunków do wyjścia z trudnej sytuacji (grupa pacjentów „500 tys. zł+”).

- e) W programach opartych o pełną abstynencję pacjenci uzależnieni behawioralnie częściej łamią abstynencję, mają częstsze nawroty niż osoby w programach redukcji szkód (analiza jakościowa).

Większość ośrodków deklaruje, że koncepcja terapeutyczna w stosunku do UB opiera się w większym stopniu o ograniczenie zachowań niż o pełną abstynencję.

Różnice w podejściu do tej kwestii podawano jedynie w stosunku do patologicznych hazardzistów. W ich przypadku, w części ośrodków (analogicznie do programów dla uzależnień od SP) istnieje podobna tendencja do wartościowania złamania abstynencji, czyli „hazardowania się”. Szczególnie ważnym staje się to w przypadku współistnienia PH i uzależnienia od środków psychoaktywnych. Podobne zjawisko występuje, gdy sytuacje grania łączy się z używaniem środków psychoaktywnych. W tych przypadkach pacjent może i powinien wybrać odpowiednią dla siebie strategię, np. oparta o pełną o pełną abstynencję w stosunku do nałogowych zachowań i/albo używania środków psychoaktywnych.

#### IV. Współchorobowość – hipoteza badawcza:

Pacjenci uzależnieni behawioralnie mają następstwa zdrowotne (somatyczne, neurologiczne czy inne).

Poniżej uwzględniono występowanie powiązanych chorób z UB:

- a. Choroby układu krążenia - 35
- b. Choroby układu pokarmowego z wyłączeniem chorób trzustki i wątroby - 12
- c. Choroby wątroby - 17
- d. Choroby trzustki - 18
- e. Choroby neurologiczne - 17
- f. Urazy (najprawdopodobniej związane z nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych) – 46

Terapeuci i lekarze psychiatrzy podają, że choroby somatyczne nie były dotychczas przedmiotem ich zainteresowania diagnostycznego i leczniczego. Podawane przez pacjentów choroby i dolegliwości uznano jako niezwiązane z UB.

#### V. Zgony – hipoteza badawcza:

Wśród pacjentów uzależnionych behawioralnie zgony, najczęściej samobójstwa lub zabójstwa, będą najprawdopodobniej miały charakter incydentalny. Wśród przeanalizowanych danych mamy informację o 1 zgonie, co potwierdza incydentalny charakter zjawiska.

## 14. Wnioski końcowe

### I. Wnioski:

1. Zwiększa się średni wiek pacjentów z uzależnieniami behawioralnymi.
2. Najmłodszą grupą pacjentów uzależnionych behawioralnie stanowią osoby uzależnione od hazardu.
3. Rośnie procentowy udział kobiet i osób poniżej 18 r.ż. w leczeniu osób uzależnionych behawioralnie.
4. Współwystępowanie uzależnienia behawioralnego z zaburzeniem psychicznym nie wpływa na sytuację zawodową pacjentów.
5. W ośrodkach terapeutycznych w dużych ośrodkach miejskich pacjenci łatwiej zgłaszają problemy z uzależnieniami behawioralnymi w porównaniu z ośrodkami w małych miastach.
6. Zakupoholizm występuje częściej u pacjentów w dużych miastach.
7. Udział odsetkowy osób zgłaszających się do leczenia z rozpoznaniem F63.0 i F63.8 stanowi ponad 13% wszystkich pacjentów.
8. Narasta różnorodność i pojawiają się oddzielne podgrupy diagnostyczne w ramach uzależnień behawioralnych.
9. Doświadczenie i wnikliwość badawcza lekarzy w poszczególnych poradniach oraz diagnostyka psychologiczna wpływa na ilość rozpoznanych, współwystępujących diagnoz.
10. Funkcjonowanie psychiczne rodzin pacjentów z uzależnieniem behawioralnym i uzależnieniem od substancji psychoaktywnej nie różni się.
11. Rodziny osób z uzależnieniami behawioralnymi coraz częściej zgłaszają się do terapii.
12. Możliwość wyodrębnienia w placówkach ambulatoryjnych grup homogennych dla UB jest pochodną wielkości i koncepcji terapeutycznej danego ośrodka.
13. Pacjenci uzależnieni behawioralnie nie leczą się trudniej niż uzależnieni od alkoholu i innych środków psychoaktywnych.

### II. REKOMENDACJE:

Rekomendacje do dalszych badań naukowych:

1. Warto sprawdzić efektywność terapeutyczną i finansową programów dotyczących UB (Niewiadomska, 2015).
2. Warto pogłębić i zbadać wpływ promocji, reklamy lub oddziaływań profilaktycznych na dostępność oferty (Niewiadomska, 2015).

3. Warto zbadać (stworzyć wskaźniki) jakości pracy poszczególnych ośrodków – implikacje terapeutyczne jako pochodna możliwości danego ośrodka.
4. Zauważalny i spodziewany wzrost udziału kobiet jak i innych specyficznych populacji np. patologicznych hazardzistów czy seksoholików (Carnes, 2010) wśród pacjentów leczenia odwykowego wymaga przygotowania odpowiedniej oferty terapeutycznej w ośrodkach zajmujących się leczeniem uzależnień.
5. Należy dostosować ofertę do potrzeb pacjentów z wszystkich grup wiekowych, także tych najmłodszych poniżej 18 r.ż. (Kozak, 2011) z uwzględnieniem różnorodności problemów i rozpoznań (grupy homogenne lub włączenie pacjentów z rozpoznaniem np. F63.0 do grup pacjentów z rozpoznaniem F10-F19).
6. Zmiany w zakresie współchorobowości nałogów behawioralnych z uzależnieniami od środków psychoaktywnych i z zaburzeniami psychicznymi sugerują konieczność większej integracji leczenia psychiatrycznego i odwykowego.
7. Coraz liczniejsza grupa obciążonych somatycznie pacjentów może wskazywać na konieczność poszerzania kompetencji ośrodków zajmujących się leczeniem uzależnień, do diagnozowania schorzeń somatycznych. Być może należy rozważyć konieczność zatrudnienia specjalistów chorób wewnętrznych.
8. Przedstawione wyniki mogą być inspiracją dla doskonalenia programów szkoleń dla terapeutów uzależnień jak również przyspieszenia procesów standaryzacji leczenia i akredytacji placówek leczenia odwykowego zajmujących się terapią uzależnień behawioralnych (Raylu i Oei, 2016).
9. Istnieje korelacja pomiędzy liczbą pacjentów i usług na rzecz osób uzależnionych behawioralnie i ich rodzin, a liczbą pacjentów i usług świadczonych na rzecz osób uzależnionych od SP i ich rodzin. Jednym z kryteriów przydzielenia dotacji mogłaby być liczba pacjentów leczonych bądź wysokość środków otrzymywana z NFZ.
10. Warto zachęcać (punktować dodatkowo) wspólne inicjatywy naukowców i klinicystów.

Poniższa tabela dotyczy warunków dobrej współpracy i wzajemnych mocnych stron naukowców i klinicystów w dziedzinie badań naukowych nad uzależnieniami behawioralnymi.

## Naukowcy a klinicyści



Naukowcy	Klinicyści
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencjał naukowy: umiejętności i doświadczenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencjał kliniczny: umiejętność i doświadczenie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umiejętność przeprowadzenia poprawnego metodologicznie badania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umiejętności terapeutyczne i diagnostyczne danego zespołu</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dostępność do odpowiednich możliwości obliczeń statystycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wielkość i doświadczenie zespołu</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Możliwość przeglądania i weryfikowania literatury fachowej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wielkość i jakość ośrodka (rozbudowanie programu terapeutycznego)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Łatwość znalezienia grupy kontrolnej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Łatwość pozyskania pacjentów do grup badawczych</li> </ul>
<p>Odległość uczelni od ośrodków terapeutycznych</p>	

W ramach projektu proponujemy wprowadzenie 3 poziomów referencyjności diagnostycznej i terapeutycznej dla ośrodków realizujących programy na rzecz osób uzależnionych behawioralnie i ich rodzin. Dotyczą one sposobu prowadzenia procesu diagnostycznego i terapeutycznego.

### A. Proces diagnostyczny:

1. Ośrodek prowadzi diagnostykę bez oparcia o jasne kryteria np. ICD-10. W dokumentacji pacjenta brak opisu kryteriów diagnostycznych. Jest to początkowa faza, gdy zbierane są doświadczenia diagnostyczne.
2. Ośrodek prowadzi diagnostykę wg obowiązujących kryteriów ICD-10. Stosuje dodatkowe kryteria potwierdzające diagnostykę nozologiczną np. testy dotyczące poszczególnych uzależnień – np. SOGS dla F63.0 itp.
3. Oprócz kryteriów z pkt. 2 stosowana jest diagnostyka różnicowa, która wyklucza (np. Z72.6) bądź doprecyzowuje diagnozę np. patologiczny hazard u osoby chorej psychicznie (ChAD lub schizofrenia) lub np. związki pomiędzy F10-F19 a F63.0 (współwystępowanie).

### B. Proces terapeutyczny

1. Proponowany jest kontakt indywidualny i proces diagnostyczno-terapeutyczny z elementami motywowania do terapii. Pacjent pozostaje w kontakcie indywidualnym z terapeutą bądź korzysta z programu dla uzależnień od SP.

2. Proponowany jest kontakt indywidualny i grupowy dla uzależnień behawioralnych. Terapia grupowa w formie psychoedukacji jest realizowana w ośrodkach w grupach cyklicznie lub w sposób ciągły. Pacjenci część programu uzależnień realizują w grupie wspólnie z innymi osobami uzależnionymi (F10-F19).
  3. Program terapii uzależnień behawioralnych dla pacjentów w całości funkcjonuje poza programem uzależnień od SP. Istnieją co najmniej dwie grupy stałe np. „psychoedukacyjna” i „pogłębiona” lub osobna dla F63.0 a osobna dla seksoholików lub innych grup pacjentów.
11. Programy terapeutyczne dla UB wymagają dalszej, stałej promocji, reklamy lub oddziaływań profilaktycznych celem zwiększenia świadomości społecznej a przez to wpływu na dostępność oferty.
  12. Istnieje dalsza potrzeba rozwoju programów terapeutycznych zarówno w placówkach o kilkuletnim doświadczeniu jak i tych, które mają niewielkie doświadczenia.
  13. Filarami programów terapeutycznych powinny być nadal: psychoterapia behawioralno-poznawcza, dialog motywujący, konsultacje prawne, doradztwo finansowe (Raylu i Oei, 2016).
  14. Należy zwiększyć nacisk na superwizje indywidualne i ośrodków (zespołów), szkolenia dla terapeutów specyficzne dla UB (Sagadyn, 2012).
  15. Dalszych badań i dyskusji wymaga pytanie: czy rozwijać program terapeutyczny oparty o koncepcję leczenia wspólnie uzależnień od SP i behawioralnych czy osobno? (Niewiadomska, 2015).
  16. W przyszłych badaniach wskazano jest porównać te wartości ze średnią wieku pacjentów uzależnionych od SP. Może mieć to wpływ na dyskusję nt. łączenia lub rozdzielności pacjentów w programach terapeutycznych szczególnie w terapii grupowej (Woronowicz, 2009).
  17. Stopień czy głębokość uzależnienia, wielowątkowość diagnostyczna powinny korelować z formą terapii (ambulatoryjna, dzienna czy stacjonarna) (Jędrzejko i in., 2015).
  18. W związku ze zwiększeniem się grupy pacjentów uzależnionych od nowych mediów oraz nowej klasyfikacji ICD-11 warto uwzględnić w kolejnych badaniach nowe kategorie diagnostyczne (Habrat, 2016).
  19. Należy zwracać dużą uwagę na diagnostykę uzależnień i diagnostykę osobowości wśród pacjentów UB, co z kolei ma związek ze sposobem i formami prowadzonej terapii.
  20. Należy zwracać uwagę na problemy zadłużenia wśród rodzin i bliskich hazardzistów, zakupoholików i tym podobnych grup pacjentów.

21. Diagnoza nozologiczna stawiana przez lekarzy psychiatrów powinna być oparta na ICD-10, a dodatkowo można stosować inne klasyfikacje lub testy specyficzne dla danego uzależnienia.
22. Stosowanie uzgodnionych definicji, narzędzi diagnostycznych i procedur wywiadu zwiększa precyzję stawianych rozpoznań behawioralnych.
23. Używanie rutynowo w wywiadzie u wszystkich pacjentów testów przesiewowych lub pytań dotyczących możliwości zachowań nałogowych uwrażliwia terapeutów na problematykę uzależnień behawioralnych.
24. Z uwagi na stosunkowo dużą populację pacjentów z zaburzeniami osobowości wśród osób uzależnionych behawioralnie korzystne jest prowadzenie diagnostyki i terapii uwzględniającej uwarunkowania osobowościowe.
25. W leczeniu pacjentów z uzależnieniami behawioralnymi konieczne jest uwzględnienie współchorobowości psychiatrycznej.

Rozwój programów terapeutycznych realizowanych przez KBdsPN będzie zależał od dalszego motywowania (finansowego) podmiotów medycznych do realizacji tych zadań.

## 15. Podsumowanie

Część ośrodków w Polsce od co najmniej 2012 r. wdrożyło programy terapeutyczne na rzecz osób uzależnionych behawioralnie i ich rodzin. Obecne badania dały możliwość prześledzenia zmian (określonych powyżej) w wybranych 10 ośrodkach na przestrzeni 5 lat intensywnego rozwoju programów terapeutycznych oraz wzrostu liczby pacjentów. Dodatkowo ukazano zmiany w czasie czteroletniej fazy wstępnej (lata 2008-2011), kiedy kształtowały się pierwsze doświadczenia w tym zakresie. Interesującym było porównanie danych ilościowych dotyczących poszczególnych ośrodków z ośrodkami, w których programy na rzecz osób uzależnionych behawioralnie trwały 1-2 lat.

Wybrane ośrodki były dużymi placówkami terapii uzależnień zatrudniającymi kadrę o długoletnim doświadczeniu terapeutycznym co nie daje pełnej reprezentatywności zjawisk demograficznych, diagnostycznych, klinicznych i terapeutycznych występujących w polskim lecznictwie odwykowym.

W badaniu, które było przeprowadzone wśród pacjentów wymienionych ośrodków potwierdzono większość hipotez badawczych, a część wymaga dalszych badań.

Rosnąca populacja osób uzależnionych behawioralnie wymaga stworzenia coraz to doskonalszych, profesjonalnych programów terapeutycznych oraz ośrodków specjalizujących się w pomocy osobom uzależnionym behawioralnie. Fakt ten powinien stać się również podstawą

do ściślejszej współpracy specjalistów leczenia odwykowego z specjalistami innych dziedzin medycyny, między innymi w psychiatrii (Niewiadomska, 2015).

## 16. Literatura

1. Aktepe E., Olgaç-Dündar N., Soyöz Ö., Sönmez Y. (2013). Possible internet addiction in high school students in the city center of Isparta and associated factors: a cross-sectional study. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 55:417-425.
2. Andreassen CS, Griffiths MD, Hetland J, Kravina L, Jensen F, Pallesen S. (2014). The prevalence of workaholism: a survey study in a nationally representative sample of Norwegian employees. *PLoS One*; 9:e102446.
3. Augustynek A. (2010). *Uzależnienia komputerowe. Diagnoza, rozpowszechnienie, terapia*. Warszawa: Difin.
4. Baysan-Arslan S, Cebeci S, Kaya M, Canbal M. (2016). Relationship between internet addiction and alexithymia among university students. *Clinical & Investigative Medicine*; 39:27513.
5. Beck A. (2017). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
6. Blaszczyński A. (2010). Instrumental Tool or Drug: Relationship between Attitudes to Money and Problem Gambling. *Addiction Research and Theory*; 18 (6): 681-691.
7. Blaszczyński A. (2011). Effects of Directional Decisional Support Upon Risk Taking Online. *The Ergonomics Open Journal*; 4, 47-54.
8. Carneiro E, Tavares H, Sanches M, Pinsky I, Caetano R, Zaleski M, Laranjeira R. (2014). Gambling onset and progression in a sample of at-risk gamblers from the general population. *Psychiatry Research*; 216:404-411.
9. Carnes P. (2009). *Od nałogu do miłości. Jak wyzwolić się z uzależnienia od seksu i odnaleźć prawdziwe uczucie*. Poznań: Media Rodzina.
10. CBOS. (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*. Warszawa.
11. Cungi C. (2007). *Stawić czoło uzależnieniom*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
12. Delmonico L.D., Griffin E., Moriarty M.J. (2010). *Cyberseks. Skuteczna walka z uzależnieniem*. Poznań: Media Rodzina.
13. Derevensky L. (2011). Your Mother Should Know: A Comparison of Maternal and Paternal Attitudes and Behaviors Related to Gambling among Their Adolescent Children. *International Journal of Mental Health and Addiction*; 9: 264-275.

14. Derevensky L., Gupta R. (2011). Youth Gambling Prevention: Can Public Service Announcements Featuring Celebrity Spokespersons be Effective? *International Journal of Mental Health and Addiction*. 9: 165-179.
15. Derwich-Nowak A. (2010). *Patologiczny hazard. Poradnik dla osób grających niebezpiecznie, zagrożonych schorzeniem, ich rodzin oraz terapeutów*. Warszawa: Difin.
16. Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. (2014). Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *The American Journal of Clinical Nutrition*; 99:578-586.
17. Floros G, Paradisioti A, Hadjimarcou M, Mappouras DG, Karkanioti O, Siomos K. (2015). Adolescent Online Gambling in Cyprus: Associated School Performance and Psychopathology. *Journal of Gambling Studies*; 31(2):367-84. doi: 10.1007/s10899-013-9424-3.
18. Frahn T, Delfabbro P, King DL. (2015). Exposure to Free-Play Modes in Simulated Online Gaming Increases Risk-Taking in Monetary Gambling. *Journal of Gambling Studies*; 31:1531-1543.
19. Golińska L. (2011). *Pracoholik a pracoholik entuzjastyczny - dwa światy?* Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
20. Golińska L. (2014). *Pracoholizm inaczej*. Warszawa: Difin.
21. Guo S, Manning V, Thane KK, Ng A, Abdin E, Wong KE. (2014). Predictors of treatment outcome among Asian pathological gamblers (PGs): clinical, behavioural, demographic, and treatment process factors. *Journal of Gambling Studies*; 30:89-103.
22. Habrat B. (2016). *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
23. Heo J, Oh J, Subramanian SV, Kim Y, Kawachi I. (2014). Addictive internet use among Korean adolescents: a national survey. *PLoS One*; 9:e87819.
24. Jarczyńska J. (2014). *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria Diagnoza Profilaktyka Terapia*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
25. Jędrzejko Z.M., Rosik P.B., Kowalski M. (2015). *Uzależnienia behawioralne*. Pułtusk-Warszawa: Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora.
26. Kozak S. (2013). *Patologia fonoholizmu. Przyczyny, skutki i leczenie uzależnienia dzieci i młodzieży od telefonu komórkowego*. Warszawa: Difin.
27. Kozak S. (2011). *Patologie komunikowania w Internecie. Zagrożenia i skutki dla dzieci i młodzieży*.. Warszawa: Difin.
28. Lee KM, Guo S, Manning V, Thane K, Wong KE. (2011). Are the demographic and clinical features of pathological gamblers seeking treatment in Singapore changing? *Singapore Medical Journal*; 52:428-431.



29. Lelonek B. (2007). Początek drogi – kiedy uzależniony hazardzista trafia do specjalisty. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*; 3, 32-35.
30. Li Y, Zhang X, Lu F, Zhang Q, Wang Y. (2014). Internet addiction among elementary and middle school students in China: a nationally representative sample study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*; 17:111-116.
31. Mak KK, Lai CM, Watanabe H, Kim DI, Bahar N, Ramos M, Young KS, Ho RC, Aum NR, Cheng C. (2014). Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*; 17:720-728.
32. Moskalewicz J. (2012). Uzależnienia behawioralne – nowe wyzwanie. Rozm. Przepr. Tomasz Kowalewicz. *Narkomania*; 3, 2-5.
33. Niewiadomska I. (2015). *Hazard i inne uzależnienia behawioralne. Doniesienia z badań*. Warszawa: Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”.
34. Ogińska-Bulik N. (2010). *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?* Warszawa: Difin.
35. Pedram P, Wadden D, Amini P, Gulliver W, Randell E, Cahill F, Vasdev S, Goodridge A, Carter JC, Zhai G, Ji Y, Sun G. (2013). Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PLoS One*; 8:e74832.
36. Petry NM. (2010a). Pathological Gamblers Respond Equally Well to Cognitive-Behavioral Therapy Regardless of Other Mental Health Treatment Status. *The American Journal on Addictions*; 19: 550-556.
37. Petry NM. (2010b). Subtyping Pathological Gamblers Based on Impulsivity, Depression, and Anxiety. *Psychology of Addictive Behaviors*; 24, 4, 680-688.
38. Petry NM. (2010c). The Inventory of Gambling Situations in Problem and Pathological Gamblers Seeking Alcohol and Drug Abuse Treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*; 18, 6, 530-538.
39. Petry NM. (2011a). A Quick and Simple Screening Method for Pathological and Problem Gamblers in Addiction Programs and Practices. *The American Journal on Addictions*; 20, 220-227.
40. Petry NM. (2011b). Drinking Patterns of Pathological Gamblers Before, During, and After Gambling Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*; 25, 4, 664-674.
41. Raylu N, Oei TP. (2016). *Program terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu hazardu problemowego. Podręcznik terapeuty*. Warszawa: Fundacja Dolce Vita.
42. Potenza M.N. (2011). Health/Functioning Characteristics, Gambling Behaviors, and Gambling-Related Motivations in Adolescents Stratified by Gambling Problem Severity: Findings from a High School Survey. *The American Journal on Addictions*; 20; 495-508.

43. Rumpf HJ, Vermulst AA, Bischof A, Kastirke N, Gürtler D, Bischof G, Meerkerk GJ, John U, Meyer C. (2014). Occurrence of internet addiction in a general population sample: a latent class analysis. *European Addiction Research*; 20:159-166.
44. Sagadyn L. (2012). Specyfikacja relacji terapeutycznej u osób uzależnionych od hazardu. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*; 5, 9-11.
45. Shaffer H. (2011). Research Using Actual Behavior Encourages and Confirms Accurate Self-Report: A Response to Griffiths' (2010) Further Comments. *Addiction Research and Theory*; 19(1): 87-88.
46. Shaffer H. (2010). Toward a Paradigm Shift in Internet Gambling Research: From Opinion and Self-Report to Actual Behavior. *Addiction Research and Theory*; 18(3): 270-283.
47. Shaffer H. (2010). Using the Theory of Planned Behavior to Predict Gambling Behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*; 24, 1, 89-97.
48. Shaffer HJ, Hall MN. (2001). Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. *Canadian Journal of Public Health*; 92:168-172.
49. Shaffer J. (2012). Behavioral Characteristics of Internet Gamblers Who Trigger Corporate Responsible Gambling Interventions. *Psychology of Addictive Behaviors*; 26, 3, 527-535.
50. Shulman T. (2017). *Zakupoholizm. Kompulsja o wielu twarzach*. Warszawa: Fundacja Dolce Vita.
51. Takamatsu SK, Martens MP, Arterberry BJ. (2016). Depressive Symptoms and Gambling Behavior: Mediating Role of Coping Motivation and Gambling Refusal Self-Efficacy. *Journal of Gambling Studies*; 32:535-546.
52. Tomasik T, Windak A. (2015). Internet addiction among graduates of general secondary schools in Cracow and its correlation with body mass index and other health problems. *Polski Merkurusz Lekarski*; 39:31-36.
53. Wang CW, Chan CL, Mak KK, Ho SY, Wong PW, Ho RT. (2014). Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: a pilot study. *The Scientific World Journal*; 874648.
54. Wojdyło K. (2010). *Pracoholizm: perspektywa poznawcza*. Warszawa: Difin.
55. Wojewódzka B., Dąbrowska K. (2011). *Gra, zabawa czy nałogowe granie? Poradnik dla rodzin hazardzistów*. Warszawa: PARPA Media.
56. Woronowicz B. (2012). *Hazard: historia, zagrożenia i drogi wyjścia*. Poznań: Media Rodzina.
57. Woronowicz B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań-Warszawa-Poznań: Media Rodzina - PARPA Media.

58. Young S. Kimberly, Nabucco de Abreau C. (2017). *Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia*. Warszawa: Fundacja Dolce Vita.
59. Zanki M. (2011). Hazard – wiedeńskie doświadczenia. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*;5, 17-19.
60. Zdrada D. (2017). *Seksoholizm perwersja i miłość*. Warszawa: Difin.

Prof. dr hab. n. med.  
**Marcin WOJNAR**  
lekarz  
specjalista psychiatra  
4730703

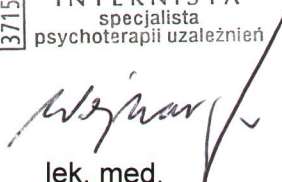


prof. dr hab. n. med.  
**Marcin Wojnar**

9041691 DR HAB. N. MED.  
**MAREK KRZYSTANEK**  
SPECJALISTA PSYCHIATRA  
SPECJALISTA SEKSUOLOG

dr hab. n. med.  
**Marek Krzystanek**

3715664 lek.med. Roman Wojnar  
INTERNISTA  
specjalista  
psychoterapii uzależnień



lek. med.  
**Roman Wojnar**

