

## **RAPORT Z REALIZACJI BADANIA**

### **Ocena stanu zdrowia somatycznego i psychicznego pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń związanych z alkoholem**

Jacek Moskalewicz, Michał Bujalski, Katarzyna Dąbrowska, Justyna Klingemann,  
Michał Kucharski, Janusz Sierosławski, Jakub Stokwiszewski, Łukasz Wieczorek

Okres realizacji projektu:  
2023-06-01 – 2024-12-31

Nazwa zadania:  
2.1.2. 11 Wspieranie badań naukowych dotyczących problematyki związanej z piciem alkoholu

Nazwa konkursu:  
31.01.23/HA/DBMWM

Miejsce realizacji:  
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Socjologii Zdrowia i Badań nad Uzależnieniami (dawniej:  
Zakład Badań na Alkoholizmem i Toksykomaniami)

Numer umowy:  
274/KT/HM/DBMWM/2023

Data umowy:  
2023-06-01

**Warszawa, 2024**

Zadanie dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych  
na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom



**Zakład Socjologii Zdrowia i Badań nad Uzależnieniami**  
(dawniej: Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami)

**Kierownik projektu:** Jacek Moskalewicz

**Zespół badawczy:** Michał Bujalski, Katarzyna Dąbrowska, Justyna Klingemann,  
Michał Kucharski, Janusz Sierosławski, Jakub Stokwiszewski, Łukasz Wieczorek

*Pragniemy złożyć podziękowania wszystkim instytucjom i osobom zaangażowanym w realizację badania „Ocena stanu zdrowia somatycznego i psychicznego pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń związanych z alkoholem”.*

*Nasze szczególne podziękowania kierujemy do pracowników placówek terapeutycznych, którzy okazali nam wsparcie podczas organizacji i realizacji wywiadów ankietowych. Dzięki życzliwości, zaangażowaniu i gotowości do współpracy personelu mogliśmy przeprowadzić badanie w sposób zgodny z przyjętymi założeniami. Pomoc w dostosowywaniu harmonogramów pracy oraz udostępnianiu przestrzeni do prowadzenia wywiadów w warunkach zapewniających poczucie anonimowości była kluczowa dla sukcesu tego projektu.*

*Równie serdecznie dziękujemy pacjentom, którzy wzięli udział w badaniu. Doceniamy otwartość, zaangażowanie oraz czas poświęcony na wypełnienie ankiety. Zdajemy sobie sprawę, że udział w badaniu wymagał wysiłku, szczególnie w obliczu codziennych wyzwań związanych z procesem leczenia. Cenne odpowiedzi i szczerze opinie umożliwiły nam zebranie danych, które posłużą do pogłębienia wiedzy na temat stanu zdrowia osób zmagających się z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu.*

*Dziękujemy naszemu zespołowi ankieterów za ich zaangażowanie i profesjonalizm. Mamy nadzieję, że ta współpraca była cennym doświadczeniem dla nas wszystkich.*

*Wierzymy, że wyniki tego projektu przyczynią się do poprawy jakości opieki nad osobami cierpiącymi z powodu zaburzeń związanych z alkoholem.*

*Zespół Projektu*

[PUSTA STRONA]

## Spis treści

STRESZCZENIE .....	7
1. WPROWADZENIE ( <i>Jacek Moskalewicz</i> ) .....	13
2. METODA ( <i>Michał Kucharski</i> ) .....	18
3. POZIOM REALIZACJI PRÓBY ( <i>Michał Kucharski</i> ) .....	37
4. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA PRÓBY ( <i>Jacek Moskalewicz</i> ) .....	41
5. CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH ( <i>Jacek Moskalewicz</i> ) .....	51
6. CHOROBY SOMATYCZNE ( <i>Jacek Moskalewicz</i> ) .....	66
7. UŻYWANIE INNYCH NIŻ ALKOHOL SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ( <i>Janusz Sierosławski</i> ) .....	85
8. PALENIE TYTONIU ( <i>Katarzyna Dąbrowska, Łukasz Wieczorek</i> ) .....	96
9. ZABURZENIA DEPRESYJNE ( <i>Michał Bujalski</i> ) .....	112
10. ZABURZENIA LĘKOWE Z NAPADAMI LĘKU (LĘK PANICZNY, PD) I SPECYFICZNE POSTACI FOBII (SP) ( <i>Justyna Klingemann, Jakub Stokwiszewski, Jacek Moskalewicz</i> ) .....	123
11. ZABURZENIA ZACHOWANIA ( <i>Michał Kucharski, Jacek Moskalewicz</i> ) .....	138
12. ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE ( <i>Michał Kucharski, Jacek Moskalewicz</i> ) .....	152
13. UPRAWIANIE HAZARDU ( <i>Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska</i> ) .....	171
14. REKOMENDACJE ( <i>Jacek Moskalewicz</i> ) .....	194

[PUSTA STRONA]

## STRESZCZENIE

W Polsce, zaraz na początku lat dziewięćdziesiątych, dokonano głębokiej reorientacji w polityce wobec alkoholu. Polityka kontroli nad alkoholem, polegająca na ograniczaniu jego dostępności ekonomicznej, liczby punktów oraz czasu sprzedaży, została zaniechana już w pierwszym roku transformacji gospodarczych. Miała ją zastąpić edukacja, zwłaszcza edukacja skierowana do niepełnoletnich oraz lecznictwo, które miało kontrolować i leczyć tych, którzy nie są w stanie z umiarem korzystać z wyboru oferowanego przez wolny rynek.

Zmiana priorytetów przyniosła istotny ilościowy i jakościowy rozwój lecznictwa uzależnień. Jednak mimo potężnych inwestycji w lecznictwo, rozwoju systemu kształcenia kadr oraz napływu rzesz nowych, wysokokwalifikowanych pracowników, umieralność z przyczyn spowodowanych piciem alkoholu nie tylko nie spadła, ale dramatycznie wzrosła.

Już w pierwszych latach transformacji liczba zgonów z przyczyn bezpośrednio związanych z alkoholem była dwukrotnie wyższa niż w latach osiemdziesiątych. Mimo znaczących postępów w lecznictwie umieralność związana z alkoholem w ostatnich latach nadal rośnie. Jedną z przyczyn jest zapewne dostępność alkoholu, która „produkuje” coraz to nowe rzesze ludzi cierpiących na zaburzenia alkoholowe, kończące się u części z nich przedwczesnym zgonem. Inną przyczyną może być względna autonomia systemu leczenia uzależnienia od alkoholu, gdzie z racji wysokiej specjalizacji i ograniczeń administracyjno-finansowych uwaga skupiona jest głównie na uzależnieniu, a mniejszą wagę przywiązuje się do towarzyszących zaburzeń zdrowia somatycznego i psychicznego.

Głównym celem naszego projektu była ocena poziomu współchorobowości somatycznej i psychicznej wśród pacjentów systemu leczenia uzależnienia od alkoholu. Ze względów organizacyjnych i logistycznych badania ograniczono do pacjentów całodobowych oddziałów leczenia uzależnienia od alkoholu, znanych jako OTUA. W badaniach zastosowano technikę wspomaganą komputerowo wywiadów bezpośrednich.

Kwestionariusz wykorzystywał kilka sekcji międzynarodowego, rekomendowanego przez WHO kwestionariusza CIDI, który umożliwia postawienie kilkudziesięciu diagnoz zaburzeń zdrowia psychicznego na podstawie wywiadu przeprowadzonego przez przeszkolonego ankietera. Do naszego kwestionariusza włączyliśmy jedynie pięć sekcji diagnostycznych CIDI, obejmujących zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe (w tym napady lęku, lęk paniczny i fobie specyficzne) oraz zaburzenia zachowania, które — według wcześniejszych ogólnopolskich badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców naszego

kraju — były najbardziej rozpowszechnione wśród osób cierpiących na zaburzenia alkoholowe (ang. *alcohol use disorders*, AUD). Ponadto w kwestionariuszu znalazły się sekcje CIDI dotyczące przewlekłych chorób somatycznych, samobójstw oraz danych społeczno-demograficznych, a także zmodyfikowane sekcje na temat palenia, używania innych niż alkohol substancji psychoaktywnych oraz hazardu. Wykorzystanie kwestionariusza CIDI stworzyło możliwość — po zastosowaniu odpowiednich wag — porównywania rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia wśród pacjentów z ich rozpowszechnieniem w populacji generalnej. Dodatkowo w sekcji alkoholowej zastosowano zoperacjonalizowane w formie pytań kryteria diagnostyczne DSM-5.

Badania zrealizowano w 15 województwach, w 50 oddziałach OTUA, co stanowi ponad 83% wszystkich tego typu placówek. W badaniu wzięło udział 1207 pacjentów przebywających na oddziale w dniu badania. Na udział w badaniu wyraziło zgodę dwie trzecie pacjentów, jednak odsetek ten w poszczególnych placówkach był bardzo zróżnicowany i wahał się od kilkunastu do 100%.

Naszą próbę, po zastosowaniu stosunkowo niewielkich wag, można uznać za reprezentatywną dla wszystkich pacjentów OTUA pod względem płci, wieku oraz klasy miejscowości zamieszkania. W próbie znalazła się jednak nadreprezentacja pacjentów ze średnim i wyższym wykształceniem.

Nasilenie zaburzeń psychicznych i behawioralnych spowodowanych pićem alkoholu wśród pacjentów objętych opieką całodobową w placówkach OTUA jest bardzo wysokie. Ponad 90% pacjentów kwalifikuje się do rozpoznania ciężkich zaburzeń alkoholowych według klasyfikacji DSM-5, a prawie dwie trzecie spełnia dziesięć z jedenastu kryteriów diagnostycznych.

Wbrew oczekiwaniom, że pierwsze symptomy zaburzeń alkoholowych pojawiają się już w dzieciństwie lub wczesnej młodości, okazuje się, że tylko kilkanaście procent pacjentów wskazuje ich początek na okres przed ukończeniem 18. roku życia. Podobny odsetek potwierdza ich wystąpienie dopiero po 40. roku życia. Średni wiek pojawienia się pierwszych zaburzeń wynosi u mężczyzn niemal 28 lat, a u kobiet prawie 35 lat.

Zaburzenia alkoholowe charakteryzują się silną komponentą dziedziczenia, zarówno genetycznego, jak i kulturowego. Prawie 80% kobiet oraz dwie trzecie mężczyzn potwierdziło, że ktoś z ich biologicznych krewnych również cierpiał na problemy alkoholowe.

Ponad 60% pacjentów ma za sobą doświadczenia z leczeniem odwykowym, nie licząc obecnego leczenia. Ponad połowa korzystała z leczenia ambulatoryjnego, chociaż intensywność tych kontaktów nie była duża. Również ponad połowa pacjentów przechodziła wcześniej detoksykację, a ponad 40% leczyło się już na oddziałach typu OTUA. Jednak mniej niż 40% pacjentów ocenia, że kiedykolwiek wcześniej otrzymało pomocne lub skuteczne leczenie.

Dużo lepiej oceniane jest aktualne leczenie, co zapewne potwierdza wysoką motywację pacjentów przy podejmowaniu decyzji o terapii. Pacjenci ujawnili bardzo poważne zaburzenia funkcjonowania w okresie poprzedzającym obecne leczenie. Ponad połowa z nich była - w związku z piciem - niezdolna do pracy przez co najmniej trzydzieści dni w ciągu 12 miesięcy, a średnio czas tej niezdolności wynosił dwa miesiące. Ponad połowa potwierdziła, że picie zakłócało ich zdolność do wywiązywania się z obowiązków domowych. Na skutek picia pogarszały się relacje z innymi ludźmi — zarówno z najbliższymi, jak i w życiu towarzyskim.

Badania potwierdziły doniesienia z literatury zagranicznej, że stan zdrowia somatycznego pacjentów cierpiących na zaburzenia alkoholowe jest bardzo zły — o klasę gorszy w porównaniu z populacją generalną. Oszacowania rozpowszechnienia zaburzeń somatycznych z naszego badania są kilkukrotnie wyższe w porównaniu z wcześniejszymi badaniami polskimi, prowadzonymi na podstawie dokumentacji medycznej. Jakikolwiek choroby przewlekłe potwierdziło 80% pacjentów, w porównaniu do 44% w populacji generalnej o podobnym rozkładzie płci i wieku; trzy lub więcej chorób przewlekłych stwierdzono u 30% pacjentów, w porównaniu do niecałych 10% w populacji.

Ponad połowa pacjentów cierpi lub cierpiała na dolegliwości bólowe, około 30% na choroby układu pokarmowego, głównie choroby wątroby lub trzustki. Podobny odsetek pacjentów potwierdza nadciśnienie tętnicze. Co dziewiąty pacjent ma za sobą napady drgawkowe, a 9% zgłasza choroby układu oddechowego. Odsetek chorób nowotworowych, których występowanie potwierdza prawie 3% pacjentów, jest ponad dwukrotnie wyższy niż w populacji generalnej. Szczególnie wysoki jest wśród pacjentek, gdzie odsetek potwierdzających chorobę nowotworową przekraczał 6%.

Na stan zdrowia somatycznego duży wpływ mają wypadki i urazy, których ofiarą w ciągu 12 miesięcy poprzedzających leczenie padło prawie 30% pacjentów, podczas gdy odpowiedni

wskaźnik dla populacji generalnej jest dziesięciokrotnie niższy. Trzeba tu podkreślić, że chodzi tu o wypadki i urazy wymagające pomocy medycznej.

Można szacować, że spośród 63 tys. pacjentów oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu, blisko 50 tysięcy cierpi na poważne, przewlekłe choroby somatyczne a dwadzieścia tysięcy jest pod wpływem traumy związanej z niedawnymi, poważnymi wypadkami.

Dodatkowym, poważnym czynnikiem ryzyka jest duże rozpowszechnienie palenia papierosów, które wśród pacjentów przekracza 70% wobec niecałych 30% w populacji generalnej. Szczególnie dużą dysproporcję obserwuje się wśród pacjentek-kobiet, z których pali aż trzy czwarte przy rozpowszechnieniu na poziomie 17% w populacji generalnej. Na destrukcyjny wpływ palenia ma też duża częstotliwość palenia – większość palących używa papierosów codziennie lub prawie codziennie a prawie 90% pali przynajmniej 10 papierosów dziennie.

Również doświadczenia z innymi niż alkohol substancjami psychoaktywnymi są wśród pacjentów dużo bardziej rozpowszechnione niż w populacji generalnej. Ma je ponad połowa pacjentów w porównaniu z 5% wśród dorosłych mieszkańców Polski. Prawie połowa z pacjentów, którzy używali w przeszłości takich substancji używa ich w dalszym ciągu. Najpowszechniejszą substancją są marihuana lub haszysz, których używanie w życiu potwierdza prawie połowa pacjentów, a w ciągu ostatnich 12 miesięcy - prawie 20%. Na drugim miejscu, jeśli chodzi o rozpowszechnienie, znalazły się stymulanty (głównie amfetamina) używane kiedykolwiek przez 30% pacjentów a przez 14% w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Do spektrum problemów, jakich doświadczają pacjenci, można dodać problemy z hazardem, które jednak nie są bardzo rozpowszechnione. W naszym badaniu nie stwierdzono istotnych różnic w rozpowszechnieniu gier hazardowych między pacjentami a populacją generalną, z wyjątkiem gier na maszynach typu jednoręki bandyta, z których korzystał mniej więcej co trzeci pacjent. Zdecydowana większość pacjentów nie uważała, że hazard stanowi problem w ich życiu, a jedynie 2,5% rozmawiało o swoich problemach z hazardem ze specjalistą.

Wśród pacjentów stwierdzono bardzo wysoką współchorobowość psychiatryczną i uporczywość utrzymywania się tych zaburzeń.

Tab. 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji generalnej i wśród pacjentów oraz uporczywość (odsetki)

Zaburzenia	Kiedykolwiek w życiu		W ciągu ostatnich 12 miesięcy		Uporczywość	
	Populacja generalna %	Pacjenci OTUA %	Populacja generalna %	Pacjenci OTUA %	Populacja generalna %	Pacjenci OTUA %
Depresja	3,1	37,5	0,5	29,2	16,1	77,9
Napady paniki	5,4	30,2	1,0	18,4	18,5	60,9
Lęk paniczny	1,0	3,4	0,3	2,7	30,0	79,4
Fobie specyficzne	3,9	24,7	1,7	18,1	43,6	73,3
Zaburzenia zachowania	5,9	36,3	0,04	15,4	0,7	42,4
Ogółem	17,3	73,7	3,9	51,3	22,5	69,6

Jak wynika z tabeli 1, trzy czwarte pacjentów cierpiało w przeszłości na przynajmniej jedno z pięciu badanych zaburzeń, w porównaniu do niecałych dwudziestu procent w populacji generalnej. Dysproporcja ta jest jeszcze większa, jeśli wziąć pod uwagę ostatnie 12 miesięcy. Wśród pacjentów odsetek osób potwierdzających występowanie jakichkolwiek zaburzeń przekracza 50%, podczas gdy w populacji generalnej jest kilkunastokrotnie niższy.

Rozpowszechnienie każdego z tych zaburzeń kiedykolwiek w życiu obejmuje co czwartego pacjenta w przypadku fobii specyficznych oraz co trzeciego w przypadku pozostałych badanych zaburzeń. Aktualne rozpowszechnienie waha się od 15% w przypadku zaburzeń zachowania do 30% w przypadku depresji. Oznacza to bardzo wysoką uporczywość zaburzeń, sięgającą średnio 70%, podczas gdy w populacji generalnej waha się ona w szerokim przedziale — od 0,7% dla zaburzeń zachowania do ponad 40% w przypadku fobii specyficznych. W przypadku każdej z badanych jednostek chorobowych uporczywość wśród pacjentów jest o 30–40 punktów procentowych wyższa.

Dramatycznie zła sytuacja w zakresie zdrowia somatycznego i psychicznego, całe spektrum problemów społecznych związanych z piciem, pogarszającym się zdrowiem, a także napięcia wynikające z nadużywania alkoholu prowadzą do wysokiego ryzyka zachowań samobójczych. Tendencje do zachowań samobójczych wśród pacjentów nie są w wystarczającym stopniu uwzględniane w dokumentacji medycznej.

Według naszych badań prawie 8% pacjentów podjęło próbę samobójczą w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających leczenie, podczas gdy statystyki medyczne wskazują, że ten współczynnik jest czterokrotnie niższy i nie przekracza 2%. Odsetek prób samobójczych kiedykolwiek w życiu wynosi wśród pacjentów 20%, podczas gdy w populacji generalnej oscyluje wokół jednego procenta.

Wśród pacjentów, u których zaburzenia alkoholowe współwystępują z innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, ryzyko prób samobójczych jest prawie pięciokrotnie wyższe niż u pozostałych pacjentów.

## 1. WPROWADZENIE *(Jacek Moskalewicz)*

W Polsce od początku lat dziewięćdziesiątych nastąpiła zmiana priorytetów polityki wobec alkoholu. Rozbudowany w poprzednim dziesięcioleciu system kontroli nad alkoholem, obejmujący zakaz sprzedaży alkoholu do godziny 13:00 oraz ograniczenie liczby punktów sprzedaży do 30 tys., co oznaczało nieco ponad 1000 mieszkańców przypadających na jeden punkt sprzedaży, został rozbity w ciągu kilku miesięcy pod silnym naciskiem przemysłu alkoholowego oraz pod presją setek tysięcy drobnych przedsiębiorców, którzy w alkoholu widzieli swoją szansę na szybki zwrot inwestycji i dalszy rozwój. Politykę kontroli nad alkoholem miała zastąpić edukacja, głównie skierowana do niepełnoletnich oraz leczenie, które miało kontrolować i leczyć tych, którzy nie są w stanie z umiarem korzystać z otwartego rynku.

Nastąpił istotny, ilościowy i jakościowy, rozwój lecznictwa uzależnień. W ciągu kilku lat liczba pacjentów w opiece całodobowej wzrosła prawie trzykrotnie sięgając 90 tysięcy; w opiece ambulatoryjnej zbliżyła się do 200 tysięcy. Stworzono rozbudowany system szkoleń, którego celem była profesjonalizacja lecznictwa. Zwiększyło się zatrudnienie, zwłaszcza o profesje niemedyczne. W lecznictwie pojawiło się tysiące nowych psychologów, pedagogów, specjalistów od resocjalizacji. Mimo tych znaczących inwestycji liczba pacjentów nie spadała a umieralność z przyczyn związanych z alkoholem – rosła. Proces ten trwa nadal – łatwy dostęp fizyczny do alkoholu, jego rosnąca dostępność ekonomiczna „produkuje” coraz to nowe rzesze ludzi potrzebujących pomocy ale także – mimo ogromnych nakładów na lecznictwo – tysiące przedwczesnych zgonów. Tyko w latach 2014-2018 liczba zgonów z przyczyn bezpośrednio związanych z alkoholem wzrosła o 25% a liczba zgonów, których przyczyną były zaburzenia psychiczne i behawioralne spowodowane pićm alkoholu rozpoznawane w ramach ICD 10 jako F10 - podwoiła się.

Leczenie zaburzeń związanych z pićm alkoholu w wyspecjalizowanych placówkach koncentruje się na objawach tych zaburzeń tzn. uzależnieniu i zaburzeniach psychiatrycznych. Z racji wysokiej specjalizacji i ograniczeń organizacyjno-administracyjnych, mniejszą wagę przywiązuje się do towarzyszących zaburzeń somatycznych i psychicznych, co może być - przynajmniej w części - przyczyną rosnącej liczby zgonów.

Celem naszego projektu była ocena poziomu współchorobowości somatycznej i psychiatrycznej pacjentów hospitalizowanych w wyspecjalizowanych placówkach leczenia uzależnień, subiektywna ocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i życiowych pacjentów

w trakcie leczenia oraz ocena nierówności w zdrowiu w różnych segmentach struktury społecznej.

Badania polegały na przeprowadzeniu wywiadów bezpośrednich wykorzystujących niektóre sekcje WHO CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) wśród wszystkich pacjentów odbywających leczenie w czasie przeprowadzania naszych badań w stacjonarnych placówkach terapii uzależnienia od alkoholu (bez oddziałów detoksykacyjnych).

Z kwestionariusza CIDI, który umożliwia postawienie ponad 30 diagnoz zaburzeń psychicznych, wybraliśmy pięć sekcji dotyczących kolejno somatycznych chorób przewlekłych, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń zachowania oraz zachowań samobójczych. Wykorzystaliśmy też niektóre elementy sekcji dotyczących palenia tytoniu, używania innych niż alkohol substancji psychoaktywnych oraz hazardu.

Badaniami objęliśmy ok. 1200 pacjentów, którzy wyrazili zgodę tzn. ok. 60% pacjentów przebywających każdego dnia w oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu.

Współwystępowanie zaburzeń związanych z alkoholem (AUD) oraz zaburzeń zdrowia somatycznego i psychicznego stanowi istotny wymiar szkód zdrowotnych związanych z alkoholem. Pomimo iż literatura naukowa (i praktyka) zazwyczaj koncentrują się na współwystępowaniu AUD i zaburzeń psychicznych, osoby z AUD cechuje również wysokie ryzyko zaburzeń somatycznych (Vancampfort i in. 2016a, 2016b). Podwyższone ryzyko chorób somatycznych wśród osób z AUD jest obecnie dobrze udokumentowane, a wyniki badań naukowych wykazały, że osoby te cechuje zarówno wyższe ryzyko wystąpienia szerokiego spektrum chorób somatycznych (m.in. choroby układu krążenia, endokrynologiczne, żywieniowe, metaboliczne, nowotworowe, zakaźne), jak i wyższe ryzyko zgonów z powodu tych chorób, w porównaniu z populacją ogólną (Abebe i in. 2021; Crump i in. 2013; Holst i in. 2017, Rehm 2011, Skarstein i in. 2023; Vancampfort i in. 2016b). Multiplikacja ryzyka chorób somatycznych sprawia, że osoby z AUD stanowią znaczne obciążenie oddziałów szpitalnych, a tym samym generują znaczne koszty dla systemu opieki zdrowotnej; wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń związanych z alkoholem wśród pacjentów szpitali ogólnych jest co najmniej dwukrotnie wyższy niż w populacji generalnej (Bischof i in. 2010).

Pomimo znacznego obciążenia chorobami somatycznymi, temat ten nie był systematycznie badany w Polsce. Dane z przeprowadzonego stosunkowo niedawno badania historii chorób pacjentów z zespołem abstynencyjnym pokazują, że najczęściej występującą grupą chorób

somatycznych są choroby układu krążenia, które dotyczyły co piątego leczonego. Spośród wszystkich chorób układu krążenia najczęściej występowało nadciśnienie samoistne, które stwierdzono w dokumentacji medycznej 16% pacjentów. Drugim zaburzeniem, co do częstości występowania, było migotanie przedsionków - u 2% pacjentów a kolejną pod względem częstości występowania grupą chorób były zaburzenia wydzielania wewnętrznego, odżywiania i metabolizmu. Najczęściej występowała cukrzyca, przy czym cukrzycę insulino-niezależną potwierdzono u 3% pacjentów. Trzecią pod względem częstości występowania grupą chorób były choroby przewodu pokarmowego, które stwierdzono w dokumentacji medycznej 5% pacjentów (Ring i in. 2021). Wyniki tego badania dają znacznie niższe oszacowania ryzyka różnych chorób somatycznych w porównaniu z cytowanymi wcześniej badaniami zagranicznymi, co może wynikać z metodologii tego badania, w którym źródłem informacji była dokumentacja medyczna, w której stosunkowo rzadkie odniesienia do zaburzeń somatycznych sugerują, że w terapii alkoholowej kwestia zaburzeń somatycznych nie znajduje się w centrum uwagi.

Badania epidemiologiczne dowodzą, że zaburzenia związane z alkoholem są związane również z częstszym występowaniem zaburzeń zdrowia psychicznego. Ryzyko zaburzeń afektywnych dwubiegunowych jest ponad sześciokrotnie wyższe niż w populacji generalnej, zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju - trzy- cztero-krotnie wyższe (Kessler i in. 1996). Szacuje się, że ok. 50–70% osób z AUD będzie cierpieć w ciągu swojego życia na współistniejące zaburzenie psychiczne (Kessler i in. 1997). Z kolei, wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu blisko 40% cierpi równocześnie na inne zaburzenia psychiczne (Sanchez-Pena i in. 2012), przy czym współistniejące zaburzenia psychiczne występują częściej wśród kobiet niż mężczyzn (Mann i in. 2003). Nieliczne badania oparte na dokumentacji medycznej prowadzone w Polsce dowodzą, że współwystępowanie zaburzeń związanych z alkoholem i innych zaburzeń psychicznych jest diagnozowane u 30% pacjentów leczonych psychiatrycznie (Blachut i in. 2013).

Jak widać z tego przeglądu ryzyko współwystępowania zaburzeń związanych z alkoholem oraz zaburzeń zdrowia somatycznego i psychicznego jest wysokie. Polskie badania na ten temat bazują na dokumentacji medycznej, w której jak się wydaje – kwestie zaburzeń towarzyszących AUD nie są w dostateczny sposób udokumentowane.

W pierwszych rozdziałach raportu przedstawimy metodologię badania, przebieg badania oraz charakterystykę naszej próby, która w założeniu ma być reprezentacją wszystkich pacjentów objętych opieką całodobową w oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu (OTUA).

W kolejnych rozdziałach omówimy stan zdrowia somatycznego, historię zaburzeń spowodowanych piciem alkoholu i przebieg leczenia, konsumpcję innych niż alkohol substancji psychoaktywnych oraz tytoniu a także zachowania hazardowe. Omówimy również rozpowszechnienie depresji, zaburzeń lękowych, w tym napadów lęku oraz fobii specyficznych a także zaburzeń zachowania.

Mamy nadzieję, że oszacowanie rozmiarów współchorobowości i potrzeb pacjentów stacjonarnego leczenia zaburzeń alkoholowych w tym zakresie pozwoli podjąć dyskusję i zaplanować bardziej adekwatny i racjonalny sposób odpowiedzi na ich potrzeby. Co z kolei może wpłynąć na poprawę ich stanu zdrowia i zahamować niepokojące trendy w umieralności z powodu zaburzeń związanych z alkoholem.

## Przypisy

Abebe, D. S., Lien, L., & Bramness, J. G. (2021). Effects of age and gender on the relationship between alcohol use disorder and somatic diseases: A national register study in Norway. *BMJ Open*, *11*, e050608. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050608>

Bischof, G., Reinhardt, S., Freyer-Adam, J., Coder, B., Grothues, J. M., Meyer, C. et al. (2010). Severity of unhealthy alcohol consumption in medical inpatients and the general population: is the general hospital a suitable place for brief interventions?. *International Journal of Public Health*, *55*(6), 637-643.

Blachut, M., Badura-Brzoza, K., Jarzab, M., Gorczyca, P., Hese, R. T. (2013). Dual diagnosis in psychoactive substance abusing or dependent persons. *Psychiatria Polska*, *47*(2), 335-352.

Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, MA., Sundquist, J. (2013). Comorbidities and Mortality in Bipolar Disorder: A Swedish National Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. *70*(9), 931–939. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1394.

Holst, C., Tolstrup, J. S., Sørensen, H. J., & Becker, U. (2017). Alcohol dependence and risk of somatic diseases and mortality: a cohort study in 19 002 men and women attending alcohol treatment. *Addiction*, *112*(8), 1358-1366. <https://doi.org/10.1111/add.13799>.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, *66*(1), 17–31.

- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313-321.
- Mann, K., Hintz, T., & Jung, M. (2004). Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome?. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(3), 172–181. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0465-6>.
- Rehm, J. (2011). The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 34(2), 135.
- Ring, M. K., Berent, D., Karwat, R., Pietras, T., & Bieńkowski, P. (2021). Somatic comorbidities of inpatients receiving treatment for alcohol withdrawal syndrome on a psychiatric ward and their relation to delirium tremens. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 30(4), 219-230. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.111918>.
- Sánchez-Peña, J. F., Alvarez-Cotoli, P., & Rodríguez-Solano, J. J. (2012). Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 40(3), 129–135.
- Skarstein, S., Lien, L., Abebe, DS. (2023). The burden of somatic diseases among people with alcohol- and drug use disorders are influenced by mental illness and low socioeconomic status. A registry-based cohort study in Norway, *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111137, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111137>.
- Vancampfort, D., Correll, C.U., Galling, B., Probst, M., De Hert M., Ward P.B. et al. (2016). Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis, *World Psychiatry*, 15(2), 166-174.
- Vancampfort, D., Hallgren, M., Mugisha, J., De Hert, M., Probst, M., Monsieur, D., Stubbs, B. (2016). The prevalence of metabolic syndrome in alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis, *Alcohol and Alcoholism*, 51(5), 515-521.

## 2. METODA (Michał Kucharski)

### Wywiady bezpośrednie

Badanie przeprowadzono metodą komputerowo wspomaganym wywiadów osobistych (ang. *computer assisted personal interviewing* – CAPI), która opiera się na rozmowie z respondentem „twarzą w twarz”, z użyciem komputera. Metoda ta pozwala ankieterowi nawiązać bezpośredni kontakt z respondentem. Metoda CAPI wspomaga pracę ankietera, minimalizując ryzyko pominięcia pytań lub błędnego stosowania reguł przejścia w kwestionariuszu. Wywiady bezpośrednie wymagają zapewnienia poczucia anonimowości oraz nieingerencji osób trzecich, co mogłoby zniekształcać wypowiedzi respondenta.

### Opis kwestionariusza

Do oceny stanu zdrowia somatycznego i psychicznego pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń związanych z alkoholem wykorzystano specjalnie do tego celu przygotowany kwestionariusz badawczy. Narzędzie w wersji papierowej, składało się z niemal 120 stron i zawierało ponad 600 pytań podzielonych na 14 sekcji tematycznych. Celem zastosowania tak obszernego narzędzia było uzyskanie kompleksowego obrazu stanu zdrowia badanych. Kwestionariusz obejmował zarówno pytania ogólne, zadawane wszystkim uczestnikom badania, jak i pytania szczegółowe, skierowane wyłącznie do osób, u których w części przesiewowej zidentyfikowano objawy wskazujące na obecność zaburzeń. Sekcje diagnostyczne pozwalały na szczegółową analizę objawów oraz ich wpływu na zdrowie somatyczne i psychiczne pacjentów.

Część diagnostyczną narzędzia do oceny współchorobowości stanowiły wybrane sekcje kwestionariusza CIDI ver. 2.1.1.4. (z ang. *WHO-WMH Composite International Diagnostic Interview*), narzędzia rekomendowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) do badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych i ich uwarunkowań. CIDI umożliwia postawienie pełnowartościowych diagnoz zaburzeń psychicznych zgodnych z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – rewizja 4). Wywiad może być realizowany przez przeszkolonego ankietera.

Kwestionariusz CIDI został wykorzystany także jako narzędzie badawcze w dwóch edycjach ogólnopolskiego kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego

uwarunkowań - EZOP (2009-2010) I i EZOP II (2018-2019). Użycie analogicznej metody badawczej w naszym badaniu umożliwi dokonywanie porównań między wynikami populacji generalnej, a wynikami populacji pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu.

Analiza wyników badania EZOP II dotyczących oszacowania rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych (18+) w ciągu całego życia, ze szczególnym uwzględnieniem subpopulacji z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu, umożliwiła zidentyfikowanie problemów zdrowia psychicznego najczęściej występujących w tej grupie. Z tego powodu, do badania współchorobowości włączono sekcje pozwalające zidentyfikować zaburzenia depresyjne, zaburzenie lęku panicznego, fobii swoistych, zaburzenia zachowania, palenie tytoniu, tendencje samobójcze, a także wybrane pytania z sekcji diagnostycznych w zakresie patologicznego hazardu oraz z sekcji poświęconej używaniu substancji psychoaktywnych. Dodatkowo, w części społeczno-demograficznej skorzystano z obszernych fragmentów sekcji demograficznej kwestionariusza CIDI.

Pytania związane z używaniem alkoholu zostały przygotowane na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013/2018) co daje możliwość oceny ciężkości zaburzenia używania substancji na wymiarze od łagodnego do znacznego. Dodatkowo w sekcji nt. zaburzeń związanych z używaniem alkoholu uwzględniono wybrane pytania analogicznej sekcji kwestionariusza CIDI.

Na potrzeby badania do kwestionariusza dołączono także pytania poświęcone aktywności ruchowej respondentów, historii leczenia w ramach leczenia uzależnień oraz skalę oceny zadowolenia z aktualnego leczenia.

Poniżej wymieniono nazwy poszczególnych sekcji narzędzia badawczego wraz z ich krótkim opisem.

Tab. 1. Opis sekcji narzędzia badawczego zastosowanego w badaniu

Obszar tematyczny sekcji	Opis sekcji
Pytania wstępne	<p>Sekcja zawiera pytania na temat płci, wieku, stanu cywilnego, wzrostu, wagi i oceny swojego aktualnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego.</p> <p>Dodatkowo, do tej sekcji dołączono pytania z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS-2) na temat czasu, który respondent spędzał na wykonywaniu różnych rodzajów aktywności fizycznej w typowym tygodniu z ostatnich 12 miesięcy przed leczeniem.</p> <p>Pytania dotyczą aktywności fizycznej związanej z przemieszczaniem się (np. sposobu docierania do różnych miejsc np. pracy, szkoły, na zakupy, na targ tj. chodzenia, dojeżdżania na rowerze lub hulajnodze przez co najmniej 10 minut bez przerwy); aktywności fizycznej związanej ze sportem, fitnessem i rekreacyjną aktywnością fizyczną w czasie wolnym powodującej przyśpieszony oddech lub tętno (np. szybki marsz, gra w piłkę, jogging, kolarstwo, pływanie ćwiczenia na siłowni) oraz pytania o ćwiczenia specjalnie opracowane dla wzmocnienia mięśni np. oporowe lub siłowe.</p>
Pytania przesiewowe	<p>Przed każdą sekcją diagnostyczną znajdują się pytania przesiewowe, aby zidentyfikować wszystkie osoby, które potencjalnie mogą doświadczać określonych problemów emocjonalnych. Potwierdzenie objawów w części przesiewowej powoduje otwarcie danej sekcji diagnostycznej i dokładniejszą weryfikację zgłoszonych objawów w sekcji właściwej dla danej jednostki chorobowej.</p>
Ogólny stan zdrowia i choroby przewlekłe	<p>Sekcja ogólny stan zdrowia i choroby przewlekłe koncentruje się na doświadczeniach związanych z chorobami zdrowia somatycznego w wymiarze całego życia i ostatnich 12 miesięcy, a także na problemach zdrowotnych powstałych w skutek wypadków, urazów lub zatruc, które wymagały pomocy medycznej i miały miejsce w ostatnich 12 miesiącach.</p> <p>Uwzględniono, m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- choroby reumatyczne i choroby układu ruchu, tj. artretyzm lub reumatyzm, przewlekłe problemy z kręgosłupem</li> <li>- choroby neurologiczne, tj. częste lub bardzo nasilone bóle głowy, wylew lub udar, epilepsję lub drgawki</li> <li>- choroby układu oddechowego, tj. alergie sezonowe (np. uczulenie na trawy), astma,</li> </ul>

	<p>- <i>przewlekłe choroby płuc</i> tj. przewlekłe choroby płuc (ogólnie), przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, rozedmę, gruźlicę,</p> <p>- <i>choroby układu krążenia</i>, tj. zawał serca, choroby serca, chorobę wieńcową, nadciśnienie</p> <p>- <i>choroby metaboliczne i hormonalne</i>, tj. cukrzycę lub wysoki poziom cukru we krwi</p> <p>- <i>choroby układu pokarmowego</i>, tj. wrzody żołądka lub jelit, choroby trzustki lub wątroby,</p> <p>- <i>choroby zakaźne</i>, tj. wirus HIV lub AIDS,</p> <p>- <i>choroby onkologiczne</i>, tj. chorobę nowotworową,</p> <p>- <i>inne choroby wymienione przez respondentów</i></p> <p>Zawarto także pytania dotyczące wpływu wymienionych problemów zdrowotnych na obowiązki domowe, zdolność do pracy zawodowej, zdolność do nawiązywania i utrzymywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi oraz na życie towarzyskie, w ostatnich 12 miesiącach.</p>
Historia leczenia	<p>Sekcja umożliwia kompleksowe zrozumienie doświadczeń w systemie leczenia uzależnień. Obejmuje pytania o kontakty z placówkami leczenia uzależnień w perspektywie całego życia, w tym z poradniami terapeutycznymi, oddziałami detoksykacyjnymi czy stacjonarnymi ośrodkami leczenia. Obejmuje także pytania o częstotliwość korzystania z pomocy, wiek przy pierwszej wizycie oraz subiektywną ocenę skuteczności wcześniejszych terapii. W tej sekcji znajdują się też pytania o okoliczności i powody podjęcia obecnego leczenia, długość pobytu w placówce oraz ocenę jakości opieki, w tym uwzględnienie zdrowia psychicznego i fizycznego w trakcie terapii.</p>
Ocena zadowolenia z aktualnego leczenia	<p>Do oceny aktualnego leczenia i monitorowania jakości usług wybrano skalę CAT (z ang. <i>Client Assessment of Treatment</i>) (Sandhu i wsp., 2016). Jest to narzędzie służące pacjentom do samooceny doświadczeń i satysfakcji z otrzymywanej opieki terapeutycznej w kontekście leczenia uzależnień. Skala ta koncentruje się na jakości usług, skuteczności leczenia oraz relacjach terapeutycznych. Składa się z 7 pytań, w których odpowiedzi należy wybrać na skali od 0 do 10.</p>
Epizody depresji	<p>Pytania dotyczą doświadczenia epizodów depresji o różnym czasie trwania i nasileniu w perspektywie całego życia i ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Sekcja umożliwia postawienie diagnozy na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10.</p>
Zaburzenia lękowe z napadami lęku	<p>Lęk paniczny to intensywny stan niepokoju, który pojawia się nagle i niespodziewanie, wywołując silny atak paniki. W czasie ataku</p>

	<p>paniki osoba doświadcza gwałtownych, przerażających odczuć fizycznych i psychicznych. Objawy te często prowadzą do przekonania, że dzieje się coś bardzo złego, co dodatkowo wzmacnia lęk i panikę. Pytania dotyczą wystąpienia lęku panicznego lub ataków paniki w perspektywie całego życia i w ostatnich 12 miesiącach. Sekcja umożliwia postawienie diagnozy na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10.</p>
Specyficzne postaci fobii (fobie swoiste)	<p>Fobie swoiste, zwane także specyficznymi, to zaburzenia lękowe charakteryzujące się intensywnym i irracjonalnym lękiem wobec konkretnego obiektu, sytuacji lub zjawiska. Lęk ten jest nieproporcjonalny do rzeczywistego zagrożenia, a reakcje osoby dotkniętej fobią są często automatyczne i trudne do opanowania. W efekcie osoba może unikać przedmiotu swojego lęku lub sytuacji, które wywołują fobię, co może znacznie wpływać na jakość jej życia i codzienne funkcjonowanie. Pytania obejmują perspektywę całego życia i ostatnich 12 miesięcy i dotyczą wystąpienia lęku lub ataku w skutek kontaktu ze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zwierzętami (owadami, robactwem, węzami, psami lub innymi zwierzętami),</li> <li>- wodą lub zjawiskami pogodowymi,</li> <li>- krwią, ranami i korzystaniem z pomocy medycznej (w tym wizyt u stomatologa),</li> <li>- zamkniętymi przestrzeniami,</li> <li>- miejscami znajdującymi się na wysokości,</li> <li>- lataniem i samolotami.</li> </ul> <p>Sekcja umożliwia postawienie diagnozy na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10.</p>
Zachowania samobójcze	<p>Sekcja zawiera pytania stopniowane od myśli samobójcze (A), plany (B) aż po próby samobójcze (C) w perspektywie czasowej kiedykolwiek w życiu oraz ostatnich 12 miesięcy. Pytania o myśli, plany i próby samobójcze nie są odczytywane przez ankietera. Badani są proszeni o korzystanie z Książeczki respondenta. Dodatkowo respondenci są pytani o sytuację, w której miała miejsce próba samobójcza oraz metodę. W przypadku, gdy respondent potwierdził myśli samobójcze, ale nie miał planów, mimo wszystko był pytany o to, czy miał próbę samobójczą.</p>
Konsumpcja alkoholu	<p>Pierwsza część pytań tej sekcji została oparta na klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5. Stanowią go zoperacjonalizowane kryteria diagnostyczne DSM-5. Pytania dotyczą problemów związanych z używaniem alkoholu i objawów odstawiennych w ostatnich 12 miesiącach przed</p>

	<p>podjęciem aktualnego leczenia. W tej sekcji znalazły się także pytania o pierwsze wystąpienie problemów związanych z pićm oraz wybrane pytania z kwestionariusza CIDI dotyczące m.in. leczenia, kontaktów ze specjalistami, w tym z samopomocowymi grupami wsparcia oraz występowania problemów z alkoholem u najbliższych krewnych. Sekcja daje możliwość postawienia aktualnej diagnozy na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-5 oraz ocenę ciężkości zaburzenia używania substancji na wymiarze od łagodnego do ciężkiego.</p>
Używanie substancji psychoaktywnych	<p>Sekcja zawiera pytania o używanie innych niż alkohol substancji odurzających lub leków. Znalazły się w niej m.in. substancje stymulujące, kokaina, heroina i inne opioidy, halucynogeny, środki dysocjacyjne, substancje wziewne, marihuana lub haszysz, środki uspokajające, nasenne, przeciwłękowe, syntetyczne kanabinoidy, syntetyczne katynony, dopalacze, oraz narkotyki przyjmowane w zastrzykach - dożylnie lub domięśniowo. Pytania dotyczyły używania nawet jednorazowego danej substancji, częstotliwości jej przyjmowania w perspektywie całego życia oraz ostatnich 12 miesięcy. W przypadku używania jakiegokolwiek substancji psychoaktywnej respondent jest dopytywany o to, czy kiedykolwiek lekarz lub inny specjalista zajmujący się zdrowiem stwierdził u niego diagnozę uzależnienia od substancji psychoaktywnej, a w przypadku potwierdzenia diagnozy, o wiek respondenta w chwili jej postawienia.</p>
Palenie tytoniu	<p>Sekcja zawiera pytania o używanie tytoniu lub używanie papierosów elektronicznych zawierających nikotynę oraz związane z tym problemy występujące w perspektywie 30 ostatnich dni, 12 miesięcy i całego życia.</p>
Patologiczny hazard – wybrane pytania	<p>Sekcja zawiera pytania o częstotliwość obstawiania lub wydawania pieniędzy czy to w formie tradycyjnej lub z wykorzystaniem internetu w perspektywie całego życia i ostatnich 12 miesięcy przed leczeniem. Respondenci są pytani o różnego rodzaju gry hazardowe np. obstawianie zakładów sportowych, granie w karty na pieniądze, spekulowanie akcjami giełdowymi, totolotka, zdraunki, loterie, granie na maszynach i automatach, obstawianie zakładów na wyścigach konnych, uprawianie hazardu w kasynie i inne. Następnie są pytani m.in. o leczenie, kontakty ze specjalistami, w tym z samopomocowymi grupami wsparcia</p>

	oraz o występowanie problemów z hazardem u najbliższych krewnych.
Zaburzenia zachowania	Sekcja umożliwia ocenę występowania i nasilenia objawów charakterystycznych dla zaburzeń zachowania, takich jak łamanie norm społecznych, agresja, impulsywność czy brak empatii. Koncentruje się na identyfikacji i ocenie specyficznych zachowań z okresu dziecięcego i nastoletniego respondenta, które mogą wskazywać na trudności adaptacyjne lub zaburzenia zachowania. Uczestnik proszony jest o przypomnienie sobie pierwszych doświadczeń związanych z danymi zachowaniami, określenie wieku ich wystąpienia oraz odpowiedź na pytanie dotyczące ich obecności w ostatnich 12 miesiącach. Struktura sekcji uwzględnia różny stopień nasilenia i różnorodność zgłaszanych zachowań. Sekcja umożliwia postawienie diagnozy na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10.
Sekcja demograficzna	W tej sekcji zawarte są zarówno standardowe pytania demograficzne, takie jak miejsce zamieszkania, skład gospodarstwa domowego, poziom wykształcenia, aktualna sytuacja zawodowa i kwestie finansowe, jak również bardziej szczegółowe pytania dotyczące posiadania orzeczenia o niepełnosprawności, samooceny pozycji społecznej w porównaniu z innymi mieszkańcami Polski, przekonań religijnych oraz korzystania z pomocy społecznej. Sekcja ta pozwala na kompleksowe zrozumienie sytuacji życiowej respondenta.

## **Baza placówek**

W badaniu nad współwystępowaniem zaburzeń zdrowia psychicznego i somatycznego pacjentów uwzględniono jedynie placówki oferujące całodobową terapię uzależnienia od alkoholu w ramach oddziałów szpitalnych i innych komórek opieki szpitalnej. W systemie zdrowotnym Narodowego Funduszu Zdrowia te placówki funkcjonują w ramach usługi 4744 - terapia uzależnienia od alkoholu. Na etapie przygotowania próby zidentyfikowano 55 ośrodków/szpitali w całej Polsce spełniających kryteria wejścia do badania.

Badanie zostało przeprowadzone w 46 ośrodkach/szpitalach. Biorąc pod uwagę komórki organizacyjne placówek, ankiety zrealizowano w ponad 50 oddziałach całodobowej terapii uzależnienia od alkoholu, co wynika z faktu, że w strukturze organizacyjnej niektórych podmiotów leczniczych, w których realizowano wywiady ankietowe, znajdował się więcej niż jeden oddział.

Badaniami nie objęto oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych zakładając, że stan zdrowia pacjentów podczas detoksykacji ogranicza możliwości uczestniczenia w długim, wymagającym dużej koncentracji wywiadzie.

Trzeba pamiętać, że osoby cierpiące na zaburzenia alkoholowe trafiają również do innych placówek w ramach leczenia uzależnień, jednak nie stanowią wśród ich pacjentów liczącej się większości tak jak w wybranych do badań ośrodkach terapii uzależnienia od alkoholu (OTUA).

## Mapa placówek

Poniżej przedstawiono mapę placówek, w których zrealizowano badanie ankietowe, uwzględniając ich rozmieszczenie na terenie kraju. Planując realizację badania starano się stworzyć fotografię leczenia i dostępu do placówek terapii uzależnienia od alkoholu przy uwzględnieniu zarówno ośrodków zlokalizowanych w większych aglomeracjach miejskich, jak i tych funkcjonujących w pobliżu mniejszych miejscowości. Takie planowanie, pozwala lepiej zrozumieć specyfikę organizacji i przebiegu terapii w poszczególnych ośrodkach, co może przyczynić się do opracowania bardziej dostosowanych rekomendacji i strategii poprawy jakości usług terapeutycznych w skali ogólnokrajowej. Ostatecznie wywiady przeprowadzono w 15 województwach w Polsce. Wyjątek stanowiło województwo łódzkie, w którym placówka spełniająca kryteria badania była czasowo zawieszona.

Ryc. 1. Mapa oddziałów/ośrodków TUA, w których realizowano wywiady ankietowe



\*źródło Google Maps

## **Realizacja**

Realizacja części terenowej badania rozpoczęła się w listopadzie 2023 roku i trwała do połowy lipca 2024 roku. Na przestrzeni 9 miesięcy odwiedzono 46 ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu zlokalizowanych w 15 województwach, gdzie przeprowadzono łącznie 1207 wywiadów.

Realizacja badań ankietowych w ramach projektu była dużym wyzwaniem organizacyjnym, ponieważ obejmowała placówki zlokalizowane na terenie całego kraju. Skala projektu wymagała od zespołu zaplanowania wielu podróży służbowych, które miały kluczowe znaczenie dla sprawnego przeprowadzenia wywiadów. Aby zminimalizować czas i koszty związane z dojazdami, harmonogram prac został opracowany wg. podziału na regiony. Dzięki temu w trakcie jednego wyjazdu można było przeprowadzić badania w kilku placówkach znajdujących się w stosunkowo bliskim sąsiedztwie.

Każdy wyjazd służbowy był zaplanowany na około 5 dni i angażował do 7 ankieterów. Pozwalało to na ograniczenie czasu pobytu w danej placówce, a w razie potrzeby, równoczesną realizację ankiet w kilku ośrodkach, co znacznie zwiększało efektywność działań. Mimo starannego planowania, podróże te wiązały się z wyzwaniami, takimi jak konieczność pokonywania dużych odległości między placówkami, dostosowywania się do specyficznych harmonogramów funkcjonowania ośrodków, a także organizowania noclegów i transportu. Zorganizowano kilkanaście wyjazdów realizacyjnych, które umożliwiły skuteczne przeprowadzenie badań w zaplanowanych placówkach.

Ankieterzy byli przygotowani na nieoczekiwane sytuacje, np. ograniczenia w dostępności placówek, brak pomieszczeń do przeprowadzania indywidualnych rozmów z respondentami, a przede wszystkim brak możliwości wcześniejszego oszacowania liczby pacjentów, którzy wyrażą zgodę na udział w badaniu.

Pomimo trudności związanych z logistyką, taki model pracy okazał się efektywny i pozwolił na uzyskanie pełnej puli wywiadów ankietowych. Standardowe, dwustopniowe szkolenie, zaangażowanie zespołu i umiejętność dostosowania się do lokalnych uwarunkowań przyczyniły się do sukcesu projektu. Dzięki takiej organizacji możliwe było uzyskanie danych z placówek w całej Polsce, co znacząco zwiększa wartość i wiarygodność uzyskanych wyników.

Średni czas wywiadu ankietowego wyniósł około 1,5 godziny, mediana czasu wywiadów wynosiła także około 1,5 godziny. Najkrótsze wywiady zajmowały około 30 minut, najdłuższe prawie 4 godziny. Całkowity czas realizacji wszystkich 1207 wywiadów ankietowych liczony od momentu rozpoczęcia do ostatniego pytania ankiety wyniósł 1774 godziny.

Tab. 2. Przedstawienie czasów realizacji wywiadów ankietowych

Wskaźniki analizy czasów wywiadów	Czas
Średni czas wywiadu	01:28:10
Mediana czasu wywiadu	01:25:36
Minimalny czas wywiadu	00:24:32
Maksymalny czas wywiadu	03:59:27
Łączny czas wszystkich wywiadów (h)	1774

Tab. 3. Liczba wywiadów ankietowych w zależności od czasu wywiadu

Czas wywiadu	Liczba wywiadów (N)
poniżej 1 godziny	200
między 1 a 2 godziny	846
między 2 a 3 godziny	153
powyżej 3 godzin	8

W realizację wywiadów ankietowych było zaangażowanych łącznie 17 ankieterów. Średnio, każdy ankieter realizował 4 wywiady dziennie. Maksymalna liczba wywiadów przeprowadzona przez ankietera w jednym dniu wyniosła 8.

Wywiady rozpoczynały się we wczesnych godzinach porannych, najczęściej od udziału w spotkaniu społeczności, i trwały do późnych godzin popołudniowych, a niekiedy również wieczornych. Zespół ankieterów przebywał na terenie placówki od 1 do 3 dni, w zależności od liczby pacjentów w placówce oraz liczby pacjentów, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Realizacja wywiadów ankietowych zajęła w sumie 65 roboczodni. W dniach, w których realizowano wywiady ankietowe, uzyskano średnią 18,5 wywiadu na dzień. Minimalna liczba wywiadów zrealizowana jednego dnia wyniosła 1, najwięcej jednego dnia zrealizowano 45 wywiadów (pracowało wtedy równoległe 9 ankieterów).

## **Przygotowanie skryptu**

Za przygotowanie skryptu odpowiadała firma Research Collective Sp. z o.o., wyłoniona w drodze zaproszenia do złożenia oferty cenowej. Wybór firmy podyktowany był jej doświadczeniem w realizacji badań naukowych, w tym projektów z zakresu zdrowia publicznego.

Opracowanie elektronicznej wersji ankiety stanowiło jeden z etapów realizacji badania. Skrypt przygotowano na podstawie kwestionariusza w wersji papierowej. Proces ten wymagał zapewnienia zgodności treści elektronicznej wersji ankiety z jej papierowym odpowiednikiem oraz dostosowania narzędzia do wymogów technicznych i specyfiki realizowanego badania. Szczególnym wyzwaniem było uwzględnienie skomplikowanej struktury kwestionariusza i rozbudowanych metod filtrowania pytań zależnych od wcześniejszych odpowiedzi respondenta.

Proces tworzenia skryptu przebiegał w ścisłej współpracy z firmą skryptującą. Na każdym etapie opracowywania narzędzia wymieniano uwagi i testowano rozwiązania techniczne, aby upewnić się, że wszystkie elementy ankiety funkcjonują zgodnie z założeniami. Współpraca ta nie ograniczała się wyłącznie do fazy przygotowawczej – była kontynuowana przez cały czas realizacji wywiadów ankietowych.

Dzięki stałej komunikacji między firmą skryptującą a zespołem badawczym IPiN możliwe było szybkie rozwiązywanie ewentualnych problemów technicznych, takich jak błędy w działaniu skryptu czy kwestie kompatybilności z urządzeniami używanymi przez ankierów. Na bieżąco monitorowano także przebieg pracy ankierów, co pozwoliło na wprowadzanie drobnych modyfikacji i zapewnienie wysokiej jakości zbieranych danych.

Dostęp do elektronicznej wersji ankiety odbywał się za pośrednictwem dedykowanego adresu internetowego, który prowadził do skryptu badawczego. Aby rozpocząć ankietę, ankierzy musieli nadać jej unikatowy kod identyfikacyjny, co zapewniało respondentom pełną anonimowość. Ponadto, stosowanie unikalnych kodów zapobiegało ewentualnym błędom związanym z duplikowaniem danych oraz pozwalało na sprawną organizację pracy ankierów w różnych placówkach równocześnie.

Istotnym elementem skryptu była funkcjonalność umożliwiająca zarówno powrót do wcześniejszych pytań ankiety, jak i przerwanie jej realizacji w dowolnym momencie z możliwością kontynuacji w innym terminie.

Opcja powrotu do poprzednich pytań pozwalała ankietom na weryfikację wprowadzonych odpowiedzi oraz dokonywanie ewentualnych korekt w przypadku błędów lub dodatkowych wyjaśnień uzyskanych od respondenta. Było to szczególnie ważne w sytuacjach, gdy odpowiedzi na późniejsze pytania wymagały ponownego odniesienia się do wcześniejszych informacji lub ich doprecyzowania.

Po wznowieniu ankiety skrypt automatycznie przenosił ankietę do miejsca, w którym została przerwana, co pozwalało na płynne kontynuowanie wywiadu bez konieczności powtarzania już przeprowadzonych etapów.

Tak zorganizowany proces przygotowania i obsługi elektronicznej ankiety nie tylko usprawnił realizację badania, ale również zapewnił pełną kontrolę nad poprawnością techniczną i merytoryczną narzędzia badawczego, co miało kluczowe znaczenie dla uzyskania rzetelnych wyników.

### **Szkolenie ankietów**

W celu zapewnienia wysokich standardów realizacji wywiadów oraz spełniając wymagania stawiane przed realizatorami przez *World Mental Health* – autora kwestionariusza CIDI, którego sekcje zostały wykorzystane w projekcie – realizatorzy wywiadów ankietowych przed przystąpieniem do pilotażu, musieli odbyć wymagający cykl szkoleniowy.

Na potrzebę szkolenia opracowano materiały szkoleniowe, w tym: prezentacje szkoleniowe, program szkolenia oraz ankietę testową. Każdy uczestnik szkolenia otrzymał szczegółową instrukcję o badaniu, informację o sposobie nadawania unikatowego kodu wywiadu, link do elektronicznej ankiety oraz Książeczkę respondenta, w której znajdowały się opcje odpowiedzi wyboru przez respondenta.

W ramach projektu przeprowadzono łącznie 3 szkolenia stacjonarne dla ankietów. Każde szkolenie trwało łącznie około 10 godzin. Łącznie, w szkoleniach wzięło udział 20 osób, z czego realizację powierzono ostatecznie 17 ankietom.

Pierwsze szkolenie odbyło się na przełomie października i listopada 2023 roku w Warszawie. Dwa pozostałe szkolenia odbyły się w kwietniu 2024, w Katowicach.

Tab. 4. Szkolenia dla ankieterów

Lp.	Miejsce szkolenia	Daty szkoleń
1	Warszawa	30,31.10 i 2.11.2023
2	Chorzów/Katowice	6-7.04.2024
3	Chorzów/Katowice	20-21.04.2024

Program szkolenia obejmował część teoretyczną, ćwiczeniową i praktyczną. W ramach części teoretycznej omówiono zakres badania, przedstawiono standardy realizacji, omówiono trudne sytuacje, które potencjalnie mogą mieć miejsce w kontakcie z respondentem. W ramach części ćwiczeniowej i pracy w grupie przeprowadzono ćwiczenia typu *role-playing*, polegające na wcielaniu się uczestników szkolenia w rolę ankietera i respondenta.

Część praktyczna szkolenia polegała na pracy indywidualnej z pacjentem. Rolą ankietera było przeprowadzenie na terenie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu samodzielnych wywiadów z pacjentami. Po zrealizowaniu przez każdego uczestniczącego w szkoleniu ankietera jednej ankiety ich doświadczenia, pytania i wątpliwości omawiano podczas kolejnej sesji grupowej. Kończącym etapem szkolenia była rozmowa certyfikacyjna, przeprowadzana indywidualnie z każdym ankieterem. Podczas tego spotkania uczestnicy otrzymywali informacje zwrotne na temat swojego udziału w szkoleniu, odczytywali raz jeszcze trudne dla nich pytania oraz odpowiadali na pytania dotyczące standardów i procedur realizacji wywiadów w ramach projektu.

W czasie szkolenia szczegółowo omówiono procedury zachowania ankieterów na terenie placówek całodobowego leczenia uzależnienia od alkoholu. Szczególną uwagę przywiązano do zachowania standaryzowanych warunków realizacji badania i ujednoczenia technik prowadzenia wywiadu. Do najważniejszych należało:

- przedstawienie informacji o badaniu i przekazanie informacji w formie papierowej,
- uzyskanie pisemnej, świadomej zgody na udział w badaniu oraz potwierdzenie klauzuli informacyjnej,
- odczytywanie pytań kwestionariusza wyłącznie przez ankietera,
- odczytywanie pytań dokładnie tak, jak zostały zapisane w kwestionariuszu,
- odczytywanie pytań w całości – chyba, że instrukcja dla ankietera pozwala na pominięcie powtarzającego się wstępu do pytania,
- dostosowania tempa odczytywania pytań do możliwości i potrzeb respondenta,
- nieudzielanie respondentowi wyjaśnień poza tym, które zostały opisane w kwestionariuszu,

- przy dodatkowych pytaniach od respondenta należało zastosować neutralne zwroty takie jak: „proszę odpowiedzieć tak, jak Pan(i) to rozumie”, „jak się Panu(i) wydaje”,
- w przypadku niejednoznacznych odpowiedzi, ankieter mógł poprosić o doprecyzowanie odpowiedzi,
- korzystanie z dodatkowych kart odpowiedzi zamieszczonych w Książeczce respondenta.

## **Pilotaż**

Przed rozpoczęciem badania właściwego przeprowadzono pilotaż narzędzia badawczego na grupie 30 respondentów. Wywiady pilotażowe zrealizowano na początku listopada 2023 roku.

Wszyscy uczestnicy pilotażu byli pacjentami placówek leczenia uzależnienia od alkoholu. Wśród nich 10 osób stanowili pacjenci Oddziału Dziennego Leczenia Uzależnienia od Alkoholu oraz Poradni Leczenia Uzależnienia od Alkoholu działających przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, natomiast 20 osób było pacjentami Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie.

W realizację pilotażu było zaangażowanych 8 przeszkolonych ankieterów. Liczba ankiet zrealizowanych przez poszczególnych ankieterów była zróżnicowana i wahała się od 1 do 7 wywiadów na ankietera.

Przed rozpoczęciem ankiety każdy respondent został szczegółowo poinformowany o celu i zakresie badania, przewidywanym czasie jego trwania, przebiegu ankiety oraz roli ankietera. Udział w badaniu wymagał uprzedniego wyrażenia zgody przez respondentów, co odbywało się poprzez podpisanie przygotowanego wcześniej papierowego formularza zgody oraz klauzuli ochrony danych osobowych RODO.

Po zakończeniu wywiadów pilotażowych każdy ankieter miał obowiązek sporządzenia sprawozdania, które dokumentowało przebieg realizacji ankiet oraz zawierało kluczowe informacje zwrotne. Sprawozdanie to obejmowało zarówno uwagi ogólne ankietera dotyczące procesu przeprowadzania wywiadów, jak i opinie respondentów na temat informacji wprowadzających do badania. Ankieterzy oceniali strukturę, zrozumiałość i przejrzystość pytań ankiety, co pozwalało na weryfikację jej funkcjonalności i przystępności dla uczestników.

Szczególną uwagę zwracano na sekcje diagnostyczne, które były kluczowym elementem ankiety. Ankieterzy sporządzali notatki dotyczące przebiegu realizacji tych sekcji, w tym potencjalnych trudności w ich wypełnianiu.

Jednym z kluczowych elementów sprawozdania były uwagi odnoszące się do konkretnych pytań ankiety. Te informacje były podstawą finalnych poprawek do ankiety przed rozpoczęciem jej właściwej realizacji, co znacząco wpłynęło na poprawę jakości narzędzia badawczego.

Po zakończonych wywiadach pilotażowych sprawdzono poprawność zapisu danych wynikowych w bazie danych, poprawność kodowania zmiennych oraz działanie reguł przejść i filtrów w elektronicznym skrypcie.

Na etapie pilotażu przygotowano i przetestowano działanie algorytmów diagnostycznych służących do oceny rozpowszechnienia uwzględnionych w badaniu zaburzeń psychicznych.

Prace nad pilotażem ankiety pozwoliły na identyfikację tych elementów ankiety, które wymagały zmiany w odniesieniu do treści pytań, nadania ankiecie właściwego rytmu, zwiększenia łatwości obsługi skryptu dla ankieterów. Efektem pilotażu była także zmiana sposobu otwierania i powrotu do ankiety uprzednio rozpoczętej. Zamiast indywidualnego linku dla każdej ankiety stworzono dodatkowy skrypt obsługujący login ankietera oraz numer wywiadu ankiety, co znacząco usprawniło pracę ankieterom oraz zwiększyło kontrolę nad prawidłowym zapisem danych.

Najkrótsza ankieta w pilotażu trwała około 01:10:49 minut, najdłuższa prawie 03:06:12.

Średni czas realizacji wywiadów ankietowych w pilotażu wyniósł 01:57:18.

Po przeprowadzonym pilotażu wprowadzono ponad 100 poprawek do skryptu oraz poddano modyfikacji treść niektórych pytań. Dzięki zaproponowanym w trakcie pilotażu zmianom średni czas ankiety w badaniu właściwym jest o prawie 30 minut krótszy niż w badaniu pilotażowym.

## **Ankieterzy**

Kluczowym elementem skutecznej realizacji badań jest staranny dobór odpowiednio wykwalifikowanych ankieterów oraz opracowanie i wdrożenie jasnych standardów współpracy. Zdobyta wiedza oraz obserwacje dotyczące jakości pracy ankieterów w ramach naszych innych projektów badawczo-naukowych, pozwoliły na powierzenie realizacji ankiet

osobom posiadającym odpowiednie kompetencje. Zwracaliśmy szczególną uwagę na umiejętności komunikacyjne, znajomość technik prowadzenia wywiadów oraz doświadczenie w realizacji badań naukowych. Dzięki temu mieliśmy pewność, że każdy z ankieterów nie tylko rzetelnie przeprowadzi wywiady, ale również odpowiednio zareaguje na potencjalne trudności, zapewniając pacjentom poczucie bezpieczeństwa. Realizacja wywiadów ankietowych została powierzona wyłącznie ankieterom, którzy wzięli udział w szkoleniu stacjonarnym przygotowującym do udziału w badaniu.

Każdy ankieter musiał wykazać się znajomością narzędzia badawczego, a także wrażliwością i empatią w kontaktach z respondentami. Pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu, często zmagali się z trudnymi doświadczeniami życiowymi, a ich sytuacja wymagała szczególnego podejścia. Ankieterzy mieli za zadanie stworzyć atmosferę bezpieczeństwa i zaufania, co było niezbędne do nawiązania pozytywnej relacji z respondentem i przeprowadzenia pełnego, rzetelnego wywiadu.

Równie istotna była umiejętność zachowania neutralności i profesjonalizmu, zwłaszcza w sytuacjach, gdy respondenci dzielili się trudnymi, osobistymi doświadczeniami. Ankieterzy musieli unikać oceniania czy narzucania własnych opinii, koncentrując się na umożliwieniu uczestnikom swobodnego wyrażania myśli i uczuć.

Jeśli respondent miał trudności ze zrozumieniem pytania, ankieter mógł je powtórzyć, a w przypadku odpowiedzi typu „nie wiem” czy „trudno powiedzieć” – zachęcić do przemyślenia odpowiedzi i wyboru bardziej trafnej. Rolą ankietera było także wzmocnić wszystkie pożądane zachowania respondentów (np. poprzez słowa „dziękuję”, „to bardzo ważna informacja”).

Rola ankieterów wykraczała poza czysto techniczne aspekty realizacji badania – byli oni także ważnym wsparciem dla respondentów, co wpłynęło na pozytywny odbiór badania przez uczestników.

### **Realizacja terenowa**

Wywiady w placówkach odbywały się zazwyczaj od wczesnych godzin porannych do późnego wieczora, co pozwalało na maksymalne wykorzystanie dostępnego czasu. Realizacja wymagała dostosowania naszych działań do rytmu dnia pacjentów i harmonogramu pracy placówki. Ponadto harmonogram dnia w placówkach był ściśle

podporządkowany istotnym w procesie leczenia rutynowym czynnościom, takim jak spotkania społeczności, sesje terapeutyczne indywidualne i grupowe, mityngi AA, konsultacje specjalistyczne, czy też chociażby wydawanie leków. W godzinach popołudniowych udział w ankiecie często oznaczał dla pacjentów konieczność rezygnacji z czasu wolnego, co w niektórych przypadkach mogło zniechęcać ich badania, a niejednokrotnie skutkowało odmową udziału. Realizacja wywiadów wymagała również uwzględnienia specyficznych przerw w codziennym harmonogramie placówek. Ankiety przerywano na czas posiłków – śniadań, obiadów i kolacji – aby pacjenci mogli swobodnie z nich skorzystać, a wywiady kontynuowano po zakończeniu posiłków.

Pierwszy etap realizacji wywiadów ankietowych przypadł na okres zimowy, który wiązał się z podwyższonym ryzykiem rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. W związku z tym, w placówkach obowiązywały zaostrzone zasady sanitarne, które miały na celu minimalizowanie ryzyka zakażeń zarówno wśród pacjentów, jak i personelu oraz osób z zewnątrz, takich jak ankieterzy. Jednym z kluczowych wymogów był nakaz noszenia maseczek ochronnych przez wszystkie osoby przebywające w placówkach. Ankieterzy byli zobowiązani do przestrzegania tego nakazu przez cały czas realizacji wywiadów oraz w trakcie przemieszczania się po obiekcie. Dodatkowo zwracano szczególną uwagę na higienę rąk – ankieterzy korzystali z dostępnych w placówkach punktów do dezynfekcji lub własnych środków do dezynfekcji rąk, co było niezbędnym elementem ochrony sanitarnej. Realizacja wywiadów wymagała również uwzględnienia dodatkowych procedur bezpieczeństwa, takich jak zachowanie odpowiedniego dystansu podczas rozmów oraz ograniczenie liczby osób przebywających w jednym pomieszczeniu. W przypadkach, gdy było to możliwe, wywiady przeprowadzano w większych, dobrze wentylowanych salach, aby zminimalizować ryzyko transmisji wirusa. Te środki bezpieczeństwa, choć konieczne, wprowadzały dodatkowe utrudnienia w pracy ankieterów. Noszenie maseczek mogło wpływać na jakość komunikacji z respondentami, co wymagało od ankieterów większego zaangażowania w budowanie relacji i dbanie o zrozumienie pytań przez pacjentów. Pomimo tych wyzwań przestrzeganie zasad sanitarnych było kluczowe dla zapewnienia bezpieczeństwa wszystkich uczestników badania oraz sprawnej realizacji projektu..

Dużym utrudnieniem były również kwestie logistyczne związane z ograniczoną liczbą dostępnych pomieszczeń w placówkach. Zapewnienie kilku ankieterom możliwości równoczesnej realizacji wywiadów wymagało elastycznego podejścia. Poza gabinetami terapeutycznymi i salami do zajęć grupowych, wywiady były często przeprowadzane

w świetlicach, stołówkach, a nawet w pokojach administracyjnych, dostosowanych tymczasowo do potrzeb badania.

Dodatkowym wyzwaniem była lokalizacja placówek. Wiele z nich znajdowało się na obrzeżach miast lub w przestrzeniach parkowych, co niekiedy skutkowało ograniczonym dostępem do Internetu, niezbędnego do uruchomienia ankiety i zapisu odpowiedzi respondentów. W takich sytuacjach ankieterzy korzystali z sieci Wi-Fi udostępnionej przez swoje urządzenia mobilne lub – za zgodą placówki – z wewnętrznej sieci szpitalnej. Takie rozwiązania pozwalały na zachowanie ciągłości realizacji badania, mimo niesprzyjających warunków technicznych.

W niektórych ośrodkach dostęp do telefonów komórkowych był ograniczony – pacjenci mogli z nich korzystać jedynie w określonych godzinach, co często stanowiło priorytetowe zajęcie w ich planie dnia, w innych mieli możliwość korzystania z telefonów jedynie raz w tygodniu, w ustalonym dniu. Innym wariantem był całkowity zakaz używania telefonów komórkowych podczas pobytu w placówce. Ankiety musiały być zatem tak zaplanowane, aby uwzględnić ten fakt, i nie kolidowały z tymi czynnościami. Wymagało to od ankieterów sporej elastyczności i gotowości do dostosowywania się do różnych warunków.

### **Rekrutacja placówek i pacjentów**

Pierwszym etapem badania było uzyskanie formalnej zgody na udział w badaniu zarówno na poziomie jednostki organizacyjnej tj. szpitala, oddziału, i samego pacjenta. Każda placówka otrzymała od realizatora pisemne zaproszenie do udziału w badaniu. Zaproszenia były wysyłane drogą mailową – najczęściej na adres elektronicznej skrzynki pocztowej dyrekcji szpitala/ośrodka. Po uzyskaniu zgody na realizację wywiadów w danej placówce, następował kontakt z kierownikiem oddziału lub osobą wskazaną przez dyrekcję, a następnie umówienie terminu realizacji wywiadów w danej placówce.

Na miejscu, w placówce, ankieterzy spotykali się z pacjentami, aby zaprosić ich do udziału w badaniu, przedstawić najważniejsze informacje o projekcie, odpowiedzieć na pytania pacjentów i zaplanować organizację. Z obserwacji zespołu badawczego wynika, że dużo bardziej produktywne są spotkania w ramach mniejszych grup terapeutycznych niż w dużych grupach społeczności. Pracując w małych grupach jest większa szansa na uzyskanie przez pacjenta odpowiedzi na pytania i rozwianie ewentualnych wątpliwości, a tym samym na uzyskanie zgody na udział w badaniu.

Kluczowym etapem było potwierdzenie przez pacjenta zgody na udział w ankiecie w bezpośrednim spotkaniu z ankieterem. Na początku takiego spotkania ankieter przypominał, jaki jest cel projektu oraz zapewniał o dobrowolności udziału i możliwości wycofania się z niego na każdym jego etapie bez żadnych konsekwencji. Rolą ankietera było uzyskanie od respondenta świadomej, pisemnej zgody na udział w badaniu oraz potwierdzenie, że respondent zapoznał się z klauzulą informacyjną RODO.

Nasz projekt badawczy spotkał się na ogół z bardzo dobrym przyjęciem zarówno wśród uczestników, jak i personelu placówek, w których był realizowany. Uczestnicy wyrażali zrozumienie dla celów badania, doceniając jego znaczenie dla pogłębiania wiedzy o problematyce zdrowotnej i społecznej związanej z uzależnieniem od alkoholu. Również personel placówek wykazywał duże zaangażowanie, wspierając organizację wywiadów ankietowych i współpracując z ankieterami, co znacząco ułatwiło przeprowadzenie badań w wymagających warunkach. To pozytywne nastawienie wszystkich stron potwierdziło wartość podejmowanej problematyki, jednocześnie motywując nasz zespół do dalszych działań na rzecz rzetelnej realizacji założonych celów badawczych.

### **3. POZIOM REALIZACJI PRÓBY** *(Michał Kucharski)*

Jak pisaliśmy wcześniej, badania prowadziliśmy w całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu (OTUA), które w sprawozdawczości NFZ mają kod 4744. W bazie znalazło się 55 placówek. W toku realizacji udało nam się dotrzeć do 46 z nich. W tabeli 5 przedstawiono dane nt. liczby OTUA w danym województwie, liczbę placówek, gdzie zrealizowaliśmy badania oraz procent realizacji próby.

#### *Poziom realizacji próby (RR) placówek w województwach*

W przypadku dziewięciu województw zrealizowano 100% placówek. Dla pozostałych wskaźnik realizacji wahał się od 75 do 83%. Nieco niższe wskaźniki realizacji w województwach podlaskim i podkarpackim wynikają z faktu, że do obu województw dotarliśmy w ostatniej kolejności, kiedy zbliżaliśmy się do „wyczerpania” założonej próby 1200 ankiet i nie mieliśmy już środków na realizację dalszych wywiadów.

Tab. 5. Poziom realizacji próby ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu

Województwo	Liczba placówek ogółem	Liczba placówek, w których zrealizowano badania	Poziom realizacji ( <i>response rate</i> ) %
dolnośląskie	2	2	100,0
kujawsko-pomorskie	3	3	100,0
lubelskie	4	3	75,0
lubuskie	2	2	100,0
łódzkie	1	0	0,0
małopolskie	2	2	100,0
mazowieckie	6	5	83,3
opolskie	1	1	100,0
podkarpackie	6	3	50,0
podlaskie	3	2	66,7
pomorskie	6	5	83,3
śląskie	7	7	100,0
świętokrzyskie	1	1	100,0
warmińsko-mazurskie	5	4	80,0
wielkopolskie	2	2	100,0
zachodniopomorskie	4	4	100,0
SUMA	55	46	83,6

#### *Poziom realizacji próby (RR)*

Przyjęto, że pacjenci leczeni w dniu realizacji badań w poszczególnych placówkach stanowią losową próbę wszystkich pacjentów leczonych w danym roku.

W badaniu wzięło udział 1207 pacjentów całodobowych oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu. Jako podstawę do obliczenia poziomu realizacji próby wzięto pod uwagę liczbę pacjentów przebywających w placówce w dniu przeprowadzania wywiadów, która wynosiła 2067. Uzyskany poziom realizacji próby wyniósł 58%.

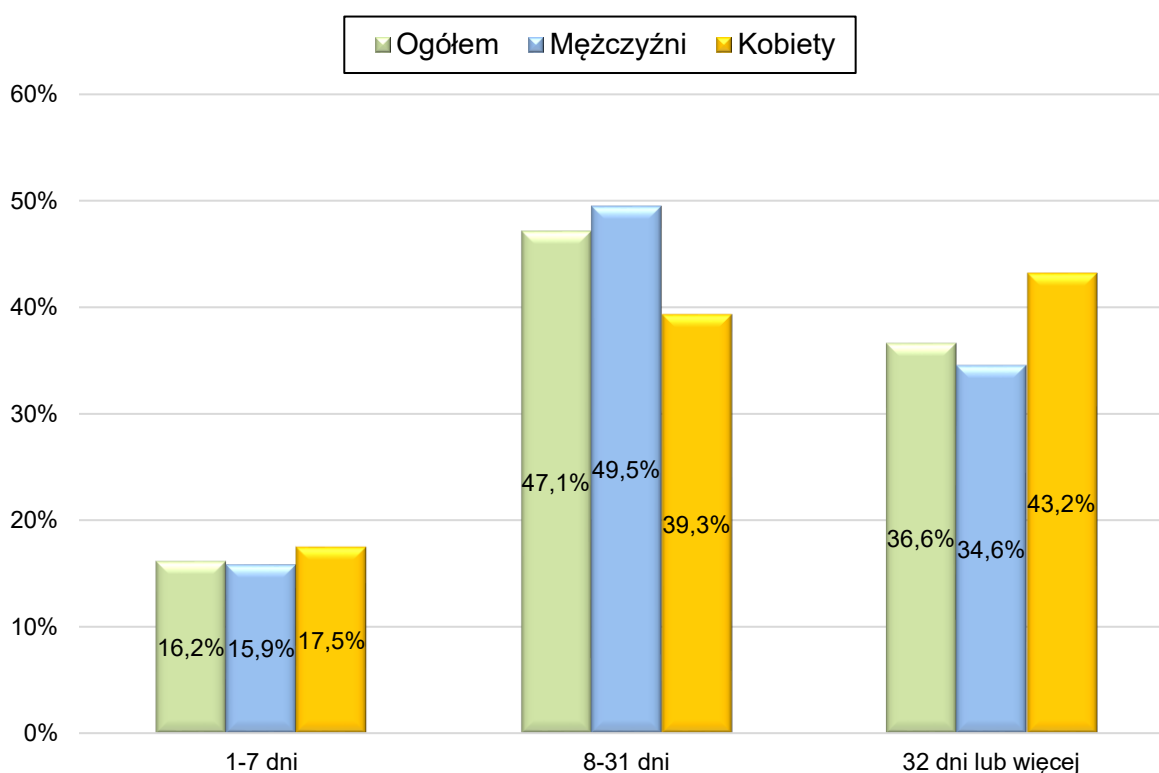
#### *Średni poziom realizacji próby (RR) w placówkach*

Poziom realizacji próby w każdej placówce oceniano jako stosunek liczby pacjentów, z którymi przeprowadzono wywiady, do liczby pacjentów przebywających na oddziale w dniu badań. Zakres tych wartości wahał się od 16% do 100%. Średni poziom realizacji próby dla wszystkich placówek, gdzie prowadziliśmy badania wyniósł 66%. Innymi słowy, na udział w badaniach wyrażało zgodę średnio dwie trzecie pacjentów w każdej placówce.

## Długość pobytu pacjentów w placówce w dniu przeprowadzenia wywiadu ankietowego

W trakcie pobytu w całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu pacjenci uczestniczą w programie terapeutycznym trwającym zwykle od 6 do 8 tygodni (maksymalnie do 56 dni). Respondentom zadano pytanie dotyczące czasu ich pobytu w placówce, z możliwością wyboru jednej z trzech kategorii: od 1 do 7 dni, od 8 do 31 dni oraz 32 dni lub dłużej.

Ryc. 2. Długość pobytu pacjentów w placówce



Najwięcej, bo prawie co drugi respondent biorący udział w wywiadach ankietowych miał za sobą od 8-31 dni pobytu w placówce (47%). Nieco mniej, bo co trzeci respondent przebywał w placówce ponad 31 dni (37%). Najmniej respondentów biorących udział w wywiadach ankietowych stanowiły osoby w pierwszych dniach po przyjęciu do placówki (odp. od 1 do 7 dni), zaledwie 16%.

## Przypisy

American Psychiatric Association. (2013). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5®. Desk reference* (P. Gałęcki, M. Pilecki, J. Rymaszewska, A. Szulc, S. Sidorowicz, & J. Wciórka, Red., Wyd. 1 pol.). Edra Urban & Partner.

Moskalewicz, J., Kiejna, A., & Wojtyniak, B. (red.). (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska"*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Moskalewicz, J., Wciórka, J. (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Sandhu, S., Killaspy, H., Krotofil, J., McPherson, P., Harrison, I., Dowling, S., Arbuthnott, M., Curtis, S., King, M., Leavey, G., Shepherd, G., & Priebe, S. (2016). Development and psychometric properties of the client's assessment of treatment scale for supported accommodation (CAT-SA). *BMC Psychiatry, 16*(43). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0755-3>.

#### 4. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA PRÓBY *(Jacek Moskalewicz)*

Informacje potrzebne do stworzenia bazy danych placówek i pacjentów oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu (OTUA), która była punktem wyjścia do badań terenowych, pochodzą z danych rutynowo gromadzonych i opracowywanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Dane te, zbierane przy zastosowaniu formularzy MZ-15, MZ-19, MZ-30 oraz na podstawie kart statystycznych MZ/SZp-11b, zawierających informacje o pacjentach szpitali psychiatrycznych oraz innych niż szpitalne zakładów, w których udzielane są świadczenia stacjonarne obejmują również oddziały OTUA. „Sprawozdawczość statystyczna lecznictwa stacjonarnego opiera się na indywidualnych kartach statystycznych opatrzonych identyfikatorem co pozwala uniknąć wielokrotnego liczenia tych samych osób jeśli w danym roku rejestrowane były przez więcej niż jedną placówkę lub więcej niż raz przebywały w tej samej placówce. Karty statystyczne wypełniane są przy wypisie pacjenta. Karta obok podstawowych danych społeczno-demograficznych, miejsca zamieszkania, informacji dotyczącej ewentualnego wcześniejszego leczenia stacjonarnego oraz dat obecnego przyjęcia i wypisu zawiera informacje o diagnozie choroby podstawowej i chorobach kodowanych według Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Kryterium selekcji do analiz w obszarze używania alkoholu może być diagnoza F10 lub typ placówki wg kodu resortowego” (Borowiec & Sierosławski, 2024).

Jak pisaliśmy wcześniej naszą próbę stanowią pacjenci ponad 50 oddziałów, do których dotarliśmy w ciągu prawie roku realizacji projektu. Wszyscy pacjenci, których zastaliśmy w dniu realizacji badań, zostali na zebraniach społeczności poinformowaniu o celu badania, warunkach uczestnictwa, dobrowolności udziału, możliwości odmowy odpowiedzi na poszczególne pytania oraz wycofania się z badania w trakcie realizacji wywiadu. Przyjeliśmy, że pacjenci przebywający w danym dniu stanowią próbę losową wszystkich pacjentów korzystających z tego segmentu leczenia w ciągu całego roku. Zgodnie z tym założeniem reprezentatywność naszej próby liczącej 1207 pacjentów porównywaliśmy z dostępnymi w statystykach medycznych cechami społeczno-demograficznymi wszystkich pacjentów OTUA z roku poprzedzającego badanie, w którym leczyło się w oddziałach OTUA 63,5 tys. osób.

Porównanie takie miało swoje ograniczenia, ponieważ niektóre kategorie społeczno-demograficzne w rutynowych statystykach medycznych różniły się od kategorii

zastosowanych w naszym kwestionariuszu. Największe różnice dotyczyły wykształcenia, gdzie rutynowe statystyki wyróżniają jedną szeroką kategorię wykształcenia podstawowego, gimnazjalnego i zasadniczego zawodowego, podczas gdy kwestionariusz zastosowany w naszym badaniu wyróżniał każdą z tych kategorii wykształcenia osobno. Jeśli chodzi o stan cywilny to rutynowe formularze wyróżniają kategorię „związek nieformalny”, podczas gdy nasz kwestionariusz pytał o „pozostawanie w stałym związku”. I wreszcie w przypadku aktywności zawodowej rutynowe statystyki kwalifikowały do kategorii „bezrobotny” tylko osoby, które pobierają zasiłek dla bezrobotnych, podczas gdy w naszym badaniu pytaliśmy o poczucie bycia bezrobotnym. Z drugiej strony, do kategorii pracujących zaliczaliśmy osoby pracujące dorywczo, jeśli takiego wyboru dokonał respondent, podczas gdy w statystykach do kategorii pracujących zaliczane są osoby pracujące na etacie oraz prowadzące samodzielną działalność gospodarczą, również w rolnictwie. I wreszcie rutynowe statystyki na temat miejsca zamieszkania wprowadzają rozróżnienie na wieś i miasto, podczas gdy w naszym badaniu uwzględniliśmy aż pięć kategorii od wsi, poprzez miasta różnej wielkości do miast liczących ponad 200 tys. mieszkańców (tabela 1).

Tab. 1a. Charakterystyka społeczno-demograficzna próby na tle populacji pacjentów – płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny

Kategoria społeczno-demograficzna		Ogółem						Mężczyźni						Kobiety					
		Próba		Próba zważona		Lecznictwo		Próba		Próba zważona		Lecznictwo		Próba		Próba zważona		Lecznictwo	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Płeć	mężczyźni	927	76,8	1001	82,9	52720	82,9	927	100	1001	100	52720	100	0	0	0	0	0	0
	kobiety	280	23,2	206	17,1	10837	17,1	0	0	0	0	0	0	280	100	206	100	10837	100
	ogółem	1207	100,0	1207	100,0	63557	100,0	927	100	1001	100	52720	100	280	100	206	100	10837	100
Wiek	18-34	269	22,3	224	18,5	10982	17,3	200	21,6	184	18,4	9045	17,2	69	24,6	40	19,4	1937	17,9
	35-59	811	67,2	798	66,1	42826	67,4	623	67,2	666	66,5	35692	67,7	188	67,1	132	64,1	7134	65,8
	60 +	127	10,5	186	15,4	9749	15,3	104	11,2	152	15,2	7983	15,1	23	8,2	34	16,5	1766	16,3
	ogółem	1207	100	1208	100	63557	100	927	100	1002	100	52720	100	280	100	206	100	10837	100
Wykształcenie	gimnazjum lub niższe	187	15,5	192	15,9	36298	57,1	148	16,0	162	16,2	31528	59,8	39	13,9	29	14,1	4770	44,0
	zawodowe	379	31,4	417	34,6			316	34,1	369	36,8			63	22,5	49	23,8		
	średnie	452	37,4	439	36,4	17126	26,9	345	37,2	357	35,6	13538	25,7	107	38,2	82	39,8	3588	33,1
	wyższe	186	15,4	158	13,0	5095	8,0	115	12,4	112	11,2	3557	6,7	71	25,4	46	22,4	1538	14,2
	braki danych	3	0,2	2	0,2	5038	7,9	3	0,3	2	0,2	4097	7,8	0	0,0	0	0,0	941	8,7
	ogółem	1207	100	1207	100	63557	100	927	100	1002	100	52720	100	280	100,0	206	100,0	10837	100
Stan cywilny	żonaty/zamężna	398	33,0	427	35,4	22089	34,8	304	32,8	355	35,4	18024	34,2	94	33,7	72	35,3	4065	37,5
	w stałym związku	207	17,2	187	15,5	605	1,0	143	15,4	146	14,6	445	0,8	64	22,9	41	20,1	160	1,5
	rozwiedziony/w separacji	220	18,2	228	18,9	10819	17,0	181	19,5	199	19,9	8890	16,9	39	14,0	29	14,2	1929	17,8
	wdowiec/wdowa	45	3,7	52	4,3	2537	4,0	16	1,7	22	2,2	1377	2,6	29	10,4	30	14,7	1160	10,7
	kawaler/panna	336	27,9	312	25,8	23104	36,4	283	30,5	280	27,9	20329	38,6	53	19,0	32	15,7	2775	25,6
	braki danych	1	0	1	0,1	4403	6,9	0	0,0	0	0,0	3655	6,9	1	0,0	0	0,0	748	6,9
	ogółem	1207	100	1207	100	63557	100,0	927	100,0	1002	100,0	52720	100,0	280	100	204	100	10837	100,0

Tab. 1b. Charakterystyka społeczno-demograficzna próby na tle populacji pacjentów – aktywność zawodowa i miejsce zamieszkania

Kategoria społeczno-demograficzna		Ogółem						Mężczyźni						Kobiety					
		Próba		Próba zważona		Lecznictwo		Próba		Próba zważona		Lecznictwo		Próba		Próba zważona		Lecznictwo	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aktywność zawodowa	pracujący(a)	561	46,5	551	45,7	31519	49,6	451	48,7	474	47,4	27715	52,6	110	39,3	77	37,4	3804	35,1
	bezrobotny(a)	425	35,2	400	33,1	2566	4,0	323	34,8	335	33,5	2054	3,9	102	36,4	65	31,6	512	4,7
	emeryt(ka)	73	6,0	99	8,2	4987	7,8	58	6,3	78	7,8	3771	7,2	15	5,4	21	10,2	1216	11,2
	inne, w tym renciści, studenci, prowadzący dom	145	12,0	155	12,8	14615	23,0	92	9,9	112	11,2	11075	21,0	53	18,9	43	20,9	3540	32,7
	braki danych	3	0,2	2	0,2	9870	15,5	3	0,3	0	0,0	8105	15,4	0	0,0	0	0,0	1765	16,3
	ogółem	1207	100,0	1207	100,0	63557	100,0	927	100,0	999	100,0	52720	100,0	280	100,0	206	100,0	10837	100,0
Miejsce zamieszkania	wieś	342	28,3	510	42,3	26827	42,2	272	29,3	441	44,1	23214	44,0	70	25,0	69	33,5	3613	33,3
	miasto ogółem)	865	71,7	697	57,7	36332	57,2	655	70,7	560	55,9	29198	55,4	210	75,0	137	66,5	7134	65,8
	miasto do 50 tys.	253	21,0	211	17,5	X	X	199	21,5	174	17,4	X	X	54	19,3	37	17,9	X	X
	miasto 50-200 tys.	388	32,1	311	25,8			290	31,3	248	24,8			98	35,0	63	30,4		
	miasto ponad 200 tys.	218	18,1	173	14,4			160	17,3	135	13,5			58	20,7	38	18,4		
	braki danych	6	0,5	0	0,0	398	0,6	6	0,6	0	0,0	308	0,6	0	0,0	0	0,0	90	0,8
	ogółem	1 207	100,0	1205	100,0	63557	100,0	927	100	998	100	52720	100,0	280	100,0	207	100,0	10837	100,0

Rekrutując pacjentów do badania a także w trakcie realizacji priorytet przyznaliśmy kobietom oraz osobom młodym do 34 roku życia, żeby zapewnić ich odpowiednią liczebność w próbie a tym samym wystarczającą moc rozdzielczą przy porównywaniu pacjentów według płci i wieku. Zdając się na w pełni losowy dobór mielibyśmy w próbie ok 200 młodych pacjentów i podobną liczbę kobiet. Zapewniając sobie ich nadreprezentację uzyskaliśmy w próbie blisko 300 pacjentów w każdej z tych kategorii; ich udział w próbie wyniósł 22-23%, podczas gdy w leczeniu odsetki obu grup nieznacznie przekraczały 17%.

Jak widać z zestawienia w tabeli 1a nadreprezentacja pacjentów do 34 roku życia nie wpłynęła na udział grupy wiekowej 35-59, których odsetek zarówno w próbie jak i wśród wszystkich pacjentów oscylował wokół 67%. Odbił się za to na proporcji najstarszych pacjentów, który wśród wszystkich pacjentów przekraczał 15% a w próbie - 10%. Szczególna dysproporcja udziału najstarszej grupy wieku dotknęła najstarszych kobiet, których udział w próbie (8%) był dwa razy niższy wśród ogółu kobiet w leczeniu (16%).

Jeśli chodzi o wykształcenie to w naszej próbie znalazło się 15% pacjentów z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym oraz blisko jedna trzecia z zasadniczym zawodowym, ogółem 47%, podczas gdy wśród ogółu pacjentów odpowiedni odsetek był 10 punktów procentowych wyższy – 57%. Na tę różnicę wpływ miał przede wszystkim udział kobiet o najniższym poziomie wykształcenia, który w próbie wynosił 36,5% a wśród leczących się kobiet był znacznie większy – 44% (tab. 1a)

W przypadku stanu cywilnego udział w próbie i wśród ogółu osób pozostających w związku małżeńskim, rozwiedzionych oraz wdów/wdowców był podobny, odpowiednio 33 i 35%, 18 i 17% oraz 3 i 4%. Duże różnice wystąpiły w odniesieniu do posiadania stałego partnera; 17% w próbie i 1% – „w stałym związku nieformalnym” wśród ogółu pacjentów. Miało to wpływ na udział kawalerów/panien, który w próbie wynosił 28% a wśród ogółu pacjentów – 36%. Jak widać w naszej próbie znaczny odsetek pacjentów pozostających w stanie wolnym potwierdził posiadanie stałego partnera, co w ich odczuciu nie musiało być jednoznaczne ze stanem cywilnym określanym jako związek nieformalny. (tab. 1a)

Odmierna definicja bezrobotnego przyjęta w naszym kwestionariuszu i w statystykach, gdzie kryterium bezrobocia było pobieranie zasiłku dla bezrobotnych była źródłem rozbieżności między próbą a charakterystyką ogółu pacjentów, których w próbie mieliśmy ponad jedną trzecią, podczas gdy według rutynowych statystyk ich udział wśród pacjentów wynosił zaledwie 4%. Różnica ta nie miała wpływu na odsetki pracujących i emerytów, które

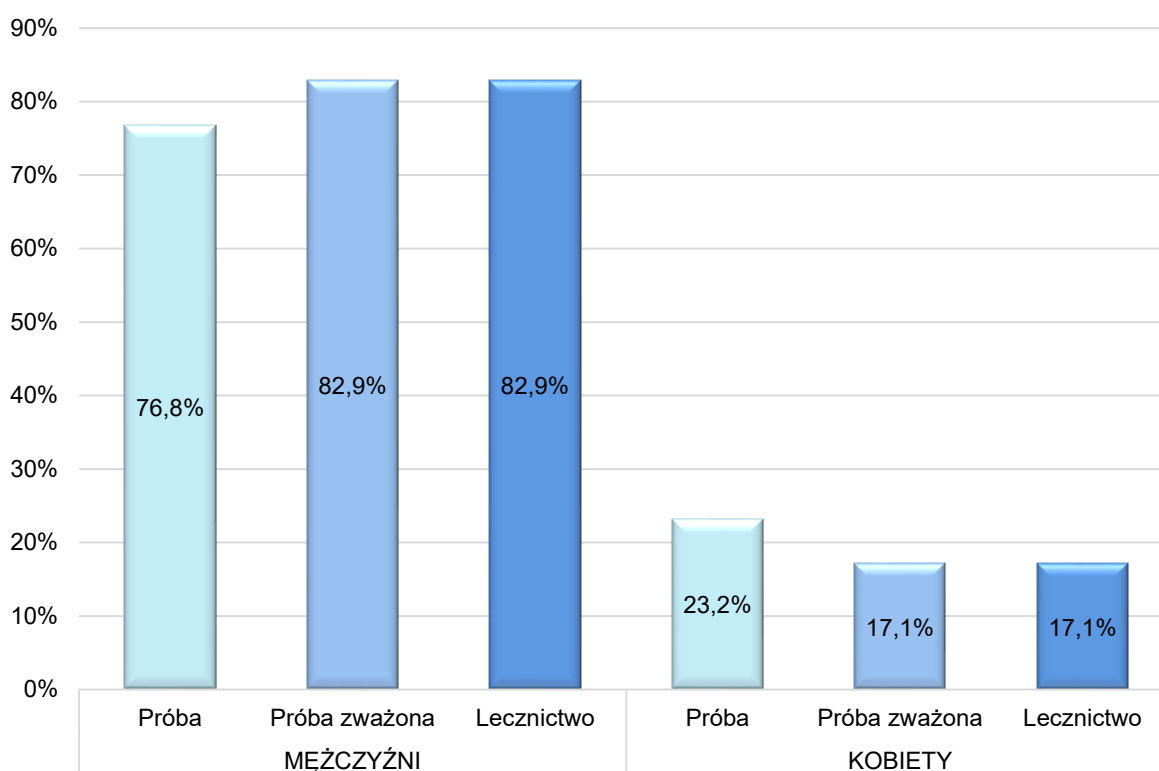
były podobne w próbie i rutynowych statystykach medycznych. Zwraca uwagę duży, bo przekraczający 15%, odsetek braków danych w statystykach; w naszej próbie braki danych wystąpiły u trzech respondentów (0,2%). (tab. 1b)

W próbie znalazła się nadreprezentacja osób mieszkających w miastach (71,7% wobec 57,2% wśród ogółu pacjentów), co wynika zapewne w dużej mierze z nadreprezentacji w próbie osób lepiej wykształconych, które chętniej wyrażały zgodę na udział w badaniach. (tab. 1b)

Żeby umożliwić uogólnianie wyników naszych badań na wszystkich pacjentów przeprowadziliśmy ważenie naszej próby, tak aby jej strukturę upodobnić do struktury płci, wieku i miejsca zamieszkania wszystkich pacjentów.

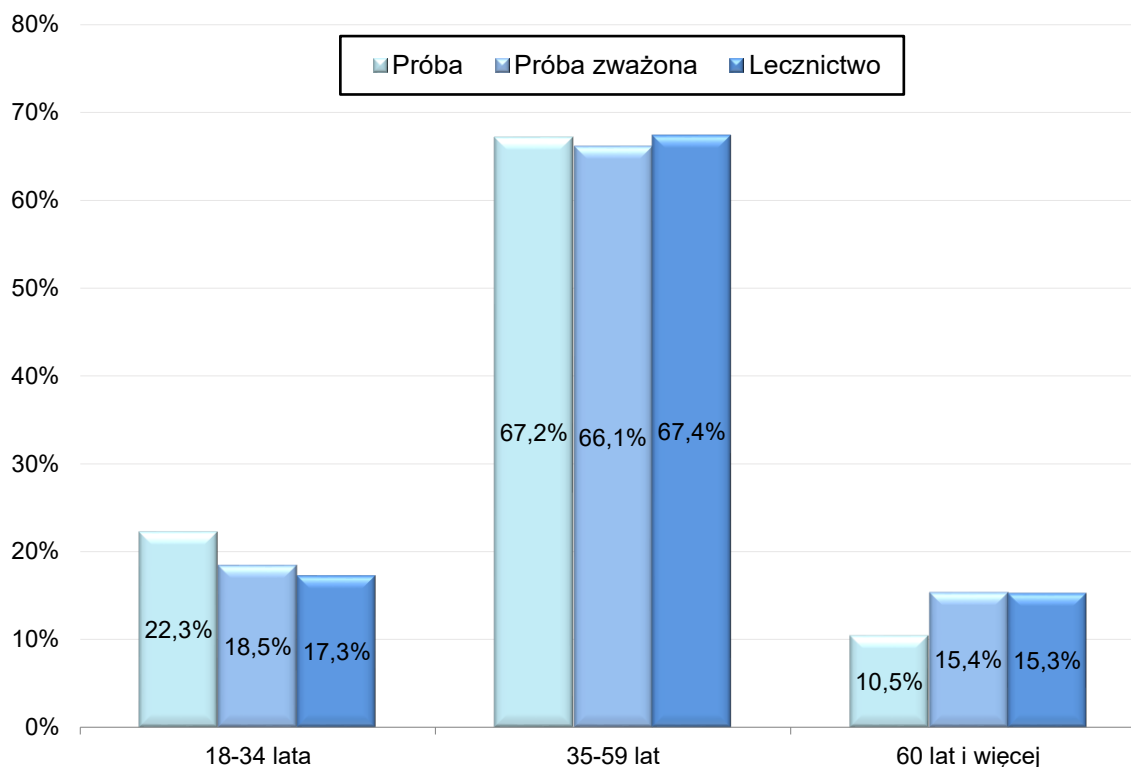
Rycina 1 ilustruje zmiany w strukturze płci w próbie po jej zważeniu. Zgodnie z założeniami udział mężczyzn zwiększył się o sześć punktów procentowych a kobiet zmalał o podobny procent; rozkład płci w próbie zważonej jest prawie identyczny z rozkładem płci wśród wszystkich pacjentów.

Ryc. 1. Rozkład płci w próbie wyjściowej, próbie po zważeniu i wśród ogółu pacjentów



Ryc. 2 pokazuje rozkład wieku w próbie przed jej zważeniem, po zważeniu i rozkład wieku wśród ogółu pacjentów.

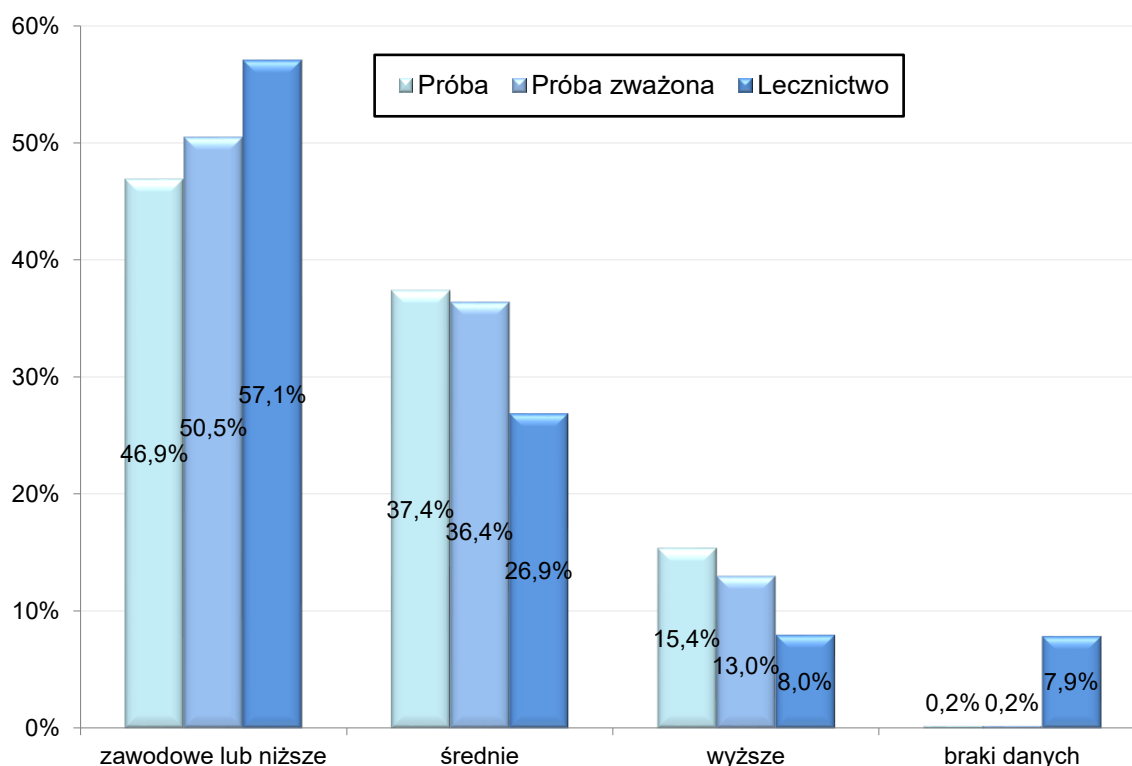
Ryc. 2. Rozkład wieku w próbie wyjściowej, próbie zważonej oraz wśród ogółu pacjentów



Jak widać ważenie przyniosło zmniejszenie w próbie udziału najmłodszej grupy wieku o cztery punkty procentowe oraz zwiększenie udziału najstarszej grupy o pięć punktów procentowych, dzięki czemu wyjściowe różnice w rozkładzie wieku zostały praktycznie zniwelowane. Ważenie nie miało praktycznie wpływu na udział pacjentów w średnim wieku (35-59 lat).

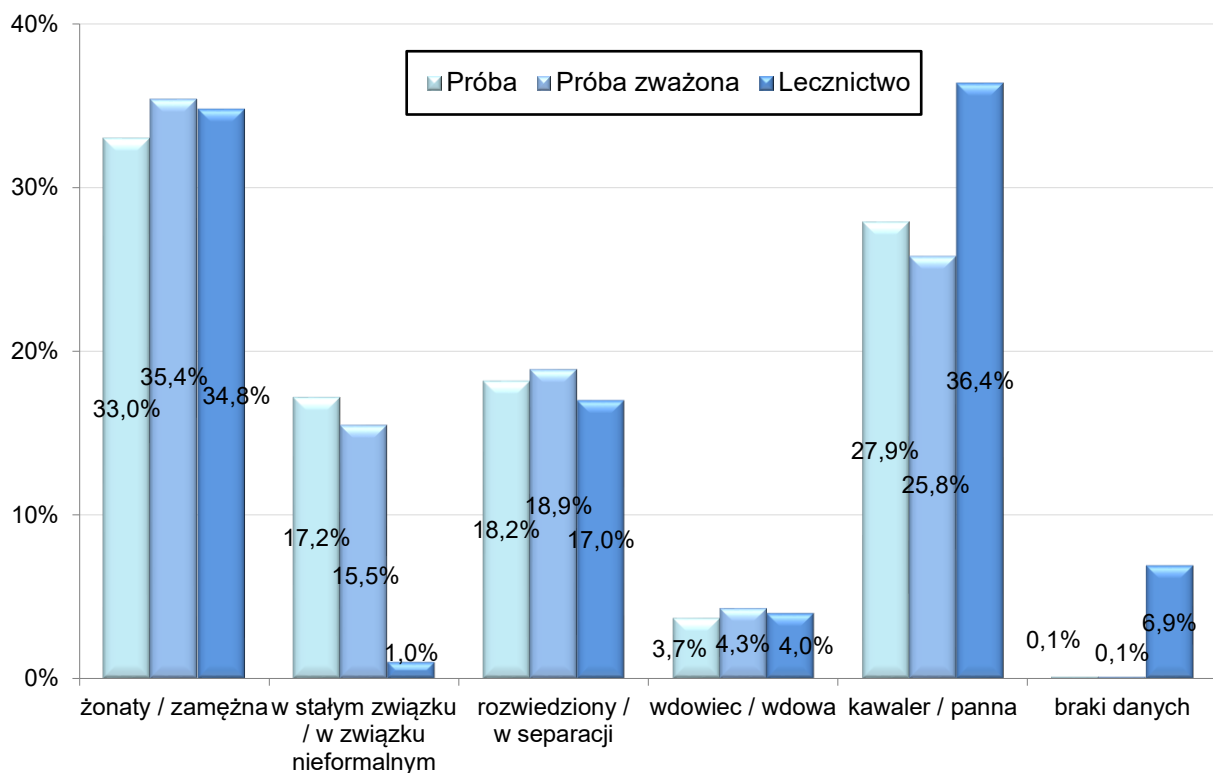
Ważenie miało nie tylko wpływ na rozkład cech użytych przy włączeniu wag, ale także na niektóre inne charakterystyki. Na przykład – jak widać z ryc. 3 w próbie po zważeniu znalazła się ponad połowa respondentów najslabiej wykształconych a różnica między ich udziałem w próbie i wśród ogółu pacjentów zmniejszyła się z dziesięciu do sześciu punktów procentowych. Zmniejszył się za to udział pacjentów z wyższych poziomów wykształcenia. Tym niemniej w próbie mamy nadal nadreprezentację osób o wyżym niż gimnazjalne wykształceniu, co może mieć wpływ na uzyskane odpowiedzi i oceny dotyczące stanu zdrowia, korzystania z leczenia oraz jego ocenę.

Ryc. 3. Rozkład wykształcenia w próbie wyjściowej, próbie zważonej oraz wśród ogółu pacjentów



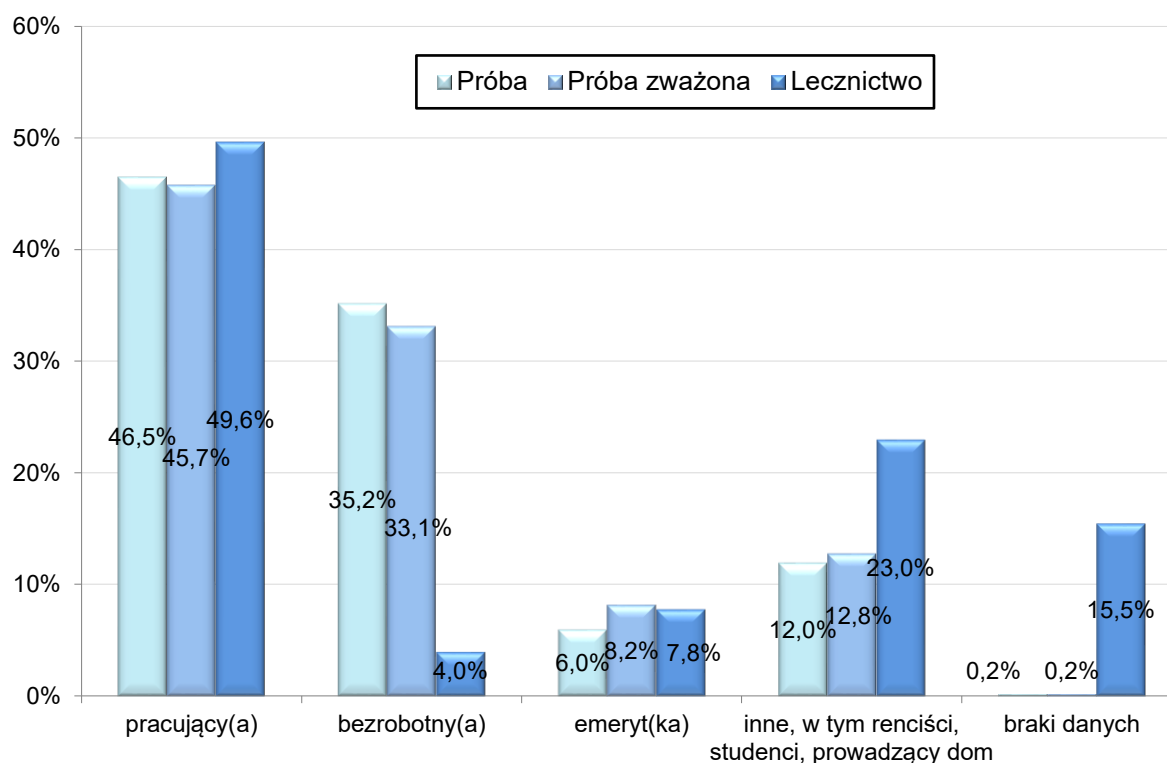
Utrzymujące się różnice w odniesieniu do stanu cywilnego dotyczą głównie odsetka kawalerów/panien i wynikają zapewne z innych definicji „stałego związku” w próbie i „stałego związku nieformalnego” w rutynowych statystykach. Gdyby większość pacjentów deklarujących posiadanie stałego partnera w próbie „przenieść” do kategorii „kawaler/panna”, wówczas różnica między próbą i populacją zostałaby praktycznie zniwelowana (ryc. 4).

Ryc. 4. Rozkład stanu cywilnego w próbie wyjściowej, próbie zważonej oraz wśród ogółu pacjentów



Podobnie w przypadku aktywności zawodowej, gdzie zasadnicza różnica utrzymuje się w odniesieniu do udziału bezrobotnych, co wynika z rygorystycznej definicji w statystykach wymagającej dla potwierdzenia statusu pobierania zasiłku dla bezrobotnych. Odsetki pracujących i emerytów w próbie i wśród ogółu leczonych są bardzo podobne (ryc. 5).

Ryc. 5. Rozkład aktywności zawodowej w próbie wyjściowej, próbie zważonej oraz wśród ogółu pacjentów



Oprócz oszacowania – na podstawie naszej próby – współchorobowości wśród wszystkich pacjentów, w kolejnych rozdziałach podejmiemy próbę porównania rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia somatycznego, psychicznego, wzorów używania tytoniu, innych jeszcze substancji psychoaktywnych oraz zachowań samobójczych i hazardowych wśród pacjentów z populacją generalną wykorzystując dane z badania EZOP. W tym celu dokonaliśmy ważenia danych ogólnopolskich, tak aby struktura populacji odpowiadała strukturze pacjentów wg płci, wieku i miejsca zamieszkania. Porównania pokażą nam obraz współchorobowości pacjentów podejmujących leczenie z powodu zaburzeń alkoholowych na tle populacji generalnej.

## Przypisy

Borowiec, A., & Sierosławski, J. (2024). *Wskaźniki monitorowania problematyki alkoholowej* (zgłoszony do publikacji). Instytut Psychiatrii i Neurologii, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

## 5. CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH (Jacek Moskalewicz)

### Wprowadzenie

O zaburzeniach psychicznych spowodowanych piciem alkoholu mówi się od wieków. Pierwsze koncepcje alkoholizmu pojawiły się w XVIII wieku w Ameryce. Już jeden z ojców Stanów Zjednoczonych, sygnatariusz Deklaracji Niepodległości dr Benjamin Rush - gorący przeciwnik napojów wysokoprocentowych głosił, że brak kontroli nad ich piciem świadczy o nałogu. W połowie XIX wieku słowo alkoholizm weszło już do słownika medycznego. Jego pierwsze użycie przypisuje się szwedzkiemu lekarzowi Magnusowi Hussowi, który przez alkoholizm rozumiał nadmierne picie. W roku 1866 francuski lekarz M. Gabriel nazwał alkoholizm chorobą, w której ludzie nie są w stanie kontrolować swojego picia.

W Polsce, w czasopiśmie lekarskich pojęcie alkoholizm pojawiło się również w latach sześćdziesiątych XIX wieku wypierając w ciągu następnych kilkudziesięciu lat takie określenia jak pijaństwo, opilstwo, dipsomania czy nałóg.

Za ojca współczesnej koncepcji alkoholizmu jako choroby uważa się Elvina Mortona Jellinka – profesora psychologii stosowanej na Uniwersytecie w Yale. Jellinek uznał alkoholizm za chorobę postępującą i zaproponował typologię alkoholików, określaną literami: alfa, beta, gamma, ypsilon. Jedynie dwa z wyodrębnionych typów alkoholizmu można, według Jellinka, uznać za chorobę. Koncepcja Jellinka została przyjęta nie tylko w Ameryce Północnej, ale również na całym świecie.

W roku 1952 alkoholizm jako jednostka chorobowa trafił do podręcznika klasyfikacji zaburzeń psychicznych amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (z ang. *Diagnostic and Staistical Manual - DSM*) w dziale zaburzenia osobowości, ale w późniejszych edycjach alkoholizm został wyodrębniony jako unikatowy typ zaburzeń. W czwartej edycji tej klasyfikacji - DSM IV jak również w dziesiątej rewizji klasyfikacji WHO – ICD 10 stygmatyzujący koncept alkoholizmu został zastąpiony przez uzależnienie od alkoholu oraz nadużywanie alkoholu. Dla postawienia diagnozy uzależnienia musiały w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpić trzy z siedmiu następujących objawów: wzrost tolerancji, zespół odstawienia, picie dużych ilości alkoholu dłużej niż początkowo zakładano, nieudane próby kontrolowania picia, znaczny czas poświęcony na picie lub na przyjście do siebie po piciu, rezygnacja lub ograniczenie ważnych aktywności z powodu picia, picie nadal, mimo negatywnych konsekwencji dla zdrowia. Jak widać zaburzenia wynikające z picia traktowano

zero-jedynkowo. Również uzależnienie miało charakter zero-jedynkowy, w diagnostyce nie stopniowano nasilenia uzależnienia. Osoba, która potwierdziła trzy kryteria otrzymywała taką samą diagnozę, jak osoba potwierdzająca siedem kryteriów.

Przezwrot nastąpił dopiero w DSM – 5, gdzie koncept uzależnienia i nadużywania alkoholu zastąpiony został przez pojęcie zaburzenia alkoholowe – ang. *alcohol use disorders*.

Do zdiagnozowania tych zaburzeń wykorzystuje się jedenaście kryteriów, które wcześniej stosowano do diagnozowania uzależnienia i nadużywania alkoholu. Z ich listy wycofano problemy prawne a dodano głód alkoholowy (ang. *craving*). Przy potwierdzeniu dwóch-trzech kryteriów/ objawów wyróżnia się łagodną formę tych zaburzeń, przy czterech-pięciu objawach – umiarkowaną ich formę, przy sześciu lub więcej – ciężką.

Tab. 1. Kryteria diagnostyczne DSM-5 – zaburzenia używania alkoholu

Lp.	Zaburzenie używania alkoholu - kryteria diagnostyczne
1.	Alkohol często jest wypijany w dużych ilościach lub przez okres dłuższy niż zamierzony.
2.	Występuje trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerwania albo kontrolowania picia alkoholu.
3.	Duża ilość czasu jest poświęcana na działania niezbędne do pozyskania alkoholu, picia go lub odwracania efektów jego działania.
4.	Pragnienie, silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
5.	Powtarzające się picie alkoholu powoduje trudności w wypełnianiu ważnych podstawowych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu.
6.	Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości utrwalonych lub nawracających problemów społecznych lub międzyludzkich, wywołanych lub zaostrzonych przez skutki picia alkoholu.
7.	Porzucenie lub zmniejszenie częstości wykonywania ważnych czynności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych z powodu picia alkoholu?
8.	Powtarzające się picie alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne.
9.	Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, które zostały spowodowane lub zaostrzyły się z powodu picia alkoholu.
10.	Tolerancja zdefiniowana jako któreś z wymienionych: a) Potrzeba wyraźnego zwiększania ilości wypijanego alkoholu w celu osiągnięcia upojenia lub pożądanego efektu. b) Wyraźne zmniejszenie działania alkoholu przy wypijaniu tej samej ilości.
11.	Odstawienie, charakteryzujące się każdym z wymienionych: a) Charakterystyczny alkoholowy zespół odstawienny (zob.: Kryteria A i B w zestawie kryteriów dla Odstawienia alkoholu). b) Alkohol (lub blisko spokrewnione substancje, takie jak benzodiazepiny) jest używany w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów Odstawienia.

## Nasilenie zaburzeń

W naszym badaniu zastosowaliśmy kryteria diagnostyczne DSM-5, żeby przekonać się, jakie jest nasilenie zaburzeń wśród pacjentów. Zakładaliśmy hipotetycznie, że pacjenci spełniający kryteria ciężkich zaburzeń mają też podwyższone ryzyko współchorobowości.

Tab. 2. Nasilenie objawów zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu

Nasilenie AUD (ang. <i>alcohol use disorders</i> )	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0-1	2,4	1,9	2,3
2-3	1,0	1,9	1,2
4-5	4,1	5,8	4,4
6+	92,5	90,3	92,1
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Okazało się, że ponad 90% z nich zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet cierpi na ciężkie zaburzenia psychiczne i behawioralne spowodowane piciem alkoholu. Diagnozę zaburzeń łagodnych lub umiarkowanych można było postawić 4-5% pacjentów. Około 2% pacjentów nie potwierdziło żadnych objawów lub zaledwie 1 objaw. Z tabeli poniżej widać wyraźnie, że nasilenie objawów wśród pacjentów jest bardzo wysokie, bowiem jedna czwarta potwierdza wszystkie kryteria, połowa 11-12 kryteriów a prawie dwie trzecie – 10 lub więcej kryteriów.

Tab. 3. Liczba objawów zaburzeń alkoholowych potwierdzonych przez badanych<sup>1</sup>

Liczba objawów AUD	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0	1,4	1,5	1,4
1	0,9	0,5	0,8
2	0,6	1,9	0,8
3	0,3		0,2
4	1,9	1,9	1,9
5	2,2	3,4	2,4
6	3,4	5,8	3,8
7	6,5	3,4	6,0
8	7,7	7,3	7,6
9	11,7	11,7	11,7
10	14,5	17,5	15,0
11	23,1	26,7	23,7
12	25,8	18,4	24,5
Ogółem	100,0	100,0	100,0

<sup>1</sup> W tabeli znalazło się 12 symptomów, ponieważ ostatni z symptomów DSM-5 dotyczący zespołu abstynencyjnego zawiera podpunkty a i b potraktowaliśmy jako niezależne

## Pierwsze objawy zaburzeń

Dla określenia wieku, w którym zaczęły się zaburzenia alkoholowe (z ang. *onset*) przedstawiliśmy respondentom listę możliwych symptomów i prosiliśmy ich o podanie wieku, w którym pojawiły się przynajmniej dwa z nich. Wyniki zawiera kolejna tabela.

Tab. 4. Wiek pojawienia się pierwszych dwóch objawów zaburzeń (z ang. *onset*). Ile miał/a Pan/i lat, kiedy pojawiły się przynajmniej dwa objawy?

Wiek	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
do 14 r.ż.	2,9	2,0	2,8
15-17	13,4	5,6	12,1
18-21	20,2	10,7	18,6
22-29	27,6	18,8	26,1
30-39	20,4	29,9	22,0
40-49	8,8	18,3	10,4
50+	6,6	14,7	8,0
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Tab. 5. Średnia wieku i mediana pojawienia się przynajmniej dwóch objawów

Płeć	Średnia	Błąd standardowy	Mediana
Mężczyźni	27,5	11,192	25,0
Kobiety	34,6	12,758	34,0
Ogółem	28,7	11,775	25,0

Jak widać rozkład wieku pojawienia się zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu jest prawie normalny. Dla kilkunastu procent zaburzenia pojawiły się przed osiągnięciem pełnoletniości; dla kilkunastu procent w wieku 40 lat i więcej. Wśród mężczyzn objawy zaburzeń wystąpiły nieco wcześniej; wśród kobiet blisko jedna trzecia zaczęła swoją historię zaburzeń alkoholowych po czterdziestce. Potwierdzają to również miary tendencji centralnych. Średnia u kobiet jest o siedem lat wyższa a mediana o dziewięć lat wyższa. Połowa kobiet potwierdziła pierwsze symptomy zaburzeń alkoholowych w wieku 34 lat lub starszym.

Zaburzenia alkoholowe mają silną komponentę dziedziczenia czy to genetycznego czy kulturowego. W naszym badaniu pytaliśmy badanych, ilu spośród ich najbliższych tzn. biologicznych rodziców, rodzeństwa lub dzieci cierpiało też na zaburzenia alkoholowe.

Prawie 80% kobiet i blisko dwie trzecie mężczyzn odpowiedziało twierdząco na to pytanie, przy czym więcej niż jedna czwarta mężczyzn i ponad 40% kobiet miało więcej niż jedną osobę z takimi problemami w najbliższej rodzinie.

Tab. 6. Dziedziczenie genetyczne lub kulturowe zaburzeń alkoholowych

Liczba najbliższych krewnych	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0	37,2	22,8	34,7
1	36,1	34,0	35,7
2+	26,7	43,2	29,5
Ogółem	100,0	100,0	100,0

### Historia leczenia

Wśród około 15% pacjentów, u których pierwsze objawy pojawiły się w wieku poniżej osiemnastu lat, tylko nieliczni mieli też za sobą w tym wieku pierwsze kontakty z lekarzem lub innym specjalistą w sprawie swojego picia. Ich odsetki wśród ogółu pacjentów w tym wieku mieściły się w granicach 1-2%. Około 20% pacjentów miało swój pierwszy kontakt z lekarzem lub innym specjalistą wieku 18-29 lat, jedna trzecia w wieku 30-39 lat, 24% w wieku 40-49 lat i 20% w wieku 50 lat i więcej.

Tab. 7. Wiek pierwszego kontaktu z lekarzem w sprawie problemu alkoholowego

Wiek	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
do 14 r.ż.	0,2	1,0	0,3
15-17	2,2	1,0	2,0
18-21	5,9	3,4	5,5
22-29	16,3	18,6	16,7
30-39	32,4	27,0	31,4
40-49	23,1	27,5	23,8
50+	19,8	21,6	20,1
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Średnia wieku podjęcia pierwszych rozmów z lekarzem zaniepokojonym zapewne symptomami zaburzeń alkoholowych była znacznie wyższa i wynosiła ok. 38 lat a ponad

połowa miała taką rozmowę po czterdziestce. Różnice między kobietami i mężczyznami są w tym zakresie niewielkie i nie przekraczają kilku punktów procentowych a średnia i mediana były prawie takie same, mimo iż u kobiet symptomy zaburzeń pojawiały się znacznie później. Oznacza to zapewne, że u kobiet czas między pojawieniem się pierwszych symptomów a szukaniem pomocy jest krótszy lub że dynamika problemów związanych z piciem jest u kobiet znacznie szybsza. Może to również oznaczać, że presja na podjęcie leczenia w stosunku do kobiet jest większa i skuteczniejsza.

Tab. 8. Średnia i mediana wieku pierwszego kontaktu z lekarzem lub innym specjalistą w związku z piciem

Płeć	Średnia	Błąd standardowy	Mediana
Mężczyźni	38,2	12,260	37,0
Kobiety	39,7	12,631	39,0
Ogółem	38,5	12,332	37,0

Dla większości pacjentów leczenie w badanym oddziale OTUA nie było pierwszym leczeniem w wyspecjalizowanych placówkach leczenia uzależnień. W sumie z różnego typu placówek korzystała ponad połowa pacjentów. Doświadczenia z leczeniem ambulatoryjnym ma za sobą większość pacjentów; około połowy w poradniach uzależnień, jedna czwarta w poradniach zdrowia psychicznego, kilkanaście procent w poradniach psychologicznych.

Tab. 9. Częstotliwość korzystania z pomocy specjalistycznej (%)

Typ placówki	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
<b>Poradnia leczenia uzależnień</b>			
Ani razu	50,2	40,8	48,6
Kilka razy (1-10)	33,6	36,9	34,1
Więcej	16,3	22,3	17,4
<b>Poradnia zdrowia psychicznego</b>			
Ani razu	75,8	62,0	73,5
Kilka razy (1-10)	19,9	30,9	21,8
Więcej	4,2	7,0	4,7
<b>Poradnia psychologiczna</b>			
Ani razu	84,4	78,4	83,4
Kilka razy (1-10)	11,3	17,1	12,3
Więcej	4,2	4,4	4,3
<b>Oddział detoksykacyjny</b>			
Ani razu	42,0	57,7	44,7
1-2 razy	46,9	35,8	45,0
Więcej	11,1	6,5	10,3
<b>OTUA</b>			
Ani razu	40,2	54,9	42,7
1-2 razy	44,6	37,6	43,4
Więcej	0,9	0,0	0,8
<b>Oddział podwójnych diagnoz</b>			
Ani razu	97,5	98,5	97,7
Raz lub kilka razy	2,6	1,5	1,8
<b>Inne placówki (głównie oddział dzienny)</b>			
Ani razu	87,9	80,5	86,6
Raz lub kilka razy	12,0	19,6	13,4
<b>Co najmniej jedna placówka</b>			
Ani razu	36,1	36,9	36,2
Przynajmniej raz	63,9	63,1	63,8
Tylko leczenie ambulatoryjne (trzy pierwsze)	10,3	19,4	11,8
Tylko opieka całodobowa (detox, OTUA, podwójne diagnozy)	22,5	10,7	20,5
Obie formy opieki	29,3	29,1	29,2

Leczenie w placówkach ambulatoryjnych jest bardziej rozpowszechnione wśród kobiet. Widać to szczególnie wyraźnie w przypadku osób, które korzystały tylko z tego typu opieki; w tej grupie potwierdziło leczenie ambulatoryjne prawie dwa razy więcej kobiet niż

mężczyzn. Jednak intensywność opieki ambulatoryjnej jest w przypadku obu płci stosunkowo niewielka. Dwie trzecie spośród tych, którzy się w ogóle leczyli w tych placówkach odwiedziła je kilka razy a tylko jedna trzecia potwierdziła więcej niż dziesięć wizyt.

Ze stacjonarnych placówek korzystało wcześniej niewiele ponad 50% badanych pacjentów, przy czym – inaczej niż w przypadku leczenia ambulatoryjnego - z opieki całodobowej powszechniej korzystali mężczyźni. Odsetek korzystających tylko z opieki całodobowej jest wśród mężczyzn dwukrotnie wyższy. Zdecydowana większość spośród tych, którzy leczyli się stacjonarnie podejmowała leczenie raz lub dwa razy, przy czym częstość korzystania z oddziałów detoksykacyjnych była nieco wyższa w porównaniu z oddziałami typu OTUA.

Leczenie w oddziałach podwójnych diagnoz potwierdziło zaledwie dwa procent pacjentów. Inne formy leczenia takie jak oddziały dzienne ma za sobą kilkanaście procent badanych.

Leczenie około połowy z pacjentów uzupełniane jest udziałem w grupach samopomocowych takich jak AA, z nieco większą przewagą mężczyzn. Jednak uczestnictwo w AA dla większości oznacza kilka-kilkanaście spotkań, w większości podczas leczenia lub zaraz po nim.

Mimo iż prawie wszyscy pacjenci mieli za sobą rozmowę z lekarzem lub innym specjalistą na temat swoich problemów z pićciem, a prawie dwie trzecie korzystało ze świadczeń specjalistycznych to ponad 60% pacjentów uważa, że nigdy wcześniej nie otrzymała pomocnego lub skutecznego leczenia; sceptycznych w ocenie poprzednich prób leczenia jest dwie trzecie kobiet. Niektórzy pacjenci odpowiadając na to pytanie, po długim namyśle, wybierali odpowiedź „nie” dlatego, że wcześniejsze próby leczenia nie przyniosły trwałej poprawy.

Tab. 10. Czy kiedykolwiek przed tym leczeniem otrzymał/a Pan/i pomocne lub skuteczne leczenie w związku ze swoim pićciem?

Odpowiedź	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
Tak	39,3	32,9	38,2
Nie	60,1	66,2	61,1
Odmowa	0,2	0,5	0,2
Nie wiem	0,4	0,5	0,4
Ogółem	100,0	100,0	100,0

## Ocena aktualnego leczenia

W porównaniu do oceny poprzednich prób leczenia, ocena aktualnego leczenia i różnych jego aspektów wypada nader pozytywnie. Do pomiaru oceny leczenia zastosowaliśmy skalę od zera do 10, w której zero oznaczało najniższą ocenę a 10 – ocenę najwyższą. W dalszej analizie przyjęliśmy, że oceny od zera do trzech oznaczają niezadowolenie z różnych aspektów leczenia, cztery, pięć, sześć – oceny średnie, które w innej skali oznaczałyby „i tak i nie”, oceny 7-9 – zadowolenie a 10 - najwyższą satysfakcję z leczenia. Jak widać z poniższej tabeli w odpowiedzi na pytanie czy aktualne leczenie jest odpowiednie ponad 40% pacjentów dało ocenę najwyższą, kolejne 40% potwierdziło adekwatność aktualnego leczenia wybierając oceny w granicach 7-9 a oceny negatywne wyraziło 2% pacjentów. Przy ocenie adekwatności leczenia nie odnotowano istotnych różnic jeśli chodzi o płeć.

Tab. 11. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Czy uważa Pan/i, że uzyskuje tu odpowiednie dla siebie leczenie/opiekę?*

Skala odpowiedzi	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0 Zupełnie NIE	0,2		0,2
1	0,2	1,5	0,4
2	0,6	0,5	0,6
3	1,1	0,5	1,0
4	0,9	1,0	0,9
5	5,4	8,3	5,9
6	3,7	3,4	3,6
7	9,6	8,3	9,4
8	18,2	14,1	17,5
9	14,4	13,2	14,2
10 Całkowicie TAK	44,0	47,8	44,7
Brak odpowiedzi	0,6	1,0	0,7
Nie wiem	1,2	0,5	1,1
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Podobne oceny uzyskaliśmy w odniesieniu do skuteczności uzyskiwanego leczenia. Ponad 40% uznało je za w pełni skuteczne, przy czym kobiety dawały tu wyższe oceny – ponad połowa z nich wybrała najwyższą ocenę skuteczności. Blisko 40% wybrało odpowiedzi 7-9, niecałe 8% odpowiedzi 4-6, co może oznaczać, że wątpliwość w skuteczność tego leczenia a tylko 1,5% uważa dotychczasowe leczenie za nieskuteczne.

Tab. 12. *Czy dotychczasowe leczenie i opieka tutaj okazały się dla Pana/i skuteczne?*

Skala odpowiedzi	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0 Zupełnie NIE	0,4	0,5	0,4
1	0,4	0,5	0,4
2	0,8	0,5	0,7
3	0,3	0,5	0,3
4	0,9	0,5	0,8
5	3,4	3,9	3,5
6	3,9	1,5	3,5
7	7,1	4,4	6,6
8	16,4	15,1	16,2
9	15,0	14,6	14,9
10 Całkowicie TAK	43,8	50,2	44,9
Brak odpowiedzi	0,7	1,5	0,8
Nie wiem	7,0	6,3	6,9
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Jeszcze wyższe oceny uzyskaliśmy w odpowiedzi na pytanie czy terapeuta rozumie pacjenta i czy jest zaangażowany w leczenie/opiekę. Ponad połowa pacjentów dała tu najwyższe oceny, kolejne 30% potwierdziło swoje zadowolenie z tego aspektu leczenia a tylko 2% uważało, że terapeuta ich nie rozumie i nie jest zaangażowany w leczenie/opiekę.

Tab. 13. *Czy terapeuta rozumie Pana/iq i czy jest zaangażowany w Pana/i leczenie/opiekę?*

Skala odpowiedzi	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0 Zupełnie NIE	0,3	1,4	0,5
1	0,2	0,5	0,2
2	0,6	0,5	0,6
3	0,6	1,0	0,7
4	0,8	0,5	0,7
5	3,8	3,4	3,7
6	3,7	2,9	3,6
7	4,9	3,9	4,7
8	13,4	7,2	12,3
9	12,8	13,5	12,9
10 Całkowicie TAK	52,1	58,9	53,3
Brak odpowiedzi	0,5	1,9	0,7
Nie wiem	6,3	4,3	6,0
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Bardzo wysokie oceny uzyskała również kwestia relacji z innymi członkami personelu.

Na pytanie czy te relacje są miłe czy nie miłe, ponad 90% wybrało oceny od siedmiu do dziesięciu a najniższe oceny dało tylko 0,6% pacjentów.

Tab. 14. *Czy relacje z innymi członkami personelu są dla Pana/i miłe czy niemiłe?*

Skala odpowiedzi	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
1 Bardzo NIEMIŁE	0,1		0,1
2	0,2		0,2
3	0,2	1,0	0,3
4	1,0	1,0	1,0
5	4,0	5,9	4,3
6	4,1	2,9	3,9
7	7,1	6,9	7,0
8	16,8	18,1	17,1
9	18,9	15,2	18,3
10 Bardzo MIŁE	46,5	47,5	46,6
Brak odpowiedzi	0,4	1,0	0,5
Nie wiem	0,7	0,5	0,7
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Nieco kontrowersji wzbudziła kwestia „odpowiedniości” podawanych leków. Mniej więcej jedna trzecia pacjentów nie otrzymywała żadnych leków; spośród pozostałych połowa dała najwyższą ocenę ale około 10% wybrało oceny sześć i mniejsze. Dla niektórych powodem braku zadowolenia było „odstawienie” decyzją lekarza niektórych leków przyjmowanych przed przyjściem na oddział; dla innych brak informacji, jaki lek otrzymuje od pielęgniarki.

Tab. 15. *Czy jest Pan/i przekonany/a, że lek, który otrzymuje jest właściwy?*

Skala odpowiedzi	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0 Zupełnie NIE	1,1	0,5	1,0
1	0,1	0,5	0,2
2	0,8	1,5	0,9
3	1,1	1,0	1,1
4	0,5	0,5	0,5
5	5,0	2,4	4,6
6	2,2	1,9	2,2
7	4,1	4,4	4,1
8	6,9	7,3	7,0
9	7,7	9,7	8,0
10 Całkowicie TAK	32,4	37,9	33,3
Nie otrzymuję żadnych leków	34,7	30,6	34,0
Brak odpowiedzi	0,3	1,0	0,4
Nie wiem	3,2	1,0	2,8
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Zdecydowanie najwyższe oceny pojawiły się w odpowiedzi na pytanie czy pacjent czuje się w oddziale dobrze traktowany i chroniony. Fraza o chronieniu okazała się stosunkowo ważna, bo niektórzy pacjenci nie czuli się do końca bezpiecznie dzieląc pokój z kimś agresywnym. Były to jednak rzadkie przypadki, a ponad 60% dało w tym aspekcie ocenę najwyższą a tylko 4% oceny niższe niż siedem.

Tab. 16. *Czy czuje się tu Pan/i dobrze traktowany/a i chroniony/a?*

Skala odpowiedzi	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0 Zupełnie NIE	0,2		0,2
2	0,2	0,5	0,2
3		0,5	0,1
4	0,2	0,5	0,2
5	1,7	3,9	2,1
6	1,5	1,5	1,5
7	4,9	4,4	4,8
8	12,1	12,1	12,1
9	16,6	12,6	15,9
10 Całkowicie TAK	62,1	63,1	62,3
Brak odpowiedzi	0,3	1,0	0,4
Nie wiem	0,2		0,2
Ogółem	100,0	100,0	100,0

### **Konsekwencje picia w ciągu ostatnich 12 m-cy**

Alkohol ma poważny, negatywny wpływ na życie codzienne osób cierpiących na zaburzenia alkoholowe. Dotyczy to w dużej mierze pracy zawodowej. Ponad 80% pacjentów potwierdziło, że picie sprawia, że są dni kiedy nie są zdolni do pracy zawodowej i innych codziennych aktywności. Jedna trzecia potwierdziła, że nie była zdolna do pracy od tygodnia do miesiąca, jedna czwarta – od miesiąca do pół roku a co dwudziesty, że dłużej niż na pół roku.

Tab. 17. Okres wyłączenia z pracy lub innych codziennych aktywności z powodu picia w ostatnich 12 miesiącach przed podjęciem leczenia

Skala odpowiedzi	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0 dni	14,9	20,4	15,8
1-7 dni	16,9	19,4	17,3
od tygodnia do miesiąca	33,5	32,5	33,3
od miesiąca do pół roku	29,3	21,5	27,9
od pół roku do roku	5,4	6,3	5,6
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Średnio ten okres wyłączenia trwał prawie dwa miesiące i był tylko o kilka dni dłuższy w przypadku mężczyzn. Mediana jednak wskazuje, że dla połowy kobiet ten okres był nieco krótszy i wynosił trzy tygodnie lub krócej, podczas gdy dla mężczyzn około 30 dni.

Tab. 18. *W przybliżeniu, ile dni w ciągu 12 miesięcy przed podjęciem tego leczenia, był/a Pan/i zupełnie niezdolny/a do pracy?*

Płeć	Średnia	Błąd standardowy	Mediana
Mężczyźni	59,5	76,201	30
Kobiety	54,5	76,339	21
Ogółem	58,7	76,204	30

W kolejnych pytaniach zwracaliśmy się o ocenę, w jakim stopniu problemy z picciem zakłócały rozmaite wymiary życia codziennego. Respondenci mieli do wyboru skale odpowiedzi od 0 – w ogóle nie ma to wpływu do 10 - bardzo silny wpływ. Jak widać z tabeli poniżej, oprócz pracy alkohol zaburza również obowiązki domowe, ma negatywny wpływ na zdolność do nawiązywania i utrzymywania bliskich kontaktów, nieco mniejszy wpływ ma na życie towarzyskie, chociaż w tym ostatnim przypadku znaczna część pacjentów stwierdziła, że nie ma żadnego życia towarzyskiego.

Tab. 19. Ocena negatywnego wpływu alkoholu na różne wymiary życia codziennego w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie.

Obszary życia	Średnia			Mediana			Odsetki ocen >9		
	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem
Praca zawodowa	5,7	6,2	5,8	6	7	6	27	32	28
Obowiązki domowe	6,3	6,6	6,4	7	7	7	27	31	29
Bliskie kontakty	5	6	5,2	5	7	5	19	27	20
Życie towarzyskie	5	5,8	5,1	5	7	5	22	29	24

Według średnich ocen alkohol najbardziej zaburza obowiązki domowe, pracę zawodową a w mniejszym nieco stopniu zdolność do nawiązywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi i życie towarzyskie. Podobne wartości średniej i mediany sugerują normalny rozkład odpowiedzi. Jednak mediany pokazują, że połowa lub więcej pacjentów ocenia, że alkohol ma poważny, negatywny wpływ na ich życie. Ten negatywny wpływ jest zdecydowanie silniej postrzegany przez kobiety, u których mediana dla wszystkich wymiarów wynosi siedem i jest wyższa niż u mężczyzn za wyjątkiem oceny wpływu alkoholu na obowiązki domowe. Tę różnicę widać jeszcze wyraźniej przy analizie odsetków pacjentów, którzy ocenili ten wpływ na poziomie dziewięć lub dziesięć, zwłaszcza w odniesieniu do wpływu na alkohol na bliskie kontakty oraz życie towarzyskie.

## Podsumowanie

Zastosowanie kryteriów DSM 5 pokazało, że nasilenie symptomów zaburzeń alkoholowych jest wśród polskich pacjentów bardzo wysokie. Ponad 90% z nich kwalifikuje się do rozpoznania ciężkich zaburzeń a prawie dwie trzecie potwierdziło dziesięć lub więcej symptomów.

Wbrew oczekiwaniom, iż pierwsze symptomy zaburzeń alkoholowych obserwuje się już w dzieciństwie lub wczesnej młodości, rozkład wieku ich pojawienia się ma charakter normalny; kilkanaście procent datuje swoje początki zaburzeń alkoholowych przed ukończeniem 18 roku życia, podobny odsetek potwierdza je w wieku 40 lat i więcej. U ponad

połowy pacjentek zaburzenia alkoholowe zaczęły się w wieku 34 lat lub później, podczas gdy u ponad połowy mężczyzn w wieku 25 lat lub później.

Wstępna analiza pytań otwartych sugeruje, że późniejsze początki zaburzeń u kobiet wiążą się często z rozpadem związku małżeńskiego, nieoczekiwaną samotnością, wykorzystaniem alkoholu jako remedium na ciężkie przejścia życiowe. Początki zaburzeń u mężczyzn mają swoje źródła w stylach życia młodych mężczyzn, chociaż nie brakuje też picia z powodu rozpadu pierwszych związków intymnych. Dużą rolę odgrywa tutaj dziedziczenie kulturowe lub genetyczne; ponad 60% mężczyzn i ponad trzy czwarte kobiet miało wśród członków najbliższej, biologicznej rodziny osoby, które doświadczały problemów alkoholowych; określane często spontanicznie przez respondentów jako alkoholicy.

Ponad 60% pacjentów ma za sobą wcześniejsze próby leczenia a prawie wszyscy rozmawiali wcześniej z lekarzem lub innym specjalistą na temat swoich problemów związanych z pićm. Ponad połowa korzystała z placówek ambulatoryjnych, również więcej niż połowa z oddziałów detoksykacyjnych, ponad 40% ma za sobą leczenie w oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu. Jednak dotychczasowe próby leczenia nie były zbyt częste; niecałe 20% było w poradni więcej niż dziesięć razy, około 10% przeszło detoksykację więcej niż dwa razy, nieliczni mają za sobą więcej niż dwa pobyty w OTUA.

Mniej niż 40% z pacjentów ocenia, że kiedykolwiek wcześniej otrzymało pomocne lub skutecznie leczenie. W kontraście do oceny wcześniejszych doświadczeń, aktualne leczenie oceniane jest bardzo wysoko, zarówno w wymiarze jego adekwatności, skuteczności, zaangażowania i stosunku personelu, oraz poczucia opieki i bezpieczeństwa w trakcie leczenia.

Pacjenci podejmowali decyzję o leczeniu mając za sobą doświadczenia poważnych zaburzeń funkcjonowania w ciągu poprzednich 12 miesięcy. Picie miało negatywny wpływ na pracę; połowa pacjentów była niezdolna do pracy zawodowej przynajmniej przez 30 dni, średnio prawie przez dwa miesiące. Ponad połowa potwierdziła, że picie zakłócało możliwości wywiązywania się z obowiązków domowych, na skutek picia pogarszała się zdolność do nawiązywania lub podtrzymywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi, zaburzone było życie towarzyskie.

## **6. CHOROBY SOMATYCZNE** (*Jacek Moskalewicz*)

### **Wprowadzenie**

Przegląd literatury dotyczący współwystępowania zaburzeń związanych z alkoholem i dolegliwości oraz chorób somatycznych przeprowadzony przed przystąpieniem do badań obejmował artykuły z lat 2010-2022 dostępne w bazie Web of Science. Dodatkowo do przeglądu włączono publikacje z lat 2002-2023 zamieszczone w bazie World Mental Health <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/publications.php>. W sumie, w wyniku zastosowania odpowiednich słów kluczowych uzyskaliśmy dostęp do ponad dwóch tysięcy publikacji. Po wstępnej analizie tytułów i wykluczeniu publikacji powtarzających się w obu bazach do przeglądu wybrano około stu artykułów.

Wszystkie potwierdziły istotny związek picia alkoholu z całym wachlarzem problemów zdrowia somatycznego. Wśród wybranych artykułów wyróżnić można trzy grupy: artykuły mówiące o wpływie alkoholu na zdrowie somatyczne w ogóle, artykuły omawiające współchorobowość zaburzeń psychicznych i behawioralnych spowodowanych alkoholem i zaburzeń somatycznych i wreszcie artykuły omawiające wpływ alkoholu na pojedyncze jednostki chorobowe lub szersze kategorie zaburzeń zdrowia.

### **Alkohol i zaburzenia zdrowia somatycznego ogólnie**

W swoim przeglądzie Rehm (2011) podsumowuje wyniki wcześniejszych badań, które mówią, że alkohol jest czynnikiem koniecznym w przypadku ponad 30 chorób i zaburzeń, wśród których wymienia choroby infekcyjne, nowotwory, cukrzycę, choroby neuropsychiatryczne (w tym alkoholowe zaburzenia psychiczne i behawioralne), choroby wieńcowo-naczyniowe, choroby wątroby i trzustki oraz intencjonalne i nieintencjonalne urazy i zatrucia. Według analiz Rehma wyników studium globalnego obciążenie chorobami (GBD) ok. 5% utraconych lat życia w zdrowiu (DALYS) wiąże się z konsumpcją alkoholu.

W przeglądzie znalazły się również prace dostrzegające, oprócz negatywnych, również pozytywne oddziaływania alkoholu na zdrowie. W najnowszej publikacji z tego zakresu Zhong i wsp. (2022) autorzy dokonali przeglądu 59 artykułów zawierających 224 metaanalizy prospektywnych badań kohortowych, w których uchwycono 140 unikatowych konsekwencji picia alkoholu, z czego 49 konsekwencji można uznać za korzystne a 25 za szkodliwe dla zdrowia. W ocenie ryzyka dla niskiej i umiarkowanej konsumpcji liczba zaburzeń, na które

ma alkohol korzystny wpływ była większa niż tych, na które ma alkohol wpływ niekorzystny. W ocenie ryzyka dla wysokiej konsumpcji lista zagrożeń jest dłuższa i obejmuje przede wszystkim ryzyka związane z różnymi postaciami raka oraz zwyrodnienie płamki żółtej. Przywołują badania wskazujące na to, że alkohol ma wpływ kardioprotekcyjny w przypadku chorób układu krążenia, udaru niedokrwinnego, zawału serca, niewydolności serca.

Bellis i wsp. 2016 szukali przyczyn, dlaczego - niezależnie od poziomu konsumpcji alkoholu - w społeczności cierpiących niedostatek (z ang. *deprived communities*) odnotowuje się większe rozpowszechnienia chorób i zaburzeń spowodowanych piciem w porównaniu do społeczności zamożnych. W badaniu przeprowadzonym na dużej próbie dorosłych mieszkańców Wielkiej Brytanii (n= 6015) stwierdzono, że konsumenci alkoholu w uboższych społecznościach piją alkohol w syndromie innych niekorzystnych zachowań takich jak palenie, niezdrowe odżywianie, otyłość, brak ćwiczeń fizycznych. Wszystkie te czynniki, a nie tylko picie, mają synergiczny wpływ na większą zachorowalność na choroby wątroby i nowotwory. Dodatkowo, mieszkańcy uboższych dzielnic, mimo iż całkowite spożycie nie jest wyższe niż w bogatszych społecznościach, piją jednorazowo większe ilości alkoholu (z ang. *binge drinking*), co zwiększa ryzyko urazów oraz chorób serca.

Kwestie zaburzeń alkoholowych wśród ubogich segmentów społeczeństwa badano także w Polsce. W badaniu ich rozpowszechnienia wśród ok. setki bezdomnych w Olsztynie u blisko 80% stwierdzono uzależnienie od alkoholu (Romaszko i wsp. 2017).

### **Zaburzenia zdrowia somatycznego u osób cierpiących na alkoholowe zaburzenia psychiczne i behawioralne**

W większości przeanalizowanych publikacji autorzy koncentrują swoją uwagę na umieralności ludzi cierpiących na alkoholowe zaburzenia psychiczne (AUD), identyfikując również przyczyny ich zgonów.

W dużym, obejmującym 12 lat, badaniu prospektywnym obserwacji poddano ponad 23 tysiące osób uzależnionych od alkoholu hospitalizowanych w szpitalach Manchesteru (Schoepf i wsp. 2015). Grupę kontrolną stanowiło ponad 200 tys. losowo dobranych pacjentów z uwzględnieniem ich płci i wieku. Badano wyłącznie umieralność szpitalną. Umieralność szpitalna pacjentów „alkoholowych” wyniosła ok. 20% w porównaniu z 8% w grupie kontrolnej. Pacjenci uzależnieni mieli wyższe ryzyko chorób wątroby i trzustki, dróg oddechowych, chorób neurologicznych i chorób układu krążenia, chorób górnego odcinka

przewodu pokarmowego, chorób nerek, zapalenia tkanki łącznej, anemii na tle deficytu żelaza, złamania szyjki kości udowej, oraz peryferyjnych naczyń obwodowych. Z drugiej strony, pacjenci uzależnieni mieli niższe ryzyko chorób wieńcowych serca, chorób uchyłkowych oraz katarakty. Zidentyfikowano trzydzieści dwie przyczyny zgonów: alkoholowa marskość wątroby (33,7%), nadciśnienie (16,9%), POChP (14,1%), zapalenie płuc (13,3%). Wielokrotna analiza regresji ograniczyła liczbę przyczyn do 23. Na większą umieralność w próbie uzależnionych wpływ miały nie tyle pojedyncze przyczyny zgonów, co ich współwystępowanie z częstotliwością większą niż w grupie kontrolnej.

W badaniu rutynowej dokumentacji medycznej w kanadyjskiej prowincji Manitoba (Manitoba Population Research Data Repository) zastosowano podejście retrospektywne obejmujące okres 20 lat, zaczynając od roku poprzedzającego diagnozę zaburzeń spowodowanych alkoholem (AUD). W badaniu poddano obserwacji dane ponad 50 tys. osób z AUD i grupę kontrolną ponad 260 tys. osób bez AUD. Stwierdzono, że ludzie z AUD mieli wyraźnie wyższe ryzyko wielu chorób i zaburzeń już w roku poprzedzającym diagnozę np. ryzyko nowotworów (4,85 razy wyższe dla mężczyzn i 1,85 – dla kobiet), ryzyko cukrzycy (1,74 dla mężczyzn i 2,43 dla kobiet), ryzyko niedokrwiennych chorób serca (3,59 dla mężczyzn i 2,92 dla kobiet). Umieralność ogólna była ponad trzykrotnie wyższa dla obu płci w porównaniu z grupą kontrolną już w roku poprzedzającym diagnozę i utrzymywała się na tym wysokim poziomie przez 20-letni okres badania.

Trzydziestoletnie badania prospektywne w Północnych Włoszech objęły 2500 pacjentów leczonych z powodu AUD. Odnotowano pięciokrotnie wyższą umieralność w porównaniu z populacją generalną. Stwierdzono szeroki wachlarz przyczyn zgonów: choroby infekcyjne, nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego i pokarmowego oraz zgony gwałtowne. Ilorazy ryzyka malały wraz z długością pozostawania w kontakcie z leczeniem. Współchorobowość somatyczna zwiększała ryzyko zgonu, współchorobowość psychiatryczna nie miała wpływu na ryzyko zgonu (Morandi i wsp. 2016).

W polskim badaniu prowadzono analizę dokumentacji medycznej 625 pacjentów hospitalizowanych na oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, spośród których 175 przechodziło *delirium tremens* (DT) (Ring i wsp. 2022). Najczęściej występowały u pacjentów choroby układu naczyniowo-kръżeniowego (19,2%), choroby endokrynologiczne i metaboliczne (5,7%), choroby układu pokarmowego (4,7%) w tym alkoholowe choroby wątroby (3,8%) oraz choroby trzustki (0,8%). U pacjentów z DT częstsze były choroby układu oddechowego i zapalenia płuc.

## **Alkohol a choroby układu krążenia**

Zidentyfikowano kilka artykułów podejmujących kwestię wpływu alkoholu na choroby układu krążenia. Największe z nich objęło ponad 570 tys. pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń rytmu serca (arytmia serca) oraz 55 tys. z współwystępującymi alkoholowymi zaburzeniami psychicznymi (AUD). Do najczęstszych zaburzeń somatycznych należały nadciśnienie (52%) oraz podwyższony cholesterol i lipidy (23%). Ponad 40% pacjentów paliło papierosy (Ravat i wsp. 2020).

Artykuł „The impact of alcohol consumption on cardiovascular health; myth and measures” (Arora i wsp. 2022) zwraca uwagę na istotny, trwający od kilku dekad, wzrost rozpowszechnienia chorób układu krążenia, w czym istotną rolę odegrał alkohol i mity o jego korzystnym wpływie na choroby wieńcowe. Z badań wiemy jednak, że alkohol zwiększa ryzyko większości chorób wieńcowych, w tym nadciśnienia, kardiomyopatii, migotania i trzepotania przedsionków oraz udarów.

## **Alkohol a choroby wątroby i trzustki**

Alkohol odpowiada za połowę marskości wątroby w USA. Istnieje kilka nieinwazyjnych metod diagnozowania alkoholowej marskości wątroby. Jednak diagnoza na tym etapie jest zwykle spóźniona, bo alkoholowa marskość wątroby oznacza nieodwracalne zmiany i prowadzi zwykle do gwałtownego pogorszenia i zgonu. Mechanizm powstawania alkoholowej marskości wątroby ma kilka etapów; po latach intensywnego picia następuje stłuszczenie wątroby, które może prowadzić do stłuszczeniowego zapalenia wątroby i jej zwłóknienia a w konsekwencji do alkoholowej marskości wątroby. Wczesniejsze etapy przebiegają bezobjawowo i większość pacjentów zostaje zdiagnozowanych dopiero kiedy pojawiają się takie objawy jak krwawienie i wodobrzusze i kiedy jest już za późno na leczenie zachowawcze i jedyną – choć ryzykowną opcją – jest przeszczep wątroby (Lucey 2019).

W badaniu duńskim, w krajowym rejestrze zdrowia, zidentyfikowano ponad 10 tys. osób w wieku 45-69 ze zdiagnozowaną marskością wątroby z lat 1994-2014 oraz dobrano do nich losowo z uwzględnieniem płci i wieku grupę kontrolną, do której weszło ponad 43 tys. osób. Stwierdzono, że pacjenci z alkoholową marskością wątroby mają blisko czterokrotnie wyższe ryzyko chorób współistniejących. Jednak, ryzyko niektórych chorób współistniejących było podobne dla obu grup, ponieważ pacjenci z marskością żyli zbyt krótko, żeby dożyć pojawienia się niektórych chorób nowotworowych i nie-nowotworowych. Jedynie dwa typy

nowotworów, wewnątrzkomórkowy rak wątroby i nowotwór przełyku pojawiały się istotnie częściej w grupie chorych na alkoholową marskość wątroby w porównaniu z grupą kontrolną (Jepsen 2016).

Poza artykułami skupionymi na alkoholowej marskości wątroby, przegląd wyłonił również artykuły na temat współchorobowości u pacjentów cierpiących na wirusowe zapalenie wątroby typu C, w tym na zaburzenia związane z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi. W retrospektywnym badaniu w Hiszpanii w latach 2012-2019 stwierdzono ponad 350 tys. hospitalizacji z powodu chronicznego HCV. Współistniejące nadużywanie substancji potwierdzono u 31% pacjentów, w tym u 20% - nadużywanie alkoholu, 19% - nadużywanie innych substancji a u 7,5% nadużywanie i alkoholu i innych substancji (Garrido Estepa 2022).

W jednym z artykułów, przedstawiono rozpowszechnienie raka żołądka w USA i jego związek z alkoholem. W latach 1999-2010 z blisko pół miliona osób uczestniczących w badaniu NHANES tylko 342 osoby chorowały na raka żołądka (mniej niż jedna na tysiąc). Osoby pijące średnio 5 drinków dziennie miały trzykrotnie wyższe ryzyko zachorowania na ten typ nowotworu (Łaszkowska 2021).

### **Alkohol a rak piersi**

Spożycie alkoholu nawet w umiarkowanych ilościach zwiększa ryzyko raka piersi.

Celem pracy Shin i wsp. (2015) było określenie czy nadwaga modyfikuje tę zależność.

W analizie uwzględniono ponad 45 tys. kobiet włączonych do badania the Swedish Women's Lifestyle and Health w latach 1991-92. Pojawienie się raka piersi w grupie badanej monitorowano do końca roku 2009. W okresie obserwacji odnotowano 1385 przypadków raka piersi (3%). Po uwzględnieniu innych czynników, nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności (RR = 1,01; 95% CI 0,98-1,04) przy wzroście konsumpcji o każde 5 gramów alkoholu dziennie. Statystycznie istotna zależność wystąpiła tylko u kobiet z niskim indeksem BMI  $\leq 25$  (RR = 1,03; 95% CI 1,0-1,05).

W innym badaniu w ramach projektu Women's Health Initiative poddano obserwacji blisko 8 tys. kobiet cierpiących na raka piersi. Kobiety spożywające alkohol przed rakiem piersi miały nieistotnie statystycznie niższe ryzyko zgonu z powodu raka piersi i istotnie statystycznie mniejsze ryzyko zgonu w ogóle (HR = 0,74; 95% CI 0,61-0,89). Konsumpcja alkoholu po diagnozie raka piersi nie miała wpływu ani na ryzyko zgonu z powodu raka piersi

ani na umieralność ogólną. Autorzy konkludują ostrożnie, że wg wyników ich – przeprowadzonego na dużej próbie – badania jest mało prawdopodobne, żeby alkohol miał istotny wpływ na umieralność wśród kobiet cierpiących na raka piersi (Lowry i wsp. 2016).

### **Alkohol a rak prostaty**

Zależność między konsumpcją alkoholu, paleniem a rakiem prostaty nie jest do końca jasna, chociaż oba te zachowania są czynnikami ryzyka dla innych nowotworów. Duże badanie przeprowadzone w Japonii miało zweryfikować tę zależność. W ramach the Japan Public Health-based Prospective Study obserwowano ponad 48 tys. mężczyzn nie mających objawów raka prostaty w wieku 40-69 lat od początku lat 90tych do roku 2010. W ciągu 16 lat potwierdzono 913 zachorowań na raka prostaty (1,9%), z czego 248 stanowiły zaawansowane postaci nowotworu. Stwierdzono słabą ale istotną statystycznie zależność między wielkością dawki alkoholu i tytoniu a ryzykiem raka prostaty ( $p = 0,02$ ). Zarówno alkohol jak i palenie zwiększały ryzyko zaawansowanych postaci nowotworu (Sawada i wsp. 2014).

Inne badanie zrealizowane w USA miało na celu stwierdzenie czy spożycie alkoholu przez mężczyzn obarczonych ryzykiem raka prostaty prowadzi do zagrożenia zgonem i czy spożycie alkoholu przez mężczyzn cierpiących na raka prostaty bez przerzutów prowadzi do przerzutów lub zgonu. W prospektywnym badaniu obejmującym lata 1986-2012 monitorowano blisko 48 tys. mężczyzn. W ciągu 25 lat obserwacji u 5 tys. (10,9%) z nich stwierdzono raka prostaty bez przerzutów. Okazało się, że konsumenci alkoholu mieli nieco mniejsze ryzyko śmiertelnego przebiegu raka prostaty ( $HR = 0,84$ ; 95%CI, 0,71-0,99). Ogólne spożycie alkoholu nie miało znaczenia dla tej progresji, podczas gdy umiarkowane spożycie wina miało wpływ ochronny ( $HR = 0,50$ ; 95%CI, 0,29-0,86). American Society for Clinical Oncology stoi na stanowisku, że wyniki tego badania wymagają potwierdzenia w kolejnych pracach, żeby stwierdzić, że picie umiarkowanych ilości alkoholu jest bezpieczne dla pacjentów cierpiących na raka prostaty (Downer 2019).

### **Alkohol a reumatyzm i choroby układu mięśniowo-szkieletowego**

W badaniu Bakera i wsp (2020) badano współzależność między piciem alkoholu a „aktywnością” reumatoidalnego zapalenia stawów oraz śmiertelnością pacjentów. Monitorowano spożycie alkoholu i stan zdrowia blisko 17 tys. osób. Konsumenci alkoholu mieli nieco niższe ryzyko zgonu ( $OR = 0,87$ ; 95% CI 0,76-0,98) wg tradycyjnych modeli

regresji, co nie znalazło potwierdzenia w bardziej zaawansowanych analizach (marginal structural models). Wyższa aktywność choroby, niepełnosprawności, współchorobowość i niska jakość życia miały wpływ na ograniczenie spożycia lub jego zaniechanie.

W dużym badaniu dokumentacji szpitalnej z lat 1998-2014 analizowano rozpowszechnienia hospitalizacji z powodu zaburzeń alkoholowych u osób cierpiących na choroby układu mięśniowo-szkieletowego (podagra, reumatoidalne zapalenie stawów, fibromalagia, zapalenie kości i stawów (osteoarthritis), bóle dolnej części kręgosłupa). W badanym okresie hospitalizacje z powodu zaburzeń alkoholowych zwiększyły się wśród badanych od trzech do prawie pięciu razy. Ilorazy szans dla leczenia szpitalnego trwającego więcej niż trzy dni były wyższe od 1,10 do 1,34 dla wszystkich pięciu chorób mięśniowo szkieletowych w porównaniu do osób, które nie cierpiały na te dolegliwości (Singh & Singh 2022).

### **Alkohol a choroby płuc i gruźlica**

Stosunkowo mało ciągle wiemy o wpływie alkoholu na płuca, zarówno na poziomie klinicznym jak i poznawczym. Ostatnie badania pokazują, że ludzie cierpiący na zaburzenia alkoholowe mają większe ryzyko zapalenia płuc, gruźlicy, RSV (respiratory syncytial virus) oraz ostrego stresu oddechowego (ARDS). Mechanizm zachorowań na te choroby płuc polega na uszkodzonej odpowiedzi immunologicznej, co z kolei wynika ze szkodliwego wpływu alkoholu na komórki odpornościowe (Simet i wsp. 2015).

W przeglądzie zidentyfikowaliśmy dwie prace dotyczące lekoodpornej gruźlicy na Ukrainie oraz w Nigerii. W pracy ukraińskiej przedstawiono badania 73 mężczyzn z lekoodporną gruźlicą. W tej grupie znaleźli się również pacjenci z zaburzeniami alkoholowymi, którym towarzyszyła depresja. Podjęte leczenie gruźlicy dało najlepsze rezultaty w grupie pacjentów z zaburzeniami alkoholowymi, którzy przeszli dodatkowo leczenie psychiatryczne (Plokhikh i wsp. 2021). W pracy nigeryjskiej przebadano 128 pacjentów z lekoodporną gruźlicą. Rozpowszechnienie zaburzeń alkoholowych w tej grupie przekraczało 20% i było 10-krotnie wyższe w porównaniu z grupą kontrolną. Do najsilniejszych predyktorów zaburzeń alkoholowych należały ciężka postać gruźlicy, choroby hematologiczne oraz HIV/AIDS (Lasebikan i wsp. 2020).

## **Alkohol a zdrowie jamy ustnej (*oral health*)**

W kilku stosunkowo niewielkich badaniach potwierdzono destrukcyjny wpływ zaburzeń alkoholowych na stan uzębienia. Manicone i wsp. (2017) porównali 23 pacjentów cierpiących na zaburzenia alkoholowe z podobną liczbą zdrowych pracowników socjalnych. Stan uzębienia pacjentów z AUD był katastrofalnie gorszy zarówno jeśli chodzi o wskaźnik DMFT (decayed, missing, filled teeths), SLI (index higieny jamy ustnej). U palaczy wskaźniki te były wyraźnie niższe w porównaniu z niepalącymi AUD.

W podobnym badaniu 76 pacjentów z AUD leczących się w klinice psychiatrycznej porównano z podobną liczbą pacjentów niedotkniętych AUD. Rozpowszechnienie próchnicy okazało się znacznie wyższe u pacjentów z AUD, których wskaźnik DMFT był istotnie wyższy. Również stany zapalne przyzębia i błony śluzowej były wśród pacjentów z AUD bardziej rozpowszechnione (Priyanka i wsp. 2017).

## **WYNIKI BADAŃ**

W badaniu współchorobowości somatycznej pacjentów wykorzystaliśmy odpowiednią sekcję kwestionariusza CIDI. Sekcja ta składała się z serii pytań o kilkanaście chorób przewlekłych zaczynając od dolegliwości bólowych, poprzez alergię, choroby układu sercowo-naczyniowego, przewlekłe choroby układu oddechowego, choroby układu pokarmowego, HIV/AIDS, do epilepsji oraz chorób nowotworowych.

### **Rozpowszechnienie współistniejących chorób przewlekłych**

Analizując rozpowszechnienie kilkunastu somatycznych chorób przewlekłych odnieśliśmy je do ich rozpowszechnienia w populacji generalnej oszacowanej w badaniu EZOP 1. Jak pisaliśmy wcześniej dane z projektu EZOP dotyczące płci i wieku otrzymały wagi umożliwiające bezpośrednie porównania obu prób.

Tab. 1. Porównanie rozpowszechnienia przewlekłych chorób somatycznych, które pojawiły się kiedykolwiek w życiu (wiek 18-64) wśród pacjentów OTUA i w populacji generalnej (EZOP 1) (odsetki)

Przewlekła choroba somatyczna	Populacja generalna %			Pacjenci OTUA %		
	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
<b>Artretyzm lub reumatyzm</b>	5,8	9,2	7,5	4,1	9,3	5,0
Bóle kręgosłupa, również odcinka szyjnego i lędźwiowego	15,4	20,0	17,7	32,6	39,4	33,7
Częste lub silne bóle głowy	7,1	16,3	11,7	20,1	32,5	22,2
Inne przewlekłe bóle	5,3	6,3	5,8	17,1	16,1	16,9
<b>Jakiegokolwiek dolegliwości bólowe</b>	<b>24,5</b>	<b>35,1</b>	<b>29,8</b>	<b>51,7</b>	<b>63,2</b>	<b>53,6</b>
<b>Alergie sezonowe, np. katar sienny</b>	<b>6,8</b>	<b>9,0</b>	<b>7,9</b>	<b>18,8</b>	<b>23,4</b>	<b>19,6</b>
Udar lub wylew	0,7	0,5	0,6	1,9	0,5	1,7
Zawał serca	2,4	0,8	1,6	2,2	0,5	2,0
Choroba serca lub choroba wieńcowa	5,0	4,1	4,5	7,2	7,8	7,3
<b>Jakiegokolwiek dolegliwości sercowo-naczyniowe</b>	<b>6,3</b>	<b>4,8</b>	<b>5,5</b>	<b>10,1</b>	<b>8,3</b>	<b>9,8</b>
<b>Nadciśnienie</b>	<b>13,1</b>	<b>13,8</b>	<b>13,5</b>	<b>34,8</b>	<b>33,9</b>	<b>34,6</b>
Astma	2,3	2,9	2,6	4,9	8,9	5,6
Gruźlica	0,3	0,3	0,3	1,3	1,0	1,2
Inne przewlekłe choroby płuc np. POChP	0,6	0,4	0,5	1,6	2,6	1,8
<b>Jakiegokolwiek dolegliwości oddechowe</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>	<b>3,2</b>	<b>7,3</b>	<b>11,4</b>	<b>8,0</b>
<b>Cukrzyca lub wysoki poziom cukru</b>	<b>3,3</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,3</b>	<b>7,8</b>
<b>Wrzody żołądka lub jelit</b>	<b>3,7</b>	<b>2,7</b>	<b>3,2</b>	<b>9,7</b>	<b>7,8</b>	<b>9,4</b>
<b>HIV lub AIDS</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>
<b>Epilepsja lub napady drgawkowe</b>	<b>0,8</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>12,4</b>	<b>6,7</b>	<b>11,4</b>
<b>Nowotwór</b>	<b>0,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,2</b>	<b>2,1</b>	<b>6,3</b>	<b>2,8</b>
<b>Jakakolwiek choroba przewlekła</b>	<b>39,9</b>	<b>47,8</b>	<b>43,9</b>	<b>77,7</b>	<b>84,5</b>	<b>78,9</b>
<b>Jedna</b>	<b>21,1</b>	<b>23,6</b>	<b>22,4</b>	<b>25,8</b>	<b>26,4</b>	<b>25,9</b>
<b>Dwie</b>	<b>10,2</b>	<b>13,2</b>	<b>11,7</b>	<b>24,4</b>	<b>26,9</b>	<b>24,8</b>
<b>Trzy i więcej</b>	<b>8,7</b>	<b>10,9</b>	<b>9,8</b>	<b>27,6</b>	<b>31,0</b>	<b>28,2</b>

Stan zdrowia pacjentów leczonych z powodu zaburzeń alkoholowych jest dużo gorszy w porównaniu z populacją generalną. W przypadku zdecydowanej większości chorób przewlekłych ich rozpowszechnienie jest wśród pacjentów dwu- a nawet trzykrotnie wyższe. Jakiegokolwiek przewlekłe zaburzenia somatyczne potwierdziło prawie 80% pacjentów wobec 44% respondentów w populacji generalnej (EZOP). Dolegliwości bólowe odczuwała ponad połowa pacjentów wobec 30% w populacji generalnej, przy czym tylko na reumatyzm lub artretyzm uskarżało się nieistotnie więcej respondentów z badania EZOP (7,5% vs 5,0%). Jakiegokolwiek dolegliwości sercowo-naczyniowe odczuwało dwa razy więcej pacjentów (10%), nadciśnienie – jedna trzecia tzn. prawie trzy razy więcej pacjentów niż ludzi w populacji generalnej. Podobne różnice odnoszą się do rozpowszechnienia takich chorób jak dolegliwości oddechowe (8% pacjentów vs 3% w populacji), cukrzyca (8% pacjentów vs 3,7%), wrzody żołądka (9% pacjentów vs 3,2%) oraz choroby nowotworowe (2,8% pacjentów vs 1,2%). Ogromna rozpiętość pojawia się przy epilepsji lub napadach drgawkowych, które potwierdza ponad 11% pacjentów w porównaniu do 1,2% respondentów z populacji generalnej. Mimo stosunkowo niskiego rozpowszechnienia gruźlicę spotyka się wśród pacjentów czterokrotnie częściej (1,2% vs 0,3%). Warto podkreślić, że trzy lub więcej chorób potwierdziło niecałe 10% respondentów w populacji generalnej i prawie 30% wśród pacjentów.

W kolejnej tabeli porównaliśmy rozpowszechnienie wśród pacjentów przewlekłych chorób somatycznych kiedykolwiek w życiu z ich rozpowszechnieniem w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Niewielkie różnice w rozpowszechnieniu chorób kiedykolwiek w życiu w porównaniu z poprzednią tabelą wiążą się z dodaniem w badaniu nt. współchorobowości kategorii „choroby trzustki lub wątroby” oraz ogólnej kategorii „choroby układu pokarmowego”. Ponadto dane z tabeli 2 obejmują pacjentów w wieku 18 lat i więcej, podczas gdy w poprzedniej tabeli – ze względu na porównywalność danych - respondentów w wieku 18-64 lata.

Tab. 2. Rozpowszechnienie przewlekłych chorób somatycznych kiedykolwiek w życiu i w ciągu ostatnich 12 miesięcy (wiek 18+)

Przewlekła choroba somatyczna	Kiedykolwiek w życiu %			W ostatnich 12 m-cach %		
	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
<b>Artretyzm lub reumatyzm</b>	5,1	9,3	5,8	2,8	4,4	3,1
Bóle kręgosłupa, również odcinka szyjnego i lędźwiowego	33,6	39,3	34,6	19,9	24,8	20,7
Częste lub silne bóle głowy	19,4	31,1	21,4	11,0	19,9	12,5
Inne przewlekłe bóle	17,2	16,0	17,0	13,1	13,1	13,1
<b>Jakiegokolwiek dolegliwości bólowe</b>	52,2	62,6	54,0	33,2	41,1	34,6
<b>Alergie sezonowe, np. katar sienny</b>	18,6	22,8	19,3	10,6	17,5	11,8
Udar lub wylew	2,2	0,5	1,9	0,9	0,5	0,8
Atak serca	3,3	1,5	3,0	1,4	1,0	1,3
Choroba serca lub choroba wieńcowa	8,4	7,8	8,3	4,3	5,3	4,5
<b>Jakiegokolwiek dolegliwości sercowo-naczyniowe</b>	12,0	8,3	11,4	6,2	5,8	6,1
<b>Nadciśnienie</b>	35,5	34,6	35,3	27,4	30,6	27,9
Astma	5,2	9,8	6,0	2,4	7,3	3,2
Gruźlica	1,7	1,0	1,6	0,0	0,0	0,0
Inne przewlekłe choroby płuc np. POChP	2,1	2,9	2,2	1,6	2,9	1,8
<b>Jakiegokolwiek dolegliwości oddechowe</b>	8,3	12,1	8,9	3,7	8,3	4,5
<b>Cukrzyca lub wysoki poziom cukru</b>	8,4	8,3	8,4	6,8	7,3	6,9
<b>Epilepsja lub napady drgawkowe</b>	12,0	6,3	11,0	7,5	5,3	7,1
<b>Nowotwór</b>	2,9	5,9	3,4			
Choroby trzustki lub wątroby	22,1	25,0	22,6	12,4	14,1	12,7
Wrzody żołądka lub jelit	10,0	7,4	9,6	3,0	2,4	2,9
<b>Choroby układu pokarmowego</b>	29,1	30,1	29,2	14,3	16,5	14,7
<b>Inne</b>	26,5	32,2	27,5	18,1	21,8	18,7
Jakiegokolwiek choroba przewlekła	83,7	91,7	85,1	63,5	77,1	65,8

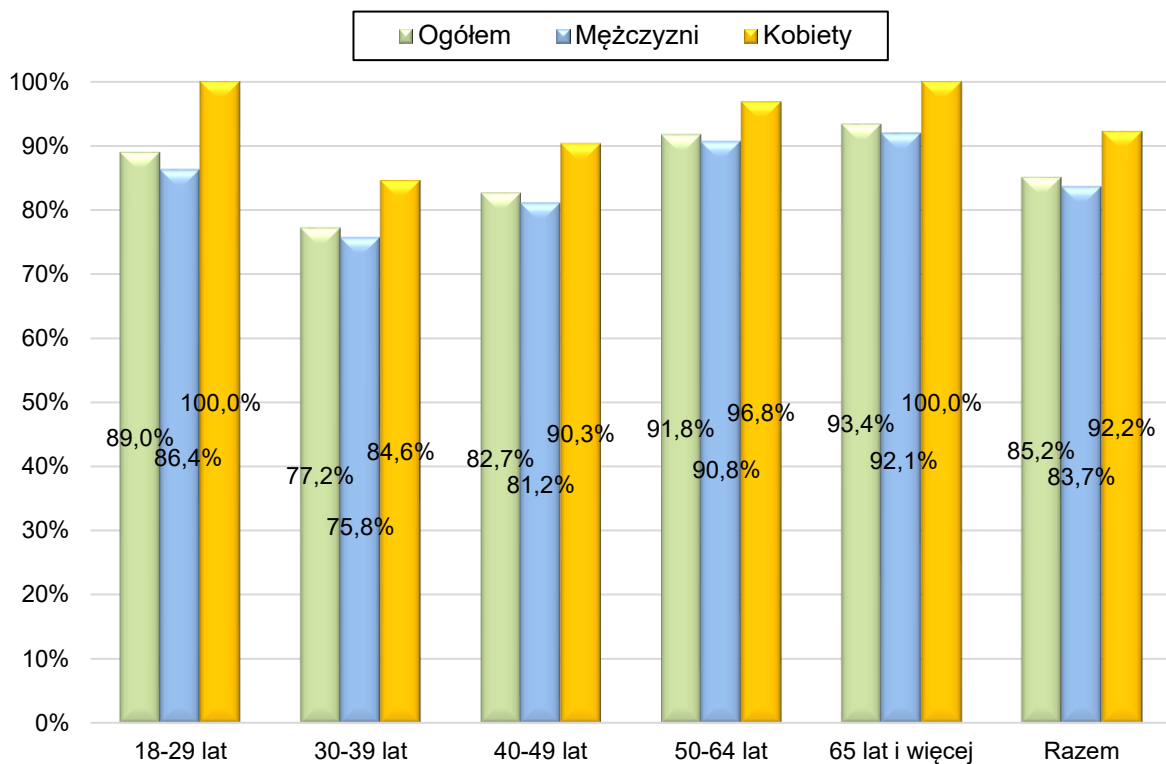
Dodanie w badaniu współchorobowości chorób trzustki lub wątroby podniosło rozpowszechnienie jakiegokolwiek chorób przewlekłych o mniej więcej siedem punktów procentowych w wymiarze całego życia i przekroczyło 80% wśród mężczyzn i 90% wśród kobiet. W ciągu ostatnich 12 miesięcy przewlekłe problemy zdrowia somatycznego potwierdziło dwie trzecie pacjentów – 64% mężczyzn i 77% kobiet. Najbardziej rozpowszechnione problemy to dolegliwości bólowe, na które cierpi aktualnie jedna trzecia pacjentów a których kiedykolwiek w życiu doświadczała ponad połowa pacjentów.

Nadciśnienie w ciągu ostatnich 12 miesięcy potwierdza 28% pacjentów, inne choroby układu

sercowo naczyniowego – 6% a choroby układu pokarmowego blisko 15%, przy czym wśród tych ostatnich dominują choroby wątroby i trzustki. Co ósmy pacjent (11,8%) uskarża się na alergię.

Jak pokazuje rycina 1 przewlekłe dolegliwości zdrowia somatycznego nie narastają wraz z wiekiem, ale pojawiają się u blisko 90% pacjentów już w najmłodszej grupie wieku – 18-29 lat; wśród pacjentek już w tym wieku wszystkie cierpią przynajmniej na jedno z chronicznych zaburzeń somatycznych.

Ryc. 1. Rozpowszechnienie przewlekłych dolegliwości somatycznych według wieku (przynajmniej jedna dolegliwość)



Zwraca też uwagę znaczna uporczywość dolegliwości, na które uskarżają się pacjenci tzn. odsetek pacjentów, którzy mają dane dolegliwości wśród tych, którzy kiedykolwiek w życiu ich doświadczali.

Tab. 3. Uporczywość – odsetek pacjentów, którzy mają dane dolegliwości wśród tych, którzy kiedykolwiek w życiu ich doświadczali

Przewlekła choroba somatyczna	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
<b>Artretyzm lub reumatyzm</b>	54,6	47,1	52,6
Bóle kręgosłupa, również odcinka szyjnego i lędźwiowego	59,1	63,0	59,9
Częste lub silne bóle głowy	56,5	64,1	58,4
Inne przewlekłe bóle	76,2	81,8	77,1
<b>Jakiegolwiek dolegliwości bólowe</b>	63,7	65,6	64,1
<b>Alergie sezonowe, np. katar sienny</b>	56,9	76,6	60,8
Udar lub wylew	40,8	100,0	43,4
Atak serca	42,3	66,7	44,3
Choroba serca	51,2	68,4	54,0
<b>Jakiegolwiek dolegliwości sercowo-naczyniowe</b>	51,6	70,2	53,9
<b>Nadciśnienie</b>	77,2	88,3	79,0
Astma	46,1	74,6	54,0
Gruźlica	0,0	0,0	0,0
Inne przewlekłe choroby płuc np. POChP	76,1	100,0	81,4
<b>Jakiegolwiek dolegliwości oddechowe</b>	44,5	68,0	50,0
<b>Cukrzyca lub wysoki poziom cukru</b>	80,5	87,8	81,8
<b>Epilepsja lub napady drgawkowe</b>	62,4	84,6	64,6
Choroby trzustki lub wątroby	56,1	56,6	56,2
Wrzody żołądka lub jelit	29,9	32,8	30,3
<b>Choroby układu pokarmowego</b>	49,2	54,8	50,2
<b>Inne</b>	68,2	67,9	68,2
Jakakolwiek choroba przewlekła	75,9	84,0	77,4

Przy większości przewlekłych zaburzeń zdrowia somatycznego ich uporczywość przekracza 50%, często sięgając 70-80%. Do wyjątków należy gruźlica, którą miało wcześniej kilkunastu pacjentów, ale której nie odnotowano w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Może to świadczyć o wysokiej wyleczalności gruźlicy w Polsce, ale także może to być skutkiem polityki odrzucania z lecznictwa ludzi cierpiących na choroby zakaźne. Niską uporczywość – 30% mają też choroby wrzodowe układu pokarmowego.

Najwyższe wskaźniki uporczywości stwierdzono dla cukrzycy (82%), przy przewlekłych chorobach płuc (81%), nadciśnieniu (79%). Dużą, bo przekraczającą 60% uporczywością charakteryzują się dolegliwości bólowe oraz epilepsja lub napady drgawkowe.

W przypadku prawie wszystkich jednostek chorobowych wśród pacjentów ich uporczywość jest większa u kobiet, podobnie zresztą jak ich rozpowszechnienie.

Przy analizie uporczywości nie uwzględniono nowotworów, ponieważ w kwestionariuszu pytano bardziej szczegółowo o aktualny status choroby. Zapytano mianowicie, czy pacjent jest aktualnie w trakcie leczenia, w okresie poprawy czy też jest całkowicie wyleczony.

Przy analizie wyników warto pamiętać, że chorobę nowotworową potwierdziło w populacji generalnej w badaniu EZOP nieco ponad 1% badanych, podczas gdy w badaniu współchorobowości – 3% pacjentów. W obu badaniach rozpowszechnienie potwierdzonych nowotworów jest u kobiet dwukrotnie wyższe.

Tab. 4. Porównanie statusu chorób nowotworowych wśród pacjentów i w populacji generalnej (wiek 18-64)

Status chorób nowotworowych	Populacja generalna			Pacjenci OTUA		
	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
W trakcie leczenia	40,6	31,5	33,9	23,8	25,0	24,2
W okresie poprawy	6,3	9,8	8,9	33,3	25,0	30,3
Całkowite wyleczenie	50,0	57,6	55,6	28,6	50,0	36,4
Nie wiem/odmowa	3,1	1,1	1,6	14,3	0,0	9,1

Spośród respondentów potwierdzających chorobę nowotworową w populacji generalnej około jednej trzeciej było w trakcie leczenia, prawie 9% czuło poprawę a o całkowitym wyleczeniu mówiła ponad połowa respondentów. Proporcje te były nieco inne w populacji pacjentów – leczyła się prawie jedna czwarta, w okresie poprawy było 30% a całkowite wyleczenie potwierdziła połowa kobiet i niecałe 30% mężczyzn. Współczynnik całkowitego wyleczenia był wśród pacjentów – mężczyzn prawie dwukrotnie mniejszy niż dla mężczyzn w populacji generalnej. U pacjentów mężczyzn do najczęstszych należały nowotwory narządów płciowych (rak prostaty, nasieniowodów, jądra), nowotwory układu pokarmowego (pojedyncze przypadki raka jamy ustnej, krtani, przełyku, poprzez żołądek do jelita grubego) oraz rak płuc. U kobiet dominowały nowotwory narządów rodnych stanowiące połowę wszystkich stwierdzonych przypadków nowotworów oraz rak piersi.

Ważnym aspektem zdrowia somatycznego są wypadki i zatrucia. Pytanie na ten temat znalazło się w kwestionariuszu EZOP oraz w opisywanym badaniu współchorobowości pacjentów OTUA. Pytaliśmy o wypadki w ciągu ostatnich 12 miesięcy, których skutki

wymagały pomocy medycznej. W populacji generalnej wypadki takie potwierdziło niecałe 3% badanych, podczas gdy wśród pacjentów dziesięciokrotnie więcej - około 30%, podobnie u mężczyzn i kobiet. Co ciekawe, zarówno u mężczyzn jak i u kobiet około jednej trzeciej pacjentów miało takie wypadki częściej niż jeden raz w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie.

Tab. 5. Porównanie rozpowszechnienia wypadków w populacji generalnej oraz wśród pacjentów (wiek 18-64)

Udział w wypadku	Populacja generalna			Pacjenci OTUA		
	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
TAK	3,6	2,2	2,9	27,5	30,1	27,9
NIE	96,4	97,8	97,1	72,5	69,9	72,1

Najczęściej, w przypadku 20-30% wypadków, ich konsekwencją były złamania lub przemieszczenie kości, urazy głowy, siniaki lub krwawienie wewnętrzne, rany cięte, klute lub szarpane. Proporcje tych urazów były podobne dla mężczyzn i kobiet, z wyjątkiem siniaków lub krwawienia wewnętrznego, które były częstsze u kobiet i nierzadko wiązały się z ciężkim pobiciem. Zatrucia stanowiły ok. 40% wypadków u kobiet i dwa razy mniej u mężczyzn.

Prawie połowa wypadków miała miejsce w domu pacjenta, jedna czwarta w miejscach publicznych, takich jak ulice, place, budynki użyteczności publicznej. Mniej niż 10% to wypadki w cudzym domu oraz kolejne 8-10% osób potwierdziło wypadki w miejscu pracy.

## Podsumowanie

Nasze badania potwierdziły wyniki badań prowadzonych na całym świecie, że stan zdrowia somatycznego pacjentów leczonych z powodu zaburzeń alkoholowych jest dużo gorszy w porównaniu z populacją generalną (Schoepf i wsp. 2015, Morandi i wsp 2016).

W przypadku zdecydowanej większości chorób przewlekłych ich rozpowszechnienie jest wśród pacjentów dwu- a nawet trzykrotnie wyższe. Jakikolwiek przewlekłe zaburzenia somatyczne potwierdziło prawie 80% pacjentów wobec 44% respondentów w populacji generalnej (EZOP). Trzy lub więcej choroby przewlekłe ma za sobą prawie 30% pacjentów i niecałe 10% osób w populacji generalnej.

Najbardziej rozpowszechnione choroby przewlekłe to różnego rodzaju dolegliwości bólowe, w tym bóle kręgosłupa, częste lub silne bóle głowy, których doświadczała kiedykolwiek w życiu ponad połowa pacjentów, na nadciśnienie tętnicze skarży się ponad jedna trzecia pacjentów, choroby układu pokarmowego (30%), w tym głównie choroby wątroby lub trzustki, blisko 20% potwierdza alergie, co dziewiąty pacjent ma za sobą napady epileptyczne lub drgawkowe, dolegliwości oddechowe (9%), w tym przede wszystkim astma, cukrzyca – 8%. Dla większości chorób somatycznych ich rozpowszechnienie jest nieco większe wśród kobiet, chociaż różnice nie są duże, w granicach kilku punktów procentowych. Tylko w przypadku chorób nowotworowych różnica ta jest wyraźna; potwierdza je 6% kobiet w porównaniu do 3% mężczyzn. U kobiet nowotwory obejmują przede wszystkim narządy układu rodnego oraz nowotwory piersi; u mężczyzn najczęstsze są nowotwory układu pokarmowego. Leczenie chorób nowotworowych daje u pacjentów-mężczyzn gorsze wyniki; tylko niecałe 30% z nich czuje się całkowicie wyleczona, podczas gdy w populacji generalnej ten wskaźnik wynosi 50%.

Dolegliwości te charakteryzuje wysoka uporczywość. Jakiegokolwiek dolegliwości chroniczne w ciągu ostatnich 12 miesięcy potwierdza dwie trzecie pacjentów. Najwyższe wskaźniki uporczywości stwierdzono dla cukrzycy (82%), przy przewlekłych chorobach płuc (81%), nadciśnieniu (79%). Dużą, bo przekraczającą 60% uporczywością charakteryzują się dolegliwości bólowe oraz epilepsja lub napady drgawkowe.

Na stan zdrowia somatycznego duży wpływ mają też wypadki, urazy i zatrucia, których ofiarą w ciągu ostatnich 12 miesięcy było 29% pacjentów, podczas gdy odpowiedni wskaźnik w populacji generalnej był dziesięciokrotnie mniejszy (2,9%).

Oszacowania rozpowszechnienia współchorobowości somatycznej z naszych badań są kilkakrotnie wyższe od wcześniejszych badań prowadzonych w Polsce na podstawie dokumentacji medycznej (Rinn i wsp. 2022). Różnica ta wynika nie tylko z odmiennej metodologii badań, ale przede wszystkim sugeruje, że kwestia współchorobowości somatycznej nie zajmuje w terapii uzależnienia od alkoholu należytego miejsca.

## Przypisy

Arora, M., ElSayed, A., Beger, B., Naidoo, P., Shilton, T., Jain, N., Armstrong-Walenczak, K., Mwangi, J., Wang, Y., Eiselé, J.-L., Pinto, F. J., & Champagne, B. M. (2022). The impact of alcohol consumption on cardiovascular health: Myths and measures. *Global Heart, 17*(1), 45. <https://doi.org/10.5334/gh.1132>

Baker, J. F., England, B. R., Mikuls, T. R., Hsu, J. Y., George, M. D., Pedro, S., Sayles, H., & Michaud, K. (2020). Changes in alcohol use and associations with disease activity, health status, and mortality in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research (Hoboken), 72*(3), 301–308. <https://doi.org/10.1002/acr.23847>

Bellis, M. A., Hughes, K., Nicholls, J., Sheron, N., Gilmore, I., & Jones, L. (2016). The alcohol harm paradox: Using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC Public Health, 16*, 111. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2766-x>

Downer, M. K., Kenfield, S. A., Stampfer, M. J., Wilson, K. M., Dickerman, B. A., Giovannucci, E. L., Rimm, E. B., Wang, M., Mucci, L. A., Willett, W. C., Chan, J. M., & Van Blarigan, E. L. (2019). Alcohol intake and risk of lethal prostate cancer in the Health Professionals Follow-Up Study. *Journal of Clinical Oncology, 37*(17), 1499–1511. <https://doi.org/10.1200/JCO.18.02462>

Garrido-Esteba, M., Herruzo, R., & Flores-Herrera, J. (2022). Co-infections, comorbidities, and alcohol or other substances abuses in chronic hepatitis C-related hospitalizations in Spain. *Gastroenterología y Hepatología, 45*(9). <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.01.002>

Jepsen, P., Lash, T. L., & Vilstrup, H. (2016). The clinical course of alcoholic cirrhosis: Development of comorbid diseases. A Danish nationwide cohort study. *Liver International, 36*(11), 1696–1703. <https://doi.org/10.1111/liv.13151>

Lasebikan, V. O., & Ige, O. M. (2020). Alcohol use disorders in multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) patients and their non-tuberculosis family contacts in Nigeria. *Pan African Medical Journal, 36*, 321. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.321.17118>

Laszkowska, M., Rodriguez, S., Kim, J., & Hur, C. (2021). Heavy alcohol use is associated with gastric cancer: Analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey from 1999 to 2010. *American Journal of Gastroenterology, 116*(5), 1083–1086. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001166>

- Leong, C., Bolton, J. M., Ekuma, O., Prior, H. J., Singal, D., Nepon, J., Konrad, G., Paillé, M., Finlayson, G., & Nickel, N. (2022). Association of alcohol use disorder on alcohol-related cancers, diabetes, ischemic heart disease, and death: A population-based, matched cohort study. *Addiction, 117*(2), 368–381. <https://doi.org/10.1111/add.15646>
- Lowry, S. J., Kapphahn, K., Chlebowski, R., & Li, C. I. (2016). Alcohol use and breast cancer survival among participants in the Women's Health Initiative. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 25*(8), 1268–1273. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-16-0151>
- Lucey, M. R. (2019). Alcohol-associated cirrhosis. *Clinics in Liver Disease, 23*(1), 115–126. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2018.09.013>
- Manicone, P. F., Tarli, C., Mirijello, A., Raffaelli, L., Vassallo, G. A., Antonelli, M., Rando, M. M., Mosoni, C., Cossari, A., Lavorgna, L., Caputo, F., D'Addona, A., Gasbarrini, A., & Addolorato, G. (2017). Dental health in patients affected by alcohol use disorders: A cross-sectional study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 21*(22), 5021–5027. [https://doi.org/10.26355/eurrev\\_201711\\_13811](https://doi.org/10.26355/eurrev_201711_13811)
- Morandi, G., Tomas, E. P., & Pirani, M. (2016). Mortality risk in alcoholic patients in Northern Italy: Comorbidity and treatment retention effects in a 30-year follow-up study. *Analytical, Environmental & Forensic Sciences*.
- Plokhikh, V., Duka, M., Cassidy, L., Chen, C.-Y., Malakyan, K., Isaakidis, P., Donchuk, D., Truzyan, N., Reid, A., Siomak, O., Pogrebna, M., & Lytvynenko, N. (2021). Mental health interventions for rifampicin-resistant tuberculosis patients with alcohol use disorders, Zhytomyr, Ukraine. *Journal of Infection in Developing Countries, 15*(9.1), 25S–33S. <https://doi.org/10.3855/jidc.13827>
- Priyanka, K., Sudhir, K. M., Reddy, V. C. S., Kumar, R. K., & Srinivasulu, G. (2017). Impact of alcohol dependency on oral health - A cross-sectional comparative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 11*(6), ZC43–ZC46. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/26380.10058>
- Ravat, V., Ajibawo, T., Parvataneni, T., Pereira, K. N., Yen, T. Y., & Patel, R. S. (2020). National trends of arrhythmia hospitalizations and comorbid alcohol use disorders in the United States. *Cureus, 12*(6), e8835. <https://doi.org/10.7759/cureus.8835>
- Rehm, J. (2011). The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Research & Health, 34*(2), 135–143. <https://doi.org/10.1037/e638842013-001>

Ring, M. K., Berent, D., Karwat, R., Pietras, T., & Bieńkowski, P. (2021). Somatic comorbidities of inpatients receiving treatment for alcohol withdrawal syndrome on a psychiatric ward and their relation to delirium tremens. *Postępy Psychiatrii I Neurologii*, *30*, 219–230. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.111918>

Romaszko, J., Kuchta, R., Opalach, C., Bertrand-Bucińska, A., Romaszko, A. M., Giergielewicz-Januszko, B., & Buciński, A. (2017). Socioeconomic characteristics, health risk factors, and alcohol consumption among the homeless in the north-eastern part of Poland. *Central European Journal of Public Health*, *25*(1), 29–34. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4464>

Sawada, N., Inoue, M., Iwasaki, M., Sasazuki, S., Yamaji, T., Shimazu, T., & Tsugane, S. (2014). Alcohol and smoking and subsequent risk of prostate cancer in Japanese men: The Japan Public Health Center-based prospective study. *International Journal of Cancer*, *134*(4), 971–978. <https://doi.org/10.1002/ijc.28423>

Shin, A., Sandin, S., Lof, M., Margolis, K. L., Kim, K., Couto, E., Adami, H. O., & Weiderpass, E. (2015). Alcohol consumption, body mass index and breast cancer risk by hormone receptor status: Women's Lifestyle and Health Study. *BMC Cancer*, *15*, 881. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1896-3>

Simet, S. M., & Sisson, J. H. (2015). Alcohol's effects on lung health and immunity. *Alcohol Research*, *37*(2), 199–208. PMID: 26695745; PMCID: PMC4590617.

Singh, J. A. (2022). Epidemiology and outcomes of alcohol use hospitalizations in people with gout, rheumatoid arthritis, fibromyalgia, osteoarthritis, or low back pain: A national US study. *Journal of Clinical Rheumatology*, *28*(2), e375–e380. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001731>

Zhong, L., Chen, W., Wang, T., Zeng, Q., Lai, L., Lai, J., Lin, J., & Tang, S. (2022). Alcohol and health outcomes: An umbrella review of meta-analyses based on prospective cohort studies. *Frontiers in Public Health*, *10*, 859947. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.859947>

## 7. UŻYWANIE INNYCH NIŻ ALKOHOL SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

*(Janusz Sierosławski)*

Jednym z zaburzeń współistniejącym niekiedy z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem alkoholu bywa problem narkotyków. W tym rozdziale eksplorację zjawiska rozpoczęto od oszacowania rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna w populacji osób leczonych z powodu problemu alkoholowego. Posłużono się dwoma wskaźnikami. Pierwszy to użycie danej substancji chociaż raz, kiedykolwiek w życiu. Wskaźnik ten ze względu na różne okresy obserwacji dla różnych respondentów, w dodatku w pełni zależny od ich wieku, należy traktować jako identyfikujący jakiejkolwiek doświadczenia z substancjami zaliczanymi do tej kategorii. Drugi wskaźnik to używanie danej substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed podjęciem aktualnego leczenia. Stały i nieodległy okres obserwacji ograniczony do stosunkowo krótkiego przedziału czasowego pozwala przyjąć go za wskaźnik aktualnego, okazjonalnego używania. W badaniach populacji generalnej zwykle pyta się o ostatnie 12 miesięcy przed badaniem. W naszym przypadku trzeba było przyjąć za cezurę czasową moment podjęcia leczenia, bowiem prawdopodobieństwo sięgania po narkotyki w trakcie leczenia w placówce stacjonarnej jest minimalne, a czas pobytu respondentów w placówce przed naszym badaniem był zróżnicowany.

Jakikolwiek środek psychoaktywny inny niż alkohol lub nikotyna w czasie całego życia przyjęło 52,0% badanych, zaś do grona aktualnych użytkowników zalicza się 24,5% pacjentów z problemem alkoholowym.

Dane na temat używania poszczególnych typów substancji kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed leczeniem zestawiono w tabeli 1.

Substancjami pojawiającymi się najczęściej w deklaracjach używania kiedykolwiek w życiu były marihuana i haszysz (47,5%), a następnie substancje stymulujące, głównie syntetyczne takie jak np. amfetamina (30,9%), kokaina (17,0%), halucynogeny (15,5%), syntetyczne katynony np. Mefedron (13,8%), środki uspokajające, nasenne, przeciw lękowe syntetyczne zażywane niezgodnie z zaleceniem lekarza (7,5%), nowe substancje psychoaktywne, tzw. dopalacze, inne niż katynony lub kanabinoidy (7,4%), środki wziewne (5,6%). Inne substancje pojawiają się rzadziej. Żadna z nich nie osiągnęła progu 5%.

Podobnie, przynajmniej, jeśli chodzi o czołówkę, przedstawia się ranking substancji używanych aktualnie. Tu również na pierwszym miejscu lokują się przetwory konopi (17,5%), a na kolejnych miejscach: substancje stymulujące (14,3%), katynony, np. Mefedron (7,3%), środki uspokajające, nasenne, przeciw lękowe syntetyczne (5,1%), kokaina (5,1%).

Tab. 1. Używanie substancji psychoaktywnych przez pacjentów leczonych z powodu problemu alkoholowego kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed aktualnym leczeniem (odsetki badanych)

Typy substancji	Kiedykolwiek w życiu %	W czasie ostatnich 12 miesięcy przed leczeniem %
Substancje stymulujące	30,9	14,3
Kokaina	17,0	5,1
Heroina lub inne opioidy	4,5	1,2
Halucynogeny	15,5	3,2
Środki dysocjacyjne	1,6	0,4
Środki wziewne	5,6	0,3
Marihuana lub haszysz	47,5	17,5
Środki uspokajające, nasenne, przeciw lękowe	7,5	5,1
Syntetyczne kanabinoidy	2,1	0,6
Syntetyczne katynony, np. Mefedron	13,8	7,3
Inne nowe substancje psychoaktywne tzw. dopalacze	7,4	1,3
Inne substancje	2,6	1,1
Jakakolwiek inna substancja psychoaktywna (bez alkoholu i tytoniu)	52,0	24,5

Każdy z respondentów, zarówno w czasie swojego dotychczasowego życia, jak i w ciągu ostatnich 12 miesięcy mógł używać jednego środka lub wielu z nich. W tabeli 2 zawarto dane na temat liczby typów substancji używanych przez respondentów w każdym z tych horyzontów czasowych.

Najliczniejszą kategorię stanowią badani, którzy używali tylko środka jednego typu. W przypadku używania w czasie całego życia stanowią oni 17,1% badanych, zaś w przypadku aktualnego używania – 9,8%. W miarę wzrostu liczby używanych środków odsetki maleją, zarówno, gdy w grę wchodzi używanie kiedykolwiek w życiu, jak i używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy przed leczeniem.

Tab. 2. Rozkład liczb typów substancji psychoaktywnych używanych przez pacjentów leczonych z powodu problemu alkoholowego kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed aktualnym leczeniem (odsetki badanych)

Liczba typów substancji	Kiedykolwiek w życiu %	W czasie ostatnich 12 miesięcy przed leczeniem %
0 – nie używał	48,0	75,5
1	17,1	9,8
2	10,2	5,6
3	7,8	4,7
4	4,9	2,0
5	4,8	1,4
6	3,1	0,7
7	1,8	0,3
8	1,2	0,0
9	0,5	0,1
10	0,3	0,0

Zarówno jakiegokolwiek doświadczenia zebrane w trakcie całego życia jak i aktualne używanie substancji deklarowane są częściej przez mężczyzn niż przez kobiety (tabela 3).

Oba wskaźniki są silnie zróżnicowane ze względu na wiek. Odsetki używających zmniejszają się wraz z przechodzeniem do starszych kategorii wiekowych.

Stan cywilny wprowadza zróżnicowania, które mogą się wiązać z wiekiem. Najwyższy odsetek pacjentów z problemem narkotyków spotykamy wśród kawalerów i panien. Wysokie odsetki obserwujemy także w takich kategoriach stanu cywilnego, jak w stałym związku oraz rozwiedziony/rozwiedziona lub w separacji. Warto zauważyć iż osoby w sformalizowanym związku małżeńskim w znacznie niższym odsetku potwierdzają używanie substancji.

Tab. 3. Odsetki badanych którzy używali jakiejkolwiek substancji kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed aktualnym leczeniem wśród pacjentów leczonych z powodu problemu alkoholowego

	Kiedykolwiek w życiu %	W czasie ostatnich 12 miesięcy przed leczeniem %
Ogółem	52,0	24,5
Płeć*		
mężczyźni	54,4	26,1
kobiety	40,0	17,1
Wiek*		
18-29 lat	85,5	68,7
30-39 lat	76,6	40,4
40-49 lat	56,2	23,5
50-64 lata	26,8	6,3
65 lat i więcej	14,7	3,9
Stan cywilny*		
żonaty/zamężna	38,3	14,5
w stałym związku	63,6	30,5
rozwidziony/rozwidziona, w separacji	51,8	18,9
wdowiec/wdowa	7,7	1,9
kawaler/panna	71,2	42,6
Wykształcenie*		
gimnazjum lub niższe	52,6	28,8
zasadnicze zawodowe	41,6	17,0
średnie	62,0	32,1
wyższe	51,6	18,5
Wielkość miejscowości zamieszkania*		
wieś	42,8	19,2
miasto do 50 tys. mieszkańców	54,8	27,1
miasto powyżej 50 do 200 tys. mieszkańców	57,4	28,4
miasto powyżej 200 tys. mieszkańców	65,9	30,1

\*p<0,05

Użytkownicy substancji, zarówno aktualni, jak ci, którzy sięgali po nie kiedykolwiek, koncentrują się w dwóch kategoriach wykształcenia – średnie oraz gimnazjum lub niższe.

Źródłem zróżnicowania jest wielkość miejscowości zamieszkania. Problem dotyczy w zasadzie miast, na wsi występuje w mniejszym nasileniu. W miastach odnotować trzeba rosnący odsetek użytkowników w miarę przechodzenia do coraz to większych miast.

W tabeli 4 zestawiono częstotliwość używania poszczególnych typów substancji mierzona liczbą razy użycia w czasie ostatnich 12 miesięcy.

Tab. 4. Używanie substancji psychoaktywnych przez pacjentów leczonych z powodu problemu alkoholowego w czasie ostatnich 12 miesięcy przed aktualnym leczeniem (odsetki badanych)

Substancje	Nie	1-2 razy	3-5 razy	6-9 razy	10-19 razy	20-39 razy	40-79 razy	80-159 razy	160 + razy
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Substancje stymulujące	85,7	3,6	1,3	1,1	2,5	1,3	1,4	0,7	2,4
Kokaina	94,9	1,8	1,2	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,4
Heroina lub inne opioidy	98,8	0,4	0,1	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,1
Halucynogeny	96,8	0,9	1,2	0,4	0,5	0,2	0,0	0,1	0,0
Środki dysocjacyjne	99,6	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Środki wziewne	99,7	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Marihuana lub haszysz	82,5	4,0	2,8	1,8	2,2	1,5	1,6	1,2	2,5
Środki uspokajające, nasenne, przeciw lękowe	94,8	1,0	0,4	0,2	0,9	0,8	0,6	0,3	0,8
Syntetyczne kanabinoidy	99,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Syntetyczne katynony np. Mefedron	92,7	1,7	1,5	0,2	1,2	0,6	0,6	0,5	1,1
Inne nowe substancje psychoaktywne tzw. dopalacze	98,7	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1
Inne substancje	97,4	0,5	0,2	0,1	0,3	0,4	0,2	0,2	0,7

Ostatnia kategoria odpowiedzi (160 i więcej razy) odpowiadać może w pewnym przybliżeniu do codziennego lub prawie codziennego używania. Dane z tabeli sugerują, iż odsetki badanych mieszczących się w tej kategorii są bardzo niskie. W przypadku substancji

najbardziej rozpowszechnianych, czyli marihuany lub haszyszu (2,5%) oraz syntetycznych stymulantów (2,4%), nie osiągają nawet poziomu 3%.

W badaniu nie podjęto próby diagnozy tego zaburzenia, tak jak to było w przypadku innych współistniejących problemów zdrowotnych. Zamiast tego zapytano o to, czy u badanego kiedykolwiek zdiagnozowano takie zaburzenia. Wśród pacjentów leczonych z powodu problemu alkoholowego 7,2% miało kiedykolwiek w życiu postawioną przez lekarza taką diagnozę.

W tabeli 5 zestawiono rodzaje substancji wymienione przez badanych jako leżące u podstaw takiej diagnozy. Najczęściej występującą grupą środków są stymulanty. Dla ponad połowy badanych, którym postawiono kiedykolwiek wcześniej diagnozę zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, używanie właśnie stymulantów stało się powodem diagnozy (58,4%). Na drugim miejscu znalazły się przetwory konopi, czyli najczęściej marihuana lub haszysz (47,0%). Na kolejnych miejscach znajdujemy: syntetyczne katynony (23,2%), leki uspokajające, nasenne, przeciw lękowe (18,7%), kokainę (14,9%) oraz heroinę lub inne opioidy (13,6%). Inne substancje pojawiały się znacznie rzadziej.

Tab. 5. Substancje, których używanie zdaniem badanych stanowiło podstawę do diagnozy zaburzeń związanych z używaniem narkotyków

Substancje	Odsetek wśród badanych z diagnozą (%)
Substancje stymulujące: np. amfetamina, „speed”, crystal meth, „crank”, dexamfetamina	58,4
Kokaina	14,9
Heroina lub inne opioidy: np. heroina, morfina, Dilaudid, opium, Tramadol, metadon, kodeina, opioidowe leki przeciwbólne	13,6
Halucynogeny: np. LSD („acid”), meskalina, pejotl, psylocybina, STP, „grzybki”, 2CB, Ekstaza, MDA, MDMA	6,6
Środki Dysocjacyjne: np. PCP (Phencylidine, „Anielski Pył”, „Pigułka pokoju”, „Przytulenie”) lub ketamina („Special K”)	1,4
Wziewne: np. „klej”, ethyl chloride, „rush”, nitrous oxide („gaz rozweselający”), amyl lub butyl nitrate („poppers”)	3,7
Marihuana lub haszysz: np. marihuana, haszysz („hasz”), THC, „pot”, „trawa”, „weed”, „reefer”	47,0
Środki uspokajające, nasenne, przeciwłękowe: np. metaqualon, seconal („reds”), diazepam, alprazolam, chlordiazepoxyd, lorazepam, flurazepam, flunitrazepam, Halcion, barbiturany, meprobamat	18,7
Syntetyczne kanabinoidy	1,3
Syntetyczne katynony np. mefedron	23,2
Inne nowe substancje psychoaktywne tzw. dopalacze	6,1

W tabeli 6 zestawiono dane układające się w przeciętny profil społeczno-demograficzny pacjentów, u których diagnozie alkoholowej towarzyszyła diagnoza problemu narkotyków.

Profil ten w zasadzie nie różni się od wszystkich pacjentów leczonych z powodu zaburzeń „alkoholowych”. Spotykamy tu najczęściej osoby z dwóch kategorii schyłkowego wieku średniego: 40-49 lat oraz 50-64 lata. W pierwszej z tych kategorii mieści się 30,7% pacjentów, zaś w drugiej – 30,3%.

Tab. 6. Struktura społeczno-demograficzna pacjentów z diagnozą zaburzeń alkoholowych i współwystępującą diagnozą zaburzeń związanych z używaniem narkotyków

Cecha społeczno-demograficzna	Odsetek badanych %
<b>Wiek</b>	
18-29 lat	6,9
30-39 lat	25,9
40-49 lat	30,7
50-64 lata	30,3
65 lat i więcej	6,3
<b>Stan cywilny</b>	
żonaty/zamężna	35,4
w stałym związku	15,5
rozwidziony/rozwidziona, w separacji	18,9
wdowiec/wdowa	4,3
kawaler/panna	25,8
<b>Wykształcenie</b>	
gimnazjum lub niższe	15,9
zasadnicze zawodowe	34,6
średnie	36,4
wyższe	13,1
<b>Zatrudnienie</b>	
zatrudniony	35,8
niezatrudniony	62,4
<b>Wielkość miejscowości zamieszkania*</b>	
wieś	42,4
miasto do 50 tys. mieszkańców	17,5
miasto powyżej 50 do 200 tys. mieszkańców	25,8
miasto powyżej 200 tys. mieszkańców	14,4

Większość pacjentów to osoby pozostające w stałym związku, w tym w małżeństwie. Liczną kategorią są rozwiedzeni, co w przypadku osób uzależnionych jest często spotykane. Jedna czwarta pacjentów z tym zaburzeniami to kawalerowie lub panny. Rozkład wykształcenia pacjentów jest również podobny do wszystkich pacjentów. Dwie najliczniejsze kategorie to zasadnicze zawodowe oraz średnie. Większość osób nie jest zatrudnionych (62,4%).

Najliczniejszą kategorią wg miejsca zamieszkania okazali się mieszkańcy wsi (42,4%). W dużych miastach liczących co najmniej 200 tys. mieszkańców ulokowanych jest 14,4% pacjentów.

W tabeli 7 zawarto informację o odsetkach pacjentów z podwójną diagnozą – alkoholowo-narkotykową w poszczególnych kategoriach społeczno-demograficznych. Osoby z takim zestawem diagnoz spotykamy częściej wśród osób młodszych, tj. do 39 roku życia. Osoby starsze znacznie rzadziej łączą swoje załterowania alkoholem z narkotykami.

Stan cywilny wprowadza różnicowania, które mogą się wiązać z wiekiem. Najwyższy odsetek pacjentów z problemem narkotyków spotykamy wśród kawalerów i panien.

Pacjenci koncentrują się w dwóch kategoriach wykształcenia – gimnazjum i niższe (9,9%) oraz średnie (10,3%). Aktywność zawodowa nie jest źródłem różnicowania, natomiast jest nim wielkość miejscowości zamieszkania. Problem dotyczy w zasadzie miast, na wsi występuje w trzykrotnie mniejszym nasileniu.

Tab. 7. Odsetek badanych z diagnozą zaburzeń związanych z używaniem narkotyków wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń „alkoholowych”

Kategoria społeczno-demograficzna	Odsetki %
Ogółem	7,2
Płeć	
mężczyźni	7,4
kobiety	6,3
Wiek*	
18-29 lat	27,2
30-39 lat	11,3
40-49 lat	5,4
50-64 lata	1,9
65 lat i więcej	1,3
Stan cywilny*	
żonaty/zamężna	3,1
w stałym związku	9,7
rozwiedziony/rozwiedziona, w separacji	8,3
wdowiec/wdowa	3,8
kawaler/panna	11,0
Wykształcenie*	
gimnazjum lub niższe	9,9
zasadnicze zawodowe	3,1
średnie	10,3
wyższe	6,3
Zatrudnienie	
zatrudniony	6,7
niezatrudniony	7,5
Wielkość miejscowości zamieszkania*	
wieś	3,9
miasto do 50 tys. mieszkańców	9,1
miasto powyżej 50 do 200 tys. mieszkańców	9,4
miasto powyżej 200 tys. mieszkańców	10,4

Model regresji logistycznej wyjaśniający podwójną diagnozę, na którą składa się problem alkoholu i problem innych niż alkohol i tytoń substancji psychoaktywnych, uwzględnia cztery zmienne: wiek, stan cywilny, wykształcenie oraz wielkość miejscowości zamieszkania.

Tab. 8. Uwarunkowania diagnoz zaburzeń związanych z używaniem narkotyków wśród pacjentów leczonych z powodu problemu alkoholowego – model regresji logistycznej (przedział ufności 0,95)

	Iloraz szans	Poziom istotności	Granice przedziałów ufności	
			dolna	górną
<b>Wiek</b>		<b>0,000</b>		
18-29 lat	34,935	<b>0,000</b>	5,252	232,400
30-39 lat	9,774	<b>0,014</b>	1,579	60,522
40-49 lat	4,325	0,114	0,702	26,629
50-64 lat	1,216	0,839	0,184	8,034
65 lata i więcej (kat. ref.)	1,000			
<b>Stan cywilny</b>		<b>0,036</b>		
żonaty/zamężna (kat. ref.)	1,000			
w stałym związku	1,667	0,198	0,765	3,632
rozwódziona/na, w separacji	3,166	<b>0,003</b>	1,477	6,787
wdowiec/wdowa	3,857	0,106	0,751	19,813
kawaler/panna	1,384	0,382	0,668	2,866
<b>Wykształcenie</b>		<b>0,027</b>		
gimnazjum lub niższe	1,329	0,528	0,548	3,223
zasadnicze zawodowe	0,602	0,267	0,246	1,475
średnie	1,633	0,206	0,764	3,488
wyższe (kat. ref.)	1,000			
<b>Wielkość miejscowości zamieszkania</b>		<b>0,005</b>		
wieś (kat. ref.)	1,000			
miasto do 50 tys. mieszkańców	2,758	<b>0,004</b>	1,379	5,518
miasto pow. 50 do 200 tys. mieszk.	2,627	<b>0,003</b>	1,397	4,943
miasto pow. 200 tys. mieszk.	2,903	<b>0,004</b>	1,413	5,964

#### Dopasowanie modelu:

- 92,9% klasyfikacji poprawnych
- Nagelkerker  $R^2 = 0,210$

**Zmienne, które nie weszły do modelu:** płeć oraz aktywność zawodowa.

Jeśli za kategorię referencyjną, czyli tą, z którą porównuje się pozostałe kategorie, przyjmujemy osoby najstarsze, czyli w wieku 65 lat i więcej, to dopiero badani z kategorii wiekowej (30-39 lat) w sposób statystycznie istotny odznaczają się większym

prawdopodobieństwem znalezienia się w grupie pacjentów z podwójną diagnozą. Jednak największy skok ilorazu szans obserwujemy przy przejściu do kategorii wiekowej 18-29 lat. Oznacza to, iż pełnoletni pacjenci z problemem alkoholowym, którzy nie przekroczyli trzydziestki mają 35 razy większą szansę na znalezienie się w gronie pacjentów z podwójną diagnozą obejmującą także problem narkotyków niż osoby z najstarszej kategorii wiekowej, czyli 65 i więcej lat.

Jeśli za kategorię referencyjną przyjmimy osoby żonate lub zamężne, to jedynie osoby z kategorii rozwiedziony/na lub w separacji odróżniają się od pozostałych w sposób istotny statystycznie. W ich przypadku prawdopodobieństwo znalezienia się wśród osób z podwójną diagnozą jest ponad trzykrotnie wyższe niż w kategorii referencyjnej.

Wykształcenie, jako zmienna, wprowadza istotne zróżnicowanie jednak trudno wskazać konkretną kategorię, która odróżnia się w sposób istotny statystycznie.

Inaczej jest w przypadku wielkości miejscowości zamieszkania. Jeśli za kategorię referencyjną przyjąć osoby które mieszkają na wsi, to osoby mieszkające w miastach odznaczają się 2,5 razy większym prawdopodobieństwem uzyskania podwójnej diagnozy, łączącej problem alkoholu z problemem narkotyków.

Podsumowując: diagnozie zaburzeń związanych z używaniem narkotyków sprzyjają 4 cechy: młody wiek, status osoby rozwiedzionej lub w separacji, oraz zamieszkiwanie w mieście.

## 8. PALENIE TYTONIU (Katarzyna Dąbrowska, Łukasz Wieczorek)

### Wprowadzenie

Picie alkoholu i palenie często współwystępują u tych samych osób (Kohn, Tsoh i Weisner, 2003). Rozpowszechnienie palenia wśród osób nadużywających substancji psychoaktywnych jest od dwóch do trzech razy większe niż w populacji generalnej. Zaburzenia alkoholowe są dziesięciokrotnie bardziej rozpowszechnione wśród palaczy niż wśród osób niepalących (Marks, Hill i Pomerleau, 1997). Weinberger, Pacek i Giovenco (2019) przeanalizowali dane z publicznego portalu danych National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) (<http://datafiles.samhsa.gov/>) za lata 2002-2016. Używanie papierosów było ponad dwukrotnie częstsze wśród osób z AUD (zaburzeniem spowodowanym używaniem alkoholu, z ang. *Alcohol Use Disorder*) w porównaniu do osób bez AUD (37,8% vs. 16,3%).

Rozpowszechnienie palenia było najwyższe wśród osób z najbardziej nasilonym stopniem AUD (łagodny AUD 34,6%; umiarkowany AUD 35,3%; ciężki AUD 52,2%). Alkohol i papierosy są powszechnie używane razem, a wskaźniki rzucania palenia są niższe u osób z AUD w porównaniu z osobami bez AUD (Smith, Mazure i McKee, 2014; Weinberger, Gbedemah i Goodwin, 2017). Istnieje kilka przyczyn farmakologicznych, genetycznych i środowiskowych wysokiego poziomu współużywania i nie zaprzestawania palenia wśród osób z AUD (Adams, 2017; Roche, Yardley, i King, 2016). Na przykład alkohol zwiększa głód nikotynowy (Dermody i Hendershot, 2017; Verplaetse i McKee, 2017).

Nie zidentyfikowano polskich badań diagnozujących problem.

Celem tego rozdziału jest omówienie rozpowszechnienia i wzorów palenia u osób, które podjęły leczenie w całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu. Ponadto zostaną przedstawione wybrane charakterystyki pacjentów palących, palących w przeszłości i nigdy niepalących z uwzględnieniem doświadczanych przez nich problemów oraz podsumowanie doświadczeń związanych z próbami i metodami rzucania palenia.

## **Rozpowszechnienie palenia w populacji osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu w placówkach opieki całodobowej (OTUA)**

W badaniu respondentów zapytano: „Czy obecnie pali Pan/Pani tytoń lub papierosy elektroniczne zawierające nikotynę, jest Pan/Pani byłym/byłą palaczem/palaczką, czy też nigdy nie palił/paliła Pan/Pani?”. Osoby, które tylko kilka razy w życiu paliły, zakwalifikowano do kategorii nigdy niepalących. Rozkład odpowiedzi na to pytanie był podstawą do oszacowania liczby aktualnych palaczy, palących w przeszłości i nigdy niepalących.

Na podstawie uzyskanych wyników można oszacować, że aktualnie pali 73,2% osób leczonych. Nieco częściej deklarują palenie kobiety (75%) niż mężczyźni (73%). Blisko 11% paliło w przeszłości, a nigdy nie używało nikotyny 15,8%.

Na podstawie wyników badania „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań - EZOP II”, które zostało przeprowadzone na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski, oszacowano, że w populacji, która odpowiada strukturze socjo-demograficznej pacjentów lecznictwa uzależnień pali 30% osób, a nigdy nie paliło - 55% osób. W przeszłości używało nikotyny 15,2%. Mężczyzn używających nikotyny jest blisko dwukrotnie więcej niż kobiet.

Tab.1. Palenie tytoniu – rozpowszechnienie palenia według płci w podziale na aktualnie palących, palących w przeszłości i nigdy niepalących w populacji generalnej (badanie EZOP II) i wśród pacjentów OTUA (badanie Ocena stanu zdrowia somatycznego i psychicznego pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń związanych z alkoholem)

Palenie tytoniu	Populacja generalna			Pacjenci OTUA		
	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
Aktualnie palący	32,1	17,1	29,5	72,9	74,9	73,2
Palący w przeszłości	16,4	9,2	15,2	11,9	5,8	10,8
Nigdy nie palili	51,5	73,7	55,3	15,1	19,3	15,8
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pokazuje to, że w populacji osób leczonych palenie deklaruje blisko dwa i pół razy więcej osób niż w populacji. Inaczej niż w populacji generalnej, gdzie rozpowszechnienie palenia

jest dwa razy większe wśród mężczyzn, populację osób leczonych w leczeniu uzależnień wyróżnia zbliżony odsetek palących kobiet i mężczyzn.

**Wybrane zmienne społeczno-demograficzne, a rozpowszechnienie aktualnego palenia, palenia w przeszłości i nie palenia nigdy w życiu w populacji osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu**

*Wiek i płeć*

Wśród pacjentów, najrzadziej palą najstarsze osoby, powyżej 65 roku życia (53,9%). W tej grupie również najczęściej znalazły się osoby palące w przeszłości i nigdy niepalące (odpowiednio 23,4% i 23,7%). W przypadku mężczyzn rozpowszechnienie palenia jest największe w grupie wieku 18-29 lat (91%), zaś w przypadku kobiet największe rozpowszechnienie palenia obserwuje się w grupach wieku 18-29 i 30-39 lat (82,4% i 82,7%). Ogólnie, z wiekiem maleje odsetek osób palących, a rośnie osób palących w przeszłości.

Tab. 2. Rozpowszechnienie aktualnego palenia, palenia w przeszłości i niepalenia nigdy w życiu według płci i wieku

Płeć	Wiek	Aktualnie palący %	Palący w przeszłości %	Nigdy nie palili %	Ogółem %
Mężczyźni	18-29 lat	91,0	3,0	6,0	100,0
	30-39 lat	80,7	6,9	12,4	100,0
	40-49 lat	70,8	13,0	16,2	100,0
	50-64 lat	69,4	14,3	16,3	100,0
	65 lat i więcej	52,4	23,8	23,8	100,0
	Ogółem	73,1	11,8	15,0	100,0
Kobiety	18-29 lat	82,4	5,9	11,8	100,0
	30-39 lat	82,7	0,0	17,3	100,0
	40-49 lat	69,4	6,5	24,2	100,0
	50-64 lat	73,4	7,8	18,8	100,0
	65 lat i więcej	61,5	15,4	23,1	100,0
	Ogółem	74,5	5,8	19,7	100,0
Ogółem	18-29 lat	89,3	3,6	7,1	100,0
	30-39 lat	81,0	5,8	13,2	100,0
	40-49 lat	70,5	11,9	17,6	100,0
	50-64 lat	70,1	13,2	16,7	100,0
	65 lat i więcej	53,9	22,4	23,7	100,0
	Ogółem	73,4	10,8	15,8	100,0

### Stan cywilny i płeć

Największe rozpowszechnienie palenia odnotowuje się wśród singli (kawaler/panna) - 80,1% a niewiele mniejsze wśród osób pozostających w stałym związku nieformalnym (78,5%) oraz rozwiedzionych (77,3%). Podobnie rzecz się przedstawia w przypadku mężczyzn i kobiet.

Najmniejszy odsetek palących występuje wśród osób w związkach małżeńskich (64,6%), a w drugiej kolejności – owdowiałych (67,3%) i jest to prawda bez względu na płeć. Osoby palące w przeszłości pojawiają się głównie wśród osób w związkach małżeńskich, zaś nigdy niepalące - owdowiałych.

Tab. 3. Rozpowszechnienie aktualnego palenia, palenia w przeszłości i niepalenia nigdy w życiu według płci i stanu cywilnego

Płeć	Stan cywilny	Aktualnie palący %	Palący w przeszłości %	Nigdy nie palili %
Mężczyźni	Żonaty/zamężna	62,8	16,3	20,8
	W stałym związku	79,3	8,3	12,4
	Rozwiedziony/ w separacji	77,4	11,1	11,6
	Wdowiec/ wdowa	66,7	4,8	28,6
	Kawaler/ panna	80,0	9,3	10,7
	Ogółem		73,0	11,9
Kobiety	Żonaty/zamężna	73,6	11,1	15,3
	W stałym związku	76,2	4,8	19,0
	Rozwiedziony/ w separacji	76,7	3,3	20,0
	Wdowiec/ wdowa	67,7	-	32,3
	Kawaler/ panna	81,3	3,1	15,6
	Ogółem		74,9	5,8
Ogółem	Żonaty/zamężna	64,6	15,5	19,9
	W stałym związku	78,6	7,5	13,9
	Rozwiedziony/ w separacji	77,3	10,0	12,7
	Wdowiec/ wdowa	67,3	1,9	30,8
	Kawaler/ panna	80,1	8,7	11,2
	Ogółem		73,3	10,9

### Wykształcenie i płeć

Ogółem najczęściej palą osoby z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (87%) i zasadniczym zawodowym (77,2%). Po uwzględnieniu czynnika płci zależność ta się utrzymuje. Jeśli przyjrzymy się temu, kto pali najrzadziej, to zarówno wśród mężczyzn i kobiet są to osoby z wykształceniem wyższym.

Tab. 4. Rozpowszechnienie aktualnego palenia, palenia w przeszłości i niepalenia nigdy w życiu według płci i wykształcenia

Płeć	Wykształcenie	Aktualnie palący %	Palący w przeszłości %	Nigdy nie palili %
Mężczyźni	Gimnazjum lub niższe	87,0	6,2	6,8
	Zasadnicze zawodowe	76,4	11,1	12,5
	Średnie	69,7	14,0	16,3
	Wyższe	53,2	14,4	32,4
	Ogółem	73,1	11,7	15,1
Kobiety	Gimnazjum lub niższe	86,7	3,3	10,0
	Zasadnicze zawodowe	83,7	2,0	14,3
	Średnie	74,1	6,2	19,8
	Wyższe	60,0	8,9	31,1
	Ogółem	75,1	5,4	19,5
Ogółem	Gimnazjum lub niższe	87,0	5,7	7,3
	Zasadnicze zawodowe	77,2	10,1	12,7
	Średnie	70,5	12,6	16,9
	Wyższe	55,1	12,8	32,1
	Ogółem	73,5	10,6	15,9

### *Aktywność zawodowa i płeć*

Ogółem najczęściej palą osoby bezrobotne (82,9%), zaś najrzadziej emeryci (60,4%). Nie jest to jednak prawda w przypadku kobiet, które mają status emerytki, gdyż odsetek palących w tej grupie jest wyższy w porównaniu z odsetkami palących kobiet z innych grup zatrudnienia. Odsetek nigdy niepalących jest najwyższy wśród osób pracujących (19,8%).

Tab. 5. Rozpowszechnienie aktualnego palenia, palenia w przeszłości i niepalenia nigdy w życiu według płci i aktywności zawodowej

Płeć	Aktywność zawodowa	Aktualnie palący %	Palący w przeszłości %	Nigdy nie palili %
Mężczyźni	Pracujący(a)	68,8	12,7	18,6
	Emeryt(ka)	51,9	25,3	22,8
	Bezrobotny(a)	82,6	6,3	11,1
	Inne, w tym rencista, student, prowadzi dom	77,5	15,3	7,2
	Ogółem	73,0	11,8	15,1
Kobiety	Pracujący(a)	67,5	5,2	27,3
	Emeryt(ka)	90,9	9,1	0,0
	Bezrobotny(a)	84,4	3,1	12,5
	Inne, w tym rencista, student, prowadzi dom	67,4	9,3	23,3
	Ogółem	75,2	5,8	18,9
Ogółem	Pracujący(a)	68,6	11,6	19,8
	Emeryt(ka)	60,4	21,8	17,8
	Bezrobotny(a)	82,9	5,8	11,3
	Inne, w tym rencista, student, prowadzi dom	74,7	13,6	11,7
	Ogółem	73,4	10,8	15,8

## Wzory palenia

Osoby palące aktualnie i w przeszłości najczęściej sięgają/sięgały po tradycyjne papierosy i jest to prawdziwe stwierdzenie bez względu na płeć i na przynależność do grupy wiekowej.

Tab. 6. Rozpowszechnienie palenia zwykłych papierosów w grupie osób aktualnie palących i palących w przeszłości według wieku i płci

Płeć	Wiek	Czy pali/używa lub palił(a)/ używał(a) Pan(i) zwykłe papierosy?	
		Tak %	Nie %
Mężczyźni	18-29 lat	89,6	10,4
	30-39 lat	86,2	13,8
	40-49 lat	83,1	16,9
	50-64 lat	82,8	17,2
	65 lat i więcej	76,2	23,8
	Ogółem	83,8	16,2
Kobiety	18-29 lat	87,5	12,5
	30-39 lat	78,8	21,2
	40-49 lat	75,4	24,6
	50-64 lat	81,0	19,0
	65 lat i więcej	76,9	23,1
	Ogółem	79,0	21,0
Ogółem	18-29 lat	89,2	10,8
	30-39 lat	84,9	15,1
	40-49 lat	81,8	18,2
	50-64 lat	82,5	17,5
	65 lat i więcej	76,3	23,7
	Ogółem	83,0	17,0

Papierosów elektronicznych zawierających nikotynę używa/ło 11,5% palących i palących w przeszłości, ale jeśli weźmiemy pod uwagę rozkłady wieku, to okazuje się, że w najmłodszej grupie, w wieku od 18 do 29 lat odsetek jest już znacznie wyższy i wynosi prawie 36 %. Odsetki najmłodszych kobiet i mężczyzn sięgających po papierosy elektroniczne z nikotyną są podobne. Najmniej popularne są papierosy elektroniczne w najstarszej grupie (65+).

Tab. 7. Rozpowszechnienie palenia papierosów elektronicznych zawierających nikotynę w grupie osób aktualnie palących i palących w przeszłości według wieku i płci

Płeć	Wiek	Czy pali/używa lub palił(a)/używał(a) Pan(i) papierosy elektroniczne?	
		Tak %	Nie %
Mężczyźni	18-29 lat	35,8	64,2
	30-39 lat	15,0	85,0
	40-49 lat	10,0	90,0
	50-64 lat	5,3	94,7
	65 lat i więcej	4,8	95,2
	Ogółem	11,3	88,7
Kobiety	18-29 lat	35,3	64,7
	30-39 lat	21,2	78,8
	40-49 lat	9,8	90,2
	50-64 lat	4,8	95,2
	65 lat i więcej	-	100,0
	Ogółem	12,6	87,4
Ogółem	18-29 lat	35,7	64,3
	30-39 lat	16,0	84,0
	40-49 lat	10,0	90,0
	50-64 lat	5,2	94,8
	65 lat i więcej	3,9	96,1
	Ogółem	11,5	88,5

Po inne wyroby tytoniowe sięga niewielki procent palących obecnie i w przeszłości: cygara - 3,5%, fajkę - 2,9%, po inne wyroby zawierające nikotynę, np. saszetki z nikotyną, tabakę - 3,3%.

Zdecydowana większość aktualnie palących pali 272 dni w roku lub częściej (92,7%). Jedynie 7,3% osób zadeklarowało, że pali mniej niż 272 dni w roku.

Tab. 8. Rozpowszechnienie aktualnie palących ponad 272 dni w roku i poniżej 272 dni w roku według płci

Liczba dni	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
< 272 dni	7,2	7,8	7,3
272+ dni	92,8	92,2	92,7
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Osoby aktualnie palące tradycyjne papierosy najczęściej dziennie palą od 11 do 20 papierosów (62,4%). Więcej papierosów, bo od 21 do 40 pali 14% palących. Blisko 30% kobiet pali od 1 do 10 papierosów dziennie, podczas gdy w grupie mężczyzn ilość tę deklaruje 19,6%. Ponad 40 papierosów pali jedynie 1 %, zarówno mężczyzn jak i kobiet.

Tab. 9. Rozpowszechnienie aktualnie palących z uwzględnieniem ilości papierosów wypalanych dziennie według płci

Liczba papierosów wypalanych w ciągu jednego dnia	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0	1,0	2,6	1,3
1-10	19,6	29,9	21,4
11-20	63,6	56,5	62,4
21-40	14,9	9,7	14,0
41+	1,0	1,3	1,0
Ogółem	100,0	100,0	100,0

## Palenie, a wybrane problemy zdrowotne i inne

Zdecydowana większość aktualnie palących nie ma problemu z powstrzymaniem się od palenia w miejscu publicznym, takim jak kościół, biblioteka, restauracja (76,5%). Blisko jedna czwarta jednak dostrzega taką trudność.

Tab. 10. Trudność w powstrzymaniu się od palenia w miejscu publicznym - rozpowszechnienie wśród aktualnie palących według płci

Trudność w powstrzymywaniu się od palenia w miejscach, gdzie jest ono zakazane	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
Tak	23,8	22,1	23,5
Nie	76,2	77,9	76,5
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Nie mogło się powstrzymać od palenia w czasie choroby wymagającej leżenia w łóżku 48,1% palących: blisko połowa mężczyzn i nieco ponad połowa kobiet.

Tab. 11. Trudność w powstrzymaniu się od palenia podczas choroby wymagającej leżenia w łóżku- rozpowszechnienie wśród aktualnie palących według płci (pytanie: Czy pali Pan(i) nawet wówczas, gdy jest Pan(i) tak chory(a), że musi Pan(i) leżeć w łóżku przez większość dnia?)

Trudność w powstrzymaniu się od palenia podczas choroby wymagającej leżenia w łóżku	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
Tak	47,4	51,3	48,1
Nie	48,8	45,4	48,2
Spontaniczna odpowiedź: Nigdy nie byłem(am) tak chory(a)	3,8	2,5	3,6
Nie wiem	0,0	0,8	0,1
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Badając związki między paleniem a chorobami somatycznymi stwierdziliśmy istotną zależność; byli palacze - mężczyźni dwukrotnie częściej potwierdzali choroby serca lub chorobę wieńcową w porównaniu do aktualnie palących i niepalących nigdy w życiu. Może to wynikać z faktu, że osoby cierpiące na te choroby częściej niż inni decydują się na rzucenie palenia.

Tab. 12. Rozpowszechnienie aktualnego palenia, palenia w przeszłości i niepalenia nigdy w życiu według płci, a zachorowanie na choroby serca lub chorobę wieńcową

Płeć	<b>Choroby serca lub choroba wieńcowa</b>	Aktualnie palący %	Palący w przeszłości %	Nigdy nie palili %	Ogółem %	Testy chi-kwadrat
Mężczyźni	Tak	7,4	15,1	7,3	8,3	0,017
	Nie	91,1	84,0	92,7	90,5	
	Nie wiem	1,5	0,8		1,2	
	Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	
Kobiety	Tak	8,4	0,0	7,7	7,8	0,58
	Nie	91,6	100,0	89,7	91,7	
	Nie wiem	0,0	0,0	2,6	0,5	
	Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	
Ogółem	Tak	7,6	13,7	7,4	8,2	0,053
	Nie	91,2	85,5	92,1	90,7	
	Nie wiem	1,2	0,8	0,5	1,1	
	Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	

Inna choroba, w przypadku której status palenia, ale i płeć ma znaczenie, to wrzody żołądka. O ile w przypadku kobiet nie odnotowano znaczących statystycznie różnic, to w przypadku mężczyzn zarówno palących w przeszłości, jak i aktualnie palących ryzyko tej choroby jest istotnie większe w porównaniu do osób nigdy nie palących.

Tab. 13. Rozpowszechnienie aktualnego palenia, palenia w przeszłości i niepalenia nigdy w życiu według płci, a zachorowanie na wrzody żołądka

Płeć	<b>Wrzody żołądka</b>	Aktualnie palący %	Palący w przeszłości %	Nigdy nie palili %	Ogółem %	Testy chi-kwadrat
Mężczyźni	Tak	10,7	13,4	3,3	9,9	0,008
	Nie	88,1	84,9	95,4	88,8	
	Nie wiem	1,2	1,7	1,3	1,3	
	Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	
Kobiety	Tak	7,8	0,0	7,5	7,3	0,601
	Nie	90,9	100,0	92,5	91,7	
	Nie wiem	1,3	0,0	0,0	1,0	
	Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	
Ogółem	Tak	10,2	12,2	4,2	9,5	0,019
	Nie	88,6	86,3	94,8	89,3	
	Nie wiem	1,2	1,5	1,0	1,2	
	Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	

## Próby i metody rzucenia palenia

Respondenci, którzy palą i palili w przeszłości zostali zapytani o liczbę poważnych prób rzucenia palenia. Ani jednej próby rzucenia palenia nie ma w swoim doświadczeniu blisko 27% osób, więcej kobiet niż mężczyzn (31% versus 26%). Najliczniejszą grupę osób, które podjęły próbę rzucenia palenia, to te, które zrobiły to jeden raz (26,3%), w drugiej kolejności są osoby, które podjęły dwie próby (15%).

Tab. 14. Rozpowszechnienie prób podejmowania rzucenia palenia ze względu na płeć wśród osób aktualnie palących i palących w przeszłości

Liczba prób	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
0	26,0	30,9	26,8
1	27,2	21,7	26,3
2	14,4	18,4	15,0
3	10,9	10,5	10,8
4	3,2	3,9	3,3
5	7,2	7,2	7,2
6	1,3	2,0	1,4
7	0,6	0,7	0,6

Jeśli chodzi o metody rzucenia palenia, to największą popularnością cieszą się gumy lub plastry z nikotyną (25,2%). Najliczniejszą grupę stanowią inne niż wymienione w tabeli metody (29,1%), próba reorganizacji życia i sposobu myślenia na sprzyjający abstynencji nikotynowej. Metody te to głównie korzystanie z leków, które można kupić bez recepty, palenie papierosów elektronicznych, niekonwencjonalne metody leczenia Z leków przepisywanych przez lekarza skorzystało jedynie 6% badanych.

Tab. 15. Rozpowszechnienie poszczególnych metod rzucenia palenia ze względu na płeć wśród osób aktualnie palących i palących w przeszłości

Metoda rzucenia palenia	Tak %	Nie %
Gumy lub plastry z nikotyną	25,2	74,8
Leki przepisane przez lekarza	6,0	94,0
Papierosy bez zawartości nikotyny	2,5	97,3
Spotkania grupowe osób starających się rzucić palenie	0,4	99,6
Terapia indywidualna	0,9	99,1
Konkursy „rzucić i wygraj”	0,3	99,7
Inne	29,1	70,9

Osoby palące aktualnie i w przeszłości jako najważniejszy powód podejmowania prób rzucenia palenia podawały problemy zdrowotne (44,4%), a w drugiej kolejności wskazywały na powody finansowe (19,9%). Na powody zdrowotne wskazywało więcej mężczyzn w porównaniu do kobiet (46,2% versus 30,4%), z kolei na powody finansowe wskazało więcej kobiet (21,7% versus 19,7%). Wśród kobiet na drugim miejscu uplasowały się naciski członka rodziny lub osoby bliskiej, a w przypadku mężczyzn powody finansowe. Na inne powody wskazało 14,3% osób (ciąża, brak dostępu do papierosów, przykład innych, własna decyzja o zaprzestaniu palenia: „dla siebie samego”).

Tab. 16. Rozpowszechnienie powodów rzucenia palenia postrzeganych jako najważniejszych według płci wśród osób aktualnie palących i palących w przeszłości

Najważniejszy powód rzucenia palenia	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
Problemy zdrowotne	46,2	30,4	44,4
Naciski członka rodziny/bliskiej osoby	16,2	26,1	17,3
Powody finansowe	19,7	21,7	19,9
Przepisy zabraniające używania papierosów w miejscach publicznych	1,7	-	1,5
Społeczny brak akceptacji dla palenia	2,3	-	2,0
Inne	13,3	21,7	14,3
Odmowa	0,6	-	0,5
Ogółem	100,0	100,0	100,0

## Podsumowanie

W populacji osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu odsetki osób palących są 2,5 razy wyższe niż w populacji generalnej o podobnym rozkładzie podstawowych cech społeczno-demograficznych, co pozostaje w zgodzie z wynikami, które można znaleźć w literaturze. Badania pokazują, że rozpowszechnienie palenia wśród osób nadużywających substancji psychoaktywnych jest od dwóch do trzech razy większe niż w populacji generalnej (Marks, Hill i Pomerleau, 1997). Populację osób leczonych wyróżnia zbliżony odsetek palących kobiet i mężczyzn, podczas gdy w populacji generalnej, kobiety palą rzadziej niż mężczyźni

Rozpowszechnienie palenia jest największe wśród osób młodych, nie pozostających w związkach, z niskim poziomem wykształcenia, bez pracy. Protekcyjne znaczenie ma starszy

wiek, wyższy poziom wykształcenia, posiadanie pracy oraz pozostawanie w związku małżeńskim.

Osoby palące najczęściej sięgają po tradycyjne papierosy i jest to prawdziwe stwierdzenie bez względu na płeć i na przynależność do grupy wiekowej. W najmłodszej grupie wiekowej w porównaniu do innych grup wiekowych, więcej osób sięga po papierosy elektroniczne z nikotyną i robi to 36%. Inne formy używania nikotyny, takie jak fajka, tabaka, saszetki są niszowe.

Zdecydowana większość palących pali ponad 272 dni w roku (92,7%), a najpopularniejsza ilość wypalanych dziennie papierosów, to od 11 do 20 sztuk (62,4%). Więcej kobiet niż mężczyzn ogranicza swoje palenie i deklaruje, że wypala najmniejszą podaną ilość papierosów, czyli od 1 do 10.

Palący w zdecydowanej większości nie mają problemu z powstrzymaniem się od palenia w miejscu publicznym, takim jak kościół, biblioteka, restauracja (76,5%), jednak w sytuacji choroby wymagającej leżenia w łóżku, od palenia nie była w stanie się powstrzymać około połowa.

Istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na status palenia i płeć potwierdzono w przypadku wrzodów żołądka, które częściej obserwuje się wśród palaczy i byłych palaczy oraz chorób serca lub choroby wieńcowej, gdzie ryzykiem zachorowania częściej obarczeni są mężczyźni z grupy byłych palaczy. Można przypuszczać, że to właśnie te choroby mogły być impulsem do podjęcia decyzji o zakończeniu palenia w tej grupie.

Problemy zdrowotne to najważniejszy powód podejmowania prób rzucenia palenia. Wybrało go 44,4% palących. Na drugim miejscu uplasowały się powody finansowe (19,9%). Nieco inaczej wyglądało to w przypadku kobiet, które na drugim miejscu wymieniały naciski członków rodziny lub osoby bliskiej. W przypadku kobiet ważnym impulsem do zaprzestania palenia może być ciąża.

Podejmowanie prób rzucenia palenia nie jest zjawiskiem powszechnym w tej populacji, a jeśli już palący podejmują próby, to nie są one ponawiane. Ani jednej próby rzucenia palenia nie ma w swoim doświadczeniu blisko 27% palących pacjentów. Najliczniejszą grupę osób, które podjęły próbę rzucenia palenia, to osoby, które zrobiły to jeden raz (26,3%), w drugiej kolejności są osoby, które podjęły dwie próby (15%). Najczęściej palący wybierają inne niż

wymienione w ankiecie sposoby rzucenia palenia, głównie mają tu na myśli leki, które można kupić bez recepty, w drugiej kolejności korzystają z gum lub plastrów z nikotyną. Zwraca uwagę stosunkowo rzadkie korzystanie przez osoby palące z profesjonalnej oferty leczniczej.

## Przypisy

Adams, S. (2017). Psychopharmacology of tobacco and alcohol comorbidity: A review of current evidence. *Current Addiction Reports*, 4(1), 25–34. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0129-z>

Dermody, S. S., & Hendershot, C. S. (2017). A critical review of the effects of nicotine and alcohol coadministration in human laboratory studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(3), 473–486. <https://doi.org/10.1111/acer.13321>

Kohn, C. S., Tsoh, J. Y., & Weisner, C. M. (2003). Changes in smoking status among substance abusers: Baseline characteristics and abstinence from alcohol and drugs at 12-month follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1), 61–71. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00256-9](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00256-9)

Marks, J. L., Hill, E. M., Pomerleau, C. S., Mudd, S. A., & Blow, F. C. (1997). Nicotine dependence and withdrawal in alcoholic and nonalcoholic ever-smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 521–527. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(97\)00049-4](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(97)00049-4)

Roche, D. J., Ray, L. A., Yardley, M. M., & King, A. C. (2016). Current insights into the mechanisms and development of treatments for heavy drinking cigarette smokers. *Current Addiction Reports*, 3(1), 125–137. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0081-3>

Smith, P. H., Mazure, C. M., & McKee, S. A. (2014). Smoking and mental illness in the U.S. population. *Tobacco Control*, 23(e2), e147–e153. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051466>

Verplaetse, T. L., & McKee, S. A. (2017). An overview of alcohol and tobacco/nicotine interactions in the human laboratory. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(2), 186–196. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1189927>

Weinberger, A. H., Pacek, L. R., Giovenco, D., Galea, S., Zvolensky, M. J., Gbedemah, M., & Goodwin, R. D. (2019). Cigarette use among individuals with alcohol use disorders in the

United States, 2002 to 2016: Trends overall and by race/ethnicity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(1), 79–90. <https://doi.org/10.1111/acer.13922>

Weinberger, A. H., Gbedemah, M., & Goodwin, R. D. (2017). Cigarette smoking quit rates among adults with and without alcohol use disorders and heavy alcohol use, 2002–2015: A representative sample of the United States population. *Drug and Alcohol Dependence*, 180, 204–207. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.009>

## 9. ZABURZENIA DEPRESYJNE (Michał Bujalski)

### Wprowadzenie

Współwystępowanie zaburzeń alkoholowych (*Alcohol Use Disorders* - AUD) i zaburzeń depresyjnych (ZD) stanowi istotny problem kliniczny i epidemiologiczny. Badania wskazują, że około 20% osób z AUD doświadcza współwystępujących zaburzeń nastroju, w tym 15% cierpi na ciężką depresję. Podobnie, około 20% osób z zaburzeniami nastroju zmaga się z AUD (Grant et al. 2004). To współwystępowanie wiąże się z większym nasileniem objawów i gorszym rokowaniem dla obu zaburzeń (McHugh & Weiss 2019).

Dane epidemiologiczne konsekwentnie potwierdzają silny związek między tymi zaburzeniami. Amerykańskie badanie NESARC wykazało, że uzależnienie od alkoholu jest silniej skorelowane z zaburzeniami nastroju niż jego nadużywanie (Grant et al. 2004). Wśród osób z zaburzeniami depresyjnymi, współwystępowanie AUD w okresie 12 miesięcy wynosi około 14%, natomiast w perspektywie całego życia sięga 40% (Hasin et al. 2005).

Istotną kwestią pozostaje pytanie o związek przyczynowy między AUD i ZD. Badania sugerują, że obecność jednego z tych zaburzeń około dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia drugiego (Boden i Fergusson 2011). Wyniki 25-letnich badań kohortowych z Nowej Zelandii wskazują, że osoby z AUD mają niemal dwukrotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia ciężkiej depresji. Co więcej, wyniki modelowania statystycznego sugerują, że to AUD prowadzi do zwiększonego ryzyka wystąpienia depresji, a nie odwrotnie (Fergusson, Boden i Horwood 2009).

Jednak wyniki innych badań wskazują, że u kobiet częściej najpierw pojawia się depresja, a następnie AUD, podczas gdy u mężczyzn kolejność jest zwykle odwrotna. Kobiety charakteryzują się też wyższą częstością występowania zarówno ciężkiej depresji, jak i współwystępowania depresji z AUD w porównaniu z mężczyznami (Kessler et al. 1997, Moscato et al. 1997; Khan et al. 2013).

Najnowsze metaanalizy potwierdzają te zależności. Analiza badań z udziałem około 340 tysięcy uczestników wykazała, że AUD wiąże się z 57% wzrostem ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych. Zaobserwowano także krzywą w kształcie litery "J", gdzie umiarkowane spożywanie alkoholu wiązało się z mniejszym ryzykiem depresji, które rosło wraz ze wzrostem spożycia (Li et al. 2020).

W kontekście leczenia i terapii uzależnień, badania wskazują, że osiągnięcie abstynencji silnie wiąże się ze spadkiem występowania depresji. Sugeruje to, że ograniczenie konsumpcji alkoholu i terapia uzależnienia od alkoholu powinno być priorytetem zarówno u pacjentów z diagnozą zaburzeń depresyjnych, jak również u pacjentów ze współwystępującym AUD i ZD (Lejoyeux i Leheret 2011).

Polskie badania w tym obszarze są ograniczone, jednak nieliczne dostępne dane wskazują, że wysoki poziom depresji może dotyczyć około jednej trzeciej pacjentów uzależnionych od alkoholu, z wyraźnymi różnicami między kobietami (46%) a mężczyznami (24%) (Chodkiewicz 2010). Niewątpliwie istnieje potrzeba prowadzenia pogłębionych i metodologicznie rygorystycznych badań w populacji osób leczących się z uzależnienia od alkoholu, aby lepiej zrozumieć specyfikę współwystępowania AUD i ZD w kontekście wyzwań dla systemu lecznictwa w Polsce.

### **Charakterystyka kliniczna zaburzenia**

Epizody depresji charakteryzują się obniżeniem nastroju, utratą zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności, brakiem napędu i energii, wzmożoną męczliwością i zmniejszoną aktywnością. Według kryteriów diagnostycznych ICD-10, aby rozpoznać epizod depresyjny należy stwierdzić utrzymywanie się zaburzeń przez okres co najmniej dwóch tygodni. W zależności od nasilenia objawów rozróżnia się epizod depresyjny łagodny, umiarkowany oraz ciężki. Gdy dodatkowo występują urojenia, omamy lub osłupienie depresyjne, rozpoznaje się epizody depresji ciężkiej z objawami psychiatrycznymi.

### **Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w badanej populacji kiedykolwiek w życiu i w ciągu 12 miesięcy przed badaniem**

Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w badanej populacji kiedykolwiek w życiu wynosiło 38%, a rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w ciągu 12 miesięcy przed badaniem wynosiło 29%, co oznacza że trzech na czterech pacjentów z zaburzeniami depresji kiedykolwiek w życiu doświadcza ich obecnie.

W perspektywie całego życia zaznacza się istotna statystycznie różnica w rozpowszechnieniu depresji wśród kobiet (53%) w porównaniu z mężczyznami (34%) ( $p < 0,001$ ). Przewaga ta

utrzymuje się w skali ostatniego roku – rozpowszechnienie depresji wśród kobiet wynosiło tu 45%, a u mężczyzn 26% ( $p < 0,001$ ) (tab.1)

Odsetki diagnozy depresji zmniejszają się wraz z wiekiem. Wśród najmłodszych badanych, tj. osób w wieku 18-29 lat, depresja występowała dwukrotnie częściej (58%), niż w grupie najstarszej 65+ (27%) ( $p < 0,001$ ) (tab.1). Tendencja ta utrzymuje się w rozpowszechnieniu depresji w ciągu ostatnich 12 miesięcy (odpowiednio 47% i 23%,  $p < 0,001$ ). Wśród mężczyzn w wieku 18-29 lat występowanie depresji wynosiło 54% ( $p < 0,001$ ), a kobiet w tym wieku aż 81% ( $p = 0,157$ ). Na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy, w tym przedziale wieku, na depresję cierpiało 42% mężczyzn ( $p < 0,01$ ) oraz 69% kobiet ( $p = 0,181$ ) w tym przedziale wieku (tab.2).

Rozpowszechnienie depresji wzrasta wraz z poziomem wykształcenia. Wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym wynosi 33%, podczas gdy wśród osób z wykształceniem wyższym wynosi 46% ( $p = 0,014$ ) (tab.1). Tendencja ta jest widoczna również w perspektywie ostatnich 12 miesięcy. Wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym rozpowszechnienie depresji wynosi tu 24%, podczas gdy wśród osób z wykształceniem wyższym wynosi 38% ( $p = 0,001$ ). Depresja pojawiała się najczęściej wśród mężczyzn (40%) i kobiet z wykształceniem wyższym (61%), podobnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy (odpowiednio 31% i 54%), lecz różnice te nie były istotne statystycznie (tab.2).

Kolejną zmienną różnicującą rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych było miejsce zamieszkania. Rozpowszechnienie depresji w populacji osób leczących się z uzależnienia od alkoholu w placówkach stacjonarnych wzrasta wraz z wielkością miejscowości zamieszkania. Wśród osób mieszkających na wsi wynosi 29%, a wśród osób mieszkających w dużych miastach wynosi 50% ( $p < 0,001$ ), a w ciągu ostatniego roku odpowiednio 22% i 42% ( $p < 0,001$ ) (tab.1). Wśród mężczyzn (45%,  $p < 0,001$ ), jak i kobiet (67%,  $p < 0,05$ ) depresja występowała najczęściej w dużych miastach, podobnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy (odpowiednio 39%,  $p < 0,001$  i 58%,  $p = 0,01$ ) (tab.2).

Odsetek osób doświadczających depresji kiedykolwiek w życiu jest najwyższy wśród osób rozwiedzionych i żyjących w separacji (44%) oraz wdowców/wdów – (40%) ( $p < 0,05$ ), jednak różnica ta zmniejsza się nieznacznie w perspektywie ostatnich 12 miesięcy do 34% wśród osób rozwiedzionych i żyjących w separacji i 27% wśród wdowców ( $p = 0,436$ ), tracąc walor różnicy istotnej statystycznie (tab.1). Wśród mężczyzn (43%,  $p < 0,05$ ), depresja występowała najczęściej wśród osób rozwiedzionych lub żyjących w separacji. W ciągu ostatnich 12

miesiący depresja występowała najczęściej wśród rozwiedzionych mężczyzn (34%) i u niezamężnych kobiet (63%), lecz różnice te nie były istotne statystycznie (tab.2).

Ostatnią kategorią społeczno-demograficzną analizowaną w badaniu był status zatrudnienia. Zaburzenia depresyjne występują na niemal identycznym poziomie wśród osób pracujących (39%) jak i osób bezrobotnych (38%) ( $p=0,596$ ), jednak w perspektywie ostatniego roku uwidacznia się między tymi grupami niewielka, nieistotna statystycznie różnica (odpowiednio: 29% i 31%,  $p=0,773$ ) (tab.1). Na poziomie płci, depresja występowała najczęściej wśród pracujących mężczyzn (36%,  $p=0,400$ ) i bezrobotnych kobiet (56%,  $p=0,725$ ), podczas gdy w ciągu ostatnich 12 miesięcy depresja najczęściej wśród bezrobotnych mężczyzn (27%,  $p=0,850$ ) i wśród połowy emerytowanych i bezrobotnych kobiet 8%,  $p=0,575$ ). Jak widać z podanych wartości  $p$  te różnice w aktywności zawodowej nie są istotne statystycznie (tab.2).

Tab.1 Różnice w rozpowszechnieniu zaburzeń depresyjnych kiedykolwiek z życia oraz w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Kategoria społeczno-demograficzna		Występowanie depresji w ciągu życia			Występowanie depresji w ciągu ostatnich 12 miesięcy		
		n	%	Chi2	n	%	Chi2
Płeć	Mężczyźni	343	34,3	<b>p&lt;0,001</b>	260	26	<b>p&lt;0,001</b>
	Kobiety	110	53,4		92	44,7	
Wiek	18-29 lat	48	57,8	<b>p&lt;0,001</b>	39	47	<b>p&lt;0,001</b>
	30-39 lat	130	41,7		105	33,7	
	40-49 lat	139	37,5		105	28,3	
	50-64 lata	116	31,6		86	23,5	
	65+ lat	20	26,7		17	22,7	
Wykształcenie	Gimnazjum lub niższe	62	32,5	<b>p=0,014</b>	46	24	<b>p=0,001</b>
	Zawodowe	141	33,8		103	24,6	
	Średnie	175	39,9		144	32,8	
	Wyższe	73	46,2		60	38,2	
Miejsce zamieszkania	Wieś	149	29,2	<b>p&lt;0,001</b>	112	22	<b>p&lt;0,001</b>
	Miasto do 50 tys.	81	38,6		67	31,9	
	Miasto 50-200 tys.	134	43,2		100	32,3	
	Miasto ponad 200 tys.	87	50,3		73	42,2	
Stan cywilny	Żonaty/zamężna	139	32,5	<b>p=0,047</b>	116	27,2	p=0,436
	W stałym związku	69	37,1		54	28,9	
	Rozwiedziony/w separacji	101	44,3		78	34,2	
	Wdowiec/wdowa	21	40,4		14	26,9	
	Kawaler/panna	122	39,1		90	28,8	
Zatrudnienie	Pracujący	214	38,8	p=0,596	157	28,5	p=0,773
	Emeryt	33	33,3		30	30	
	Bezrobotny	151	37,8		124	31	
	Inne w tym rencista	53	34,2		42	27,1	

Tab. 2. Różnice w rozpowszechnieniu zaburzeń depresyjnych kiedykolwiek z życia oraz w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród mężczyzn i kobiet

		Mężczyźni					Kobiety						
		Występowanie depresji w ciągu życia			Występowanie depresji w ciągu ostatnich 12 miesięcy		Występowanie depresji w ciągu życia			Występowanie depresji w ciągu ostatnich 12 miesięcy			
		n	%	Chi2	n	%	Chi2	n	%	Chi2	n	%	Chi2
Wiek	18-29	36	53,7	<b>p&lt;0,001</b>	28	41,8	<b>p=0,002</b>	13	81,3	p=0,157	11	68,8	p=0,181
	30-39	100	38,5		79	30,4		30	57,7		26	50	
	40-49	109	35,3		78	25,3		30	48,4		26	41,9	
	50-64	85	28,1		63	20,8		31	48,4		23	36,5	
	65+	13	13		12	19		7	53,8		6	46,2	
Wykształcenie	Gimnazjum lub niższe	49	30,4	p=0,159	36	22,4	p=0,055	13	43,3	p=0,521	9	31	p=0,242
	Zawodowe	116	31,4		83	22,5		26	53,1		20	41,7	
	Średnie	132	36,9		106	29,7		43	53,1		38	46,3	
	Wyższe	45	40,2		35	31,3		28	60,9		25	54,3	
Miejsce zamieszkania	Wieś	122	27,7	<b>p&lt;0,001</b>	92	20,9	<b>p&lt;0,001</b>	27	39,7	<b>p=0,032</b>	20	29	<b>p=0,01</b>
	Miasto do 50 tys.	60	24,7		47	27		21	56,8		20	54,1	
	Miasto 50-200 tys.	98	39,5		69	27,8		37	58,7		31	49,2	
	Miasto ponad 200 tys.	61	45,2		52	38,5		26	66,7		22	57,9	
Stan cywilny	Żonaty/zamężna	102	28,7	<b>p=0,018</b>	83	23,4	p=0,053	37	51,4	p=0,400	34	46,6	0,165
	W stałym związku	50	34,5		38	26,2		19	46,3		15	36,6	
	Rozwiedziony/w separacji	85	42,7		67	33,7		16	55,2		12	41,4	
	Wdowiec/wdowa	6	27,3		3	13,6		16	51,6		11	35,5	
	Kawaler/panna	100	35,7		69	24,7		22	68,8		20	62,5	
Zatrudnienie	Pracujący	172	36,3	p=0,400	123	26	p=0,850	43	55,8	p=0,725	34	43,6	p=0,575
	Emeryt	23	29,5		19	24,4		11	50		11	50	
	Bezrobotny	114	34		91	27,2		36	56,3		32	50	
	Inne w tym rencista	33	29,2		26	23,2		20	46,5		16	37,2	

## **Pierwsze objawy zaburzeń**

Średnia wieku wystąpienia pierwszych objawów zaburzeń depresyjnych wynosiła 30 lat, a mediana 28 lat. Wyniki analizy wariancji nie dowiodły istotnych statystycznie różnic w wieku wystąpienia pierwszych objawów depresji między płciami ( $p=0,855$ ) oraz grupami wykształcenia ( $p=0,864$ ) i kategoriami miejsca zamieszkania ( $p=0,793$ ).

## **Porównanie rozpowszechnienia depresji z wynikami badania EZOP 2**

Wyniki badania EZOP 2, przy zastosowaniu wag odpowiadających strukturze pacjentów leczenia uzależnień, przedstawiają rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w populacji generalnej na poziomie 3,1% w ciągu całego życia oraz 0,5% w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Z kolei wyniki obecnego badania wskazują, że rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród osób leczących się z uzależnienia od alkoholu kiedykolwiek w życiu wynosiło 37,5% ( $n=453$ ), a w ciągu 12 miesięcy przed badaniem 29,2% ( $n=353$ ). Oznacza to, że w badanej populacji ryzyko pojawienia się zaburzeń depresyjnych na przestrzeni całego życia jest aż dwunastokrotnie wyższe niż w populacji generalnej, jednocześnie zaburzenia te mają tendencję do utrzymywania się w zdecydowanie wyższym stopniu. W badaniu EZOP 2, 16% osób z tą diagnozą kiedykolwiek w życiu potwierdziło jej objawy w ciągu ostatniego roku, podczas gdy wśród uczestników niniejszego badania wskaźnik uporczywości był pięciokrotnie wyższy i sięgał poziomu 80%.

Wyniki porównań między populacją pacjentów leczenia uzależnień oraz populacją generalną sugerują, że niektóre uwarunkowania społeczno-demograficzne mogą wiązać się z występowaniem depresji w odmienny sposób. O ile płeć i wiek istotnie różnicują występowanie depresji w obu populacjach ( $p<0,001$ ), o tyle choćby w przypadku wieku, w populacji pacjentów zaburzenia te najczęściej występują u osób w wieku 18-29 i maleją wraz z wiekiem, podczas gdy w przypadku populacji generalnej możemy mówić o odwrotnym trendzie – występowanie depresji pojawia się częściej wraz z przejściem do starszej grupy wiekowej. Ciekawy trend zarysowuje się również w wykształceniu – wśród pacjentów leczenia uzależnień, depresja była diagnozowana częściej wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia ( $p<0,014$ ), podczas gdy w populacji generalnej nie odnotowano w tym przypadku różnic istotnych statystycznie. Z analogiczną sytuacją mamy do czynienia w odniesieniu do miejsca zamieszkania. Występowanie depresji rośnie wraz z klasą wielkości miejscowości zamieszkania ( $p<0,001$ ), czego nie stwierdzono w populacji generalnej

( $p=0,119$ ). Warto również zwrócić uwagę na kwestię zatrudnienia. Okazuje się bowiem, że nie wiąże się ona częstotliwością występowania depresji wśród pacjentów ( $p=0,596$ ), podczas gdy w populacji generalnej jej rozpowszechnienie jest zróżnicowane w sposób istotny statystycznie między osobami pracującymi, emerytami, rencistami i bezrobotnymi ( $p<0,001$ ).

Tab. 3. Występowanie depresji w ciągu życia w populacji pacjentów leczenia uzależnień oraz w populacji generalnej (EZOP 2)

Kategorie społeczno-demograficzne		Pacjenci OTUA			Populacja generalna		
		n	%	Chi2	n	%	Chi2
Płeć	Mężczyźni	343	34,3	<b><math>p&lt;0,001</math></b>	272	2,2	<b><math>p&lt;0,001</math></b>
	Kobiety	110	53,4		102	5	
Wiek	18-29	48	57,8	<b><math>p&lt;0,001</math></b>	14	1,7	<b><math>p&lt;0,001</math></b>
	30-39	130	41,7		91	2,9	
	40-49	139	37,5		97	2,6	
	50-64	116	31,6		96	3,2	
	65+	20	26,7		77	5,6	
Wykształcenie	Gimnazjum lub niższe	62	32,5	<b><math>p&lt;0,014</math></b>	24	3,3	$p=0,734$
	Zawodowe	141	33,8		135	3,1	
	Średnie	175	39,9		135	2,9	
	Wyższe	73	46,2		79	3,4	
Miejsce zamieszkania	Wieś	149	29,2	<b><math>p&lt;0,001</math></b>	147	2,9	$p=0,119$
	Miasto do 50 tys.	81	38,6		75	2,7	
	Miasto 50-200 tys.	134	43,2		68	3,6	
	Miasto ponad 200 tys.	87	50,3		84	3,7	
Stan cywilny	Żonaty/zamężna	139	32,5	<b><math>p=0,047</math></b>	152	2,	<b><math>p&lt;0,001</math></b>
	W stałym związku	69	37,1		37	4,7	
	Rozwiedziony/w separacji	101	44,3		47	7,4	
	Wdowiec/wdowa	21	40,4		80	11,1	
	Kawaler/panna	122	39,1		59	2,6	
Zatrudnienie	Pracujący	214	38,8	$p=0,596$	266	2,8	<b><math>p&lt;0,001</math></b>
	Emeryt	33	33,3		72	4,7	
	Bezrobotny	151	37,8		12	5	
	Inne w tym rencista	53	34,2		16	7,2	

## Podsumowanie

W badanej populacji osób przebywających w placówkach terapii uzależnienia od alkoholu zaobserwowano wysokie wskaźniki występowania zaburzeń depresyjnych.

Rozpowszechnienie tych zaburzeń w całym życiu wynosiło 38%, a w okresie 12 miesięcy przed badaniem 29%. Analiza wykazała istotne różnice w występowaniu depresji ze względu

na płeć. U kobiet zaburzenia depresyjne występowały znacząco częściej (53%) niż u mężczyzn (34%) w perspektywie całego życia. Różnica ta utrzymywała się również w okresie ostatniego roku, gdzie wskaźniki wynosiły odpowiednio 45% dla kobiet i 26% dla mężczyzn. Zaobserwowano również wyraźną tendencję spadkową w występowaniu depresji wraz z wiekiem badanych. Najwyższe wskaźniki odnotowano w grupie wiekowej 18-29 lat (58%), najniższe zaś w grupie osób powyżej 65 lat (27%). Poziom wykształcenia również różnicował występowanie zaburzeń depresyjnych - wskaźniki wzrastały wraz z poziomem edukacji, od 33% u osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym do 46% u osób z wykształceniem wyższym. Miejsce zamieszkania stanowiło kolejny istotny czynnik różnicujący. Najniższe wskaźniki depresji odnotowano na wsi (29%), najwyższe w dużych miastach powyżej 200 tysięcy mieszkańców (50%). Średni wiek wystąpienia pierwszych objawów depresji wynosił 30 lat, przy czym nie stwierdzono istotnych różnic w tym zakresie między płciami, grupami wykształcenia czy miejscem zamieszkania.

Ogółem, w badanej populacji osób uzależnionych od alkoholu ryzyko wystąpienia depresji jest aż dwunastokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej. Co więcej, zaburzenia depresyjne wykazują znacznie większą uporczywość sięgającą 80% badanych w porównaniu do 16% w populacji ogólnej. Analiza porównawcza występowania depresji w populacji pacjentów leczenia uzależnień oraz populacji generalnej ujawniła istotne różnice w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych. Wśród pacjentów uzależnionych, depresja częściej dotyka osób młodszych, lepiej wykształconych i mieszkających w większych miejscowościach, podczas gdy w populacji generalnej depresja nasila się z wiekiem, bez wyraźnego związku z wykształceniem czy miejscem zamieszkania. Z kolei status zatrudnienia różnicuje występowanie depresji tylko w populacji generalnej.

Wyniki te sugerują konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych w obszarze współwystępowania depresji i zaburzeń związanych z alkoholem, szczególnie wśród młodych, wykształconych kobiet oraz mieszkańców dużych miast, a także dostosowanie i poszerzenie oferty programów leczenia, tak by odpowiadały złożonym potrzebom terapeutycznym osób w leczeniu uzależnień. Na podstawie niniejszego badania można również stwierdzić, że alkohol jest istotnym czynnikiem zwiększającym uporczywość depresji, a rola alkoholu w samoleczeniu depresji jest jednoznacznie destrukcyjna.

## Przypisy

- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction, 106*(5), 906–914. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Chodkiewicz, J. (2010). Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. *Alkoholizm i Narkomania, 23*(3), 201–216
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry, 66*(3), 260–266. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.543>
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 61*(8), 807–816. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 62*(10), 1097–1106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 54*(4), 313–321. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160031005>
- Khan, S., Okuda, M., Hasin, D. S., Secades-Villa, R., Keyes, K., Lin, K.-H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2013). Gender differences in lifetime alcohol dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 37*(10), 1696–1705. <https://doi.org/10.1111/acer.12167>
- McHugh, R. K., & Weiss, R. D. (2019). Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol Research: Current Reviews, 40*(1), arcr.v40.1.01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
- Moscato, B. S., Russell, M., Zielezny, M., Bromet, E. J., Egri, G., & Mudar, P. (1997). Gender differences in the relation between depressive symptoms and alcohol problems: A longitudinal

perspective. *American Journal of Epidemiology*, *146*(11), 966–974.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009219>

Lejoyeux, M., & Lehert, P. (2011). Alcohol-use disorders and depression: Results from individual patient data meta-analysis of the acamprosate-controlled studies. *Alcohol and Alcoholism*, *46*(1), 61–67. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq077>

Li, J., Wang, H., Li, M., Shen, Q., Li, X., Zhang, Y., Peng, J., Rong, X., & Peng, Y. (2020). Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, *115*(7), 1224–1243. <https://doi.org/10.1111/add.14935>

## 10. ZABURZENIA LĘKOWE Z NAPADAMI LĘKU (LĘK PANICZNY, PD)

I SPECYFICZNE POSTACI FOBII (SP) (*Justyna Klingemann, Jakub*

*Stokwiszewski, Jacek Moskalewicz*)

### Wprowadzenie

Zaburzenia internalizacyjne (nerwicowe i związane ze stresem) to niejednorodna grupa zaburzeń psychicznych a należące do tej grupy zaburzenia lękowe również charakteryzuje duża różnorodność. Do tej grupy zaburzeń zaliczamy między innymi lęk uogólniony oraz napadowy; agorafobię, fobię społeczną, lęk separacyjny oraz fobie swoiste (Wciórka i in. 2021).

Poniższy rozdział koncentruje się na współwystępowaniu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (ang. *alcohol use disorders*, AUD) oraz dwóch wybranych zaburzeń lękowych: zaburzeń lękowych z napadami lęku panicznego oraz fobii swoistych. Napady lęku panicznego to stany, które zwykle trwają od kilku do kilkudziesięciu minut i cechują się gwałtownym narastaniem wielu przykrych doznań fizycznych i psychicznych (poczucie silnego zagrożenia, utraty kontroli, popadania w szaleństwo, przecucie umierania). Przeżycie napadu lęku panicznego uwalnia silną obawę przed ponownym wystąpieniem napadu (lęk antycypacyjny), mimo że w większości przypadków są to zdarzenia występujące sporadycznie (Wciórka i in. 2021). Uznaje się je za jedno z najbardziej uciążliwych zaburzeń psychicznych (Chang i wsp. 2020). Zaburzenia lękowe z napadami lęku, w odróżnieniu od sporadycznego napadu lęku panicznego, definiowane jest w sytuacji nawracających napadów lękowych, niezwiązanych z konkretną sytuacją czy uchwytnymi przyczynami somatycznymi i psychicznymi (Wciórka i in. 2021).

Lęk antycypacyjny odgrywa dużą rolę również w przypadku specyficznych (izolowanych) postaci fobii, a towarzyszy mu intensywne, aktywne unikanie w odniesieniu do znalezienia się w (wyobrażonej, pośredniej, bezpośredniej) sytuacji, z którą dotkliwie wiążą się odczuwane psychiczne, behawioralne i somatyczne przejawy lęku. Różnorodność i zakres sytuacji lękorodnych może być ogromna i może dotyczyć wielu okoliczności, ale na poziomie indywidualnym wydają się one względnie charakterystyczne i trwałe. Najbardziej rozpowszechnione fobie swoiste dotyczą zwierząt (np. psów, ptaków i owadów); sił przyrody (grzmotów i burz) oraz takich sytuacji jak: latanie; znajdowanie się w małych zamkniętych przestrzeniach; przebywanie na dużej wysokości; widok krwi lub urazu.

Dotychczasowe wyniki badań na temat związku pomiędzy zaburzeniami lękowymi a zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu są niejednoznaczne - być może wynika to z faktu, że różne zaburzenia lękowe lub objawy mogą wiązać się z różnymi, unikatowymi wzorami picia. Z tego powodu badacze sugerują prowadzenie analiz na temat tych związków przy rozróżnieniu pomiędzy specyficznymi rodzajami zaburzeń lękowych (Dyer i wsp. 2019). Przykładowo w badaniach Torvik i in. (2019) oceniono współwystępowanie AUD oraz szeregu zaburzeń lękowych (m.in. uogólnionego zaburzenia lękowego, napadów lęku panicznego, agorafobii i fobii swoistych) wśród 2801 dorosłych norweskich bliźniaków. Zaburzenia związane z używaniem alkoholu (AUD) występowały częściej u mężczyzn niż u kobiet, podczas gdy napady lęku panicznego oraz fobie swoiste występowały częściej u kobiet. Ryzyko współwystępowania zaburzeń lękowych było istotnie wyższe wśród osób z AUD. W przypadku napadów lęku panicznego iloraz szans (OR) wynosił 3,14 (95% CI; 1,80-5,47), natomiast w przypadku fobii swoistych 1,85 (95% CI; 1,33-2,56), (Torvik i in. 2019).

Badacze wskazują, że pacjenci ze współwystępowaniem zaburzeń związanych z używaniem alkoholu oraz napadów lęku panicznego często gorzej reagują na leczenie, mają też wyższe wskaźniki rezygnacji z leczenia i nawrotów (Burns i Teesson, 2002; Hasin i in., 2007).

Gabriels i in. (2019) przeprowadzili badania w ośrodku leczenia uzależnienia od alkoholu w RPA na próbie 159 pacjentów. Współwystępowanie różnych zaburzeń psychicznych stwierdzono u 62% pacjentów, a odsetek ten był istotnie wyższy u kobiet niż u mężczyzn (83% vs. 51%,  $p = 0,001$ ). Współwystępowanie fobii swoistych nie było oceniane w tym badaniu, natomiast napady lęku panicznego stwierdzono u 9% badanych, dla porównania agorafobia i fobie społeczne występowały u 23% badanych, a zaburzenia lęku uogólnionego i PTSD stwierdzono u 21% pacjentów. Interpretując wyniki tego badania autorzy sugerują, że u kobiet z doświadczeniami napadów paniki obserwuje się zwykle poważniejszą psychopatologię niż u mężczyzn. W opisywanym badaniu kobiety z doświadczeniami napadów paniki i AUD częściej doświadczały współistniejących zaburzeń depresyjnych i zaburzeń osobowości co może częściowo wyjaśniać różnice w korzystaniu ze specjalistycznych usług medycznych.

## Wyniki

### Współwystępowanie zaburzeń używania alkoholu (AUD) oraz zaburzeń lękowych z napadami lęku (lęk paniczny, PD)

Porównanie rozpowszechnienia w ciągu życia sporadycznych napadów lęku panicznego z napadami nawracającymi spełniającymi kryteria diagnostyczne zaburzenia wskazuje, że te pierwsze występowały wśród pacjentów polskich stacjonarnych placówek leczenia uzależnienia od alkoholu dziewięciokrotnie częściej (tabela 1).

Tab. 1. Napady lęku oraz napady nawracające spełniające kryteria diagnostyczne zaburzenia – porównanie rozpowszechnienia w ciągu całego życia – ogółem i wg płci oraz porównanie z populacją generalną (EZOP II) oraz osoby z populacji generalnej z zaburzeniami używania alkoholu

Napady lękowe	Płeć	Pacjenci OTUA %	Populacja generalna - osoby z zaburzeniami używania alkoholu %	Populacja generalna %
Napady lęku panicznego	Ogółem	30,2	17,9	5,4
	Mężczyźni	27,3	13,5	4,7
	Kobiety	44,4	38,1	8,8
Napady lęku spełniające kryteria zaburzenia	Ogółem	3,4	2,8	1,0
	Mężczyźni	3,3	3,1	0,9
	Kobiety	3,9	1,6	1,5

Proporcja ta jest wyższa niż w badaniach EZOP – gdzie różnica ta była sześciokrotna w przypadku osób z zaburzeniami używania alkoholu i pięciokrotna w odniesieniu do populacji ogólnej. W obu przypadkach zaznacza się przewaga kobiet nad mężczyznami – 44% pacjentek i 27% pacjentów placówek leczenia uzależnienia od alkoholu doświadczyło kiedykolwiek w życiu napadów lęku panicznego. W przypadku napadów lęku spełniających kryteria zaburzenia różnica ta jest jednak mniej wyraźnie zarysowana (tabela 1).

Tab. 2. Napady lęku panicznego oraz napady nawracające spełniające kryteria diagnostyczne zaburzenia – średni wiek wystąpienia lęku (napady i napady nawracające) - porównanie z populacją generalną oraz osobami z zaburzeniami używania alkoholu (EZOP II)

Płeć		Napady lęku panicznego		Napady lęku spełniające kryteria zaburzenia	
		Pacjenci OTUA	Populacja generalna	Pacjenci OTUA	Populacja generalna
Ogółem	Średnia	29,7	24,6	27,2	24,8
	SD	12,3	15,9	9,7	21,1
	Mediana	29,0	20,0	26,7	17,0
Mężczyźni	Średnia	29,8	24,3	27,0	22,5
	SD	12,2	15,1	9,9	16,8
	Mediana	29,0	20,0	28,0	16,9
Kobiety	Średnia	29,4	25,3	27,8	31,7
	SD	12,8	17,8	9,5	30,3
	Mediana	29,5	20,3	23,7	22,6

Obydwa typy zaburzeń lękowych występowały częściej wśród pacjentów placówek leczenia uzależnień niż wśród osób spełniających kryteria zaburzeń używania alkoholu zidentyfikowanych w badaniu populacyjnym EZOP (odpowiednio 30,2% i 17,9% dla ataków paniki oraz 3,4% i 2,8% dla napadów lęku spełniających diagnostyczne kryteria zaburzenia). Jednak w obydwu przypadkach odsetki te są kilkukrotnie wyższe niż w populacji generalnej (tabela 1).

Podobny dla obu rodzajów doświadczenia lęku panicznego (sporadycznego lub nawrotowego) był średni wiek wystąpienia pierwszego w życiu napadu (29,8 dla mężczyzn i 29,4 dla kobiet oraz odpowiednio 27,0 dla mężczyzn i 27,8 dla kobiet), średni wiek wystąpienia pierwszego w życiu napadu był również zbliżony do wyników uzyskanych w badaniu EZOP dla populacji ogólnej. Z powodu tych podobieństw oraz pewnej nieostrości rozróżnienia diagnostycznego w odniesieniu zarówno do kryteriów diagnostycznych ICD-10, jak i operacjonalizacji tych wymiarów w prezentowanym badaniu, w dalszej części analizy skupimy się przede wszystkim na napadach lęku panicznego.

Tab. 3. Napady lęku panicznego według płci i wieku

Wiek	Kiedykolwiek w życiu			W ciągu ostatnich 12 miesięcy		
	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
18-34 lat	42,3	38,8	59,0	26,0	22,4	42,5
35-59 lat	30,2	26,7	47,7	18,5	16,2	30,3
60+ lat	15,7	16,4	12,1	8,6	9,9	3,0
Ogółem	30,2	27,4	44,1	18,4	16,4	28,3

Porównanie rozpowszechnienia występowania napadów paniki wśród pacjentów placówek leczenia uzależnienia od alkoholu wskazuje, że występują one częściej w młodszych grupach wiekowych – wśród osób przed 35 rokiem życia, z istotną przewagą tego rozpowszechnienia wśród kobiet (tabela 3).

Tab. 4. Napady lęku panicznego według płci i wykształcenia

Wykształcenie	Kiedykolwiek w życiu			W ciągu ostatnich 12 miesięcy		
	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
Gimnazjum lub niższe	24,6	23,0	33,3	14,2	12,4	24,1
Zasadnicze zawodowe	28,1	25,7	45,8	16,7	14,6	32,7
Średnie	33,5	31,9	40,2	21,2	20,9	22,2
Wyższe	34,8	25,0	58,7	20,3	13,4	37,0
Ogółem	30,4	27,4	44,7	18,4	16,4	28,3

Tab. 5. Napady lęku panicznego według płci i stanu cywilnego

Stan cywilny	Kiedykolwiek w życiu			W ciągu ostatnich 12 miesięcy		
	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
Żonaty/zamężna	24,6	21,4	40,3	15,2	12,7	27,8
W stałym związku	36,4	30,1	58,5	22,5	18,5	36,6
Rozwiedziony/ w separacji	32,0	31,7	34,5	22,4	22,6	20,7
Wdowiec/ wdowa	20,8	18,2	22,6	9,4	9,1	9,7
Kawaler/ panna	34,9	31,1	68,8	19,0	15,8	46,9
Ogółem	30,3	27,3	44,9	18,4	16,3	28,8

Występują one częściej w populacji pacjentów ze średnim i wyższym wykształceniem, również z istotną przewagą tego rozpowszechnienia wśród kobiet (tabela 4).

Rozpowszechnienia występowania napadów paniki według stanu cywilnego wskazuje, że występowały one kiedykolwiek w życiu najczęściej wśród osób niezamężnych (osób w związkach niesformalizowanych oraz kawalerów/panien) a najrzadziej wśród osób owdowiałych (prawdopodobnie ze względu na rzadsze ich rozpowszechnienie w populacji osób starszych). Wydaje się, że pozostawanie w związku małżeńskim stanowi czynnik ochronny (tabela 5).

Tab. 6. Napady lęku panicznego i występowanie zaburzeń używania alkoholu – porównanie wieku wystąpienia zaburzeń

Płeć		Napady lęku panicznego	Zaburzenia używania alkoholu
Mężczyźni	Średnia	29,9	27,5
	SD	12,2	11,2
	Mediana	29,0	25,0
Kobiety	Średnia	29,4	34,6
	SD	12,8	12,8
	Mediana	30,0	34,0
Ogółem	Średnia	29,7	28,7
	SD	12,3	11,8
	Mediana	29,0	25,0

Porównanie wieku wystąpienia pierwszych w życiu napadów paniki oraz zaburzeń używania alkoholu wskazuje, że średni wiek wystąpienia tych problemów był zbliżony. Zarysowuje się jednak różnica pomiędzy mężczyznami a kobietami - dla mężczyzn średni wiek wystąpienia zaburzeń używania alkoholu był niższy niż wiek wystąpienia lęku panicznego, natomiast dla kobiet zależność ta była odwrotna (tabela 6).

Tab. 7. Wpływ lęku antycypacyjnego na aktywność życiową (średnie i odchylenia standardowe) – zdolność do pracy zawodowej, zdolność nawiązywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi, życie towarzyskie oraz wykonywanie obowiązków domowych – ogółem i wg płci

		Zdolność do pracy zawodowej	Zdolność do nawiązywania i utrzymywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi	Życie towarzyskie	Wykonywanie obowiązków domowych
Mężczyźni	Średnia	5,2	5,5	5,2	5,6
	SD	3,5	3,6	3,8	3,4
	Mediana	5,0	6,0	5,0	6,0
Kobiety	Średnia	6,0	6,3	6,3	6,2
	SD	3,2	3,1	3,3	2,9
	Mediana	6,5	7,0	7,0	6,2
Ogółem	Średnia	5,4	5,7	5,5	5,7
	SD	3,4	3,5	3,7	3,3
	Mediana	5,0	6,0	6,0	6,0

Wskazywaliśmy wcześniej, że przeżycie napadu lęku panicznego uwalnia lęk antycypacyjny, czyli obawę przed ponownym wystąpieniem napadu, co sprawia, że jest to potencjalnie jedno ze szczególnie uciążliwych zaburzeń psychicznych, obniżających zdolność funkcjonowania pacjenta w wielu obszarach jego życia. Poprosiliśmy więc pacjentów o ocenę siły wpływu doświadczanych napadów lęku panicznego na ich funkcjonowanie w pracy i w relacjach z innymi ludźmi, na życie towarzyskie i wykonywanie obowiązków domowych. Siła tego wpływu oceniana była na skali od 0 do 10, gdzie 10 oznaczało bardzo silny wpływ. Wyniki badania wskazują, że był on najsilniejszy wśród kobiet i przejawiał się przede wszystkim w sferze relacji interpersonalnych oraz w obszarze życia towarzyskiego (tabela 7).

Tab. 8. Napady lęku oraz napady nawracające spełniającymi kryteria diagnostyczne zaburzenia – porównanie odsetka osób, które zwróciły się o pomoc do lekarza i tych, które uzyskały skuteczne leczenie

Płeć	Odsetek osób, które zwróciły się o pomoc do lekarza %	Odsetek osób, które otrzymały skuteczne leczenie %
Napady lęku panicznego		
Mężczyźni	41,3	64,9
Kobiety	64,4	72,4
Ogółem	47,0	67,4
Napady lęku spełniające kryteria zaburzenia		
Mężczyźni	29,4	70,0
Kobiety	55,6	80,0
Ogółem	34,9	73,3

Prawie połowa osób z napadami lęku panicznego oraz 1/3 osób doświadczająca napadów nawracających spełniających kryteria diagnostyczne zaburzenia zwróciły się z tym problemem po pomoc specjalistyczną i – co ważne - w ponad 2/3 przypadków zastosowane leczenie okazało się skuteczne. Wyniki badania ponownie pokazują znaczne dysproporcje, jeśli chodzi o płeć – kobiety ponad 1,5 razy częściej niż mężczyźni korzystają w tym zakresie z pomocy specjalistycznej, częściej też uznają otrzymaną pomoc za skuteczną (tabela 8).

### **Współwystępowanie zaburzeń używania alkoholu (AUD) oraz specyficznych postaci fobii (SP)**

Na doświadczenie specyficznych postaci fobii wskazał co czwarty pacjent stacjonarnych placówek leczenia uzależnienia od alkoholu. Porównanie rozpowszechnienia w ciągu życia fobii swoistych wskazuje, że występowały one wśród pacjentów placówek leczenia uzależnienia dwukrotnie częściej niż wśród osób z zaburzeniami używania alkoholu zidentyfikowanymi w badaniu EZOP oraz sześciokrotnie częściej niż w populacji ogólnej. Ponownie zaznacza się przewaga kobiet nad mężczyznami – prawie 38% pacjentek i ponad 22% pacjentów polskich placówek leczenia uzależnienia od alkoholu doświadczyło kiedykolwiek w życiu fobii swoistych (tabela 9).

Tab. 9. Fobie swoiste – rozpowszechnienie kiedykolwiek w życiu oraz porównanie z populacją generalną (EZOP II)

		Pacjenci OTUA %	Populacja generalna osoby z zaburzeniami używania alkoholu %	Populacja generalna %
Fobie swoiste	Ogółem	24,7	12,7	3,9
	Mężczyźni	22,1	11,4	3,4
	Kobiety	37,6	19,0	6,3

Tab. 10. Fobie swoiste – rozpowszechnienie kiedykolwiek w życiu – ogółem oraz w podziale na typy fobii: lęk przed zwierzętami; lęk przed wodą; lęk przed lekarzem/dentystą/krwią; lęk przed zamkniętymi przestrzeniami; lęk wysokości; lęk przed lataniem

	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
<b>Fobie specyficzne (razem)</b>	<b>24,7</b>	<b>22,1</b>	<b>37,6</b>
Lęk przed zwierzętami	11,7	9,6	21,8
Lęk przed wodą	6,9	5,0	16,1
Lęk przed lekarzem/dentystą/krwią	13,9	13,2	17,5
Lęk przed zamkniętymi przestrzeniami	8,9	7,1	17,6
Lęk wysokości	16,2	14,0	26,8
Lęk przed lataniem	5,3	3,9	12,1

Jak wskazywaliśmy wcześniej różnorodność i zakres sytuacji lękorodnych może być ogromna i występować w różnych kontekstach. Jeśli chodzi o charakterystykę fobii swoistych wśród pacjentów stacjonarnych placówek leczenia uzależnienia od alkoholu najbardziej rozpowszechniony jest lęk wysokości (16,2%), lęk przed lekarzem/dentystą lub na widok krwi (13,9%) oraz lęk przed zwierzętami (11,7%). Najrzadziej rozpowszechnionym rodzajem fobii swoistej był lęk przed lataniem (5,3%) (tabela 10).

Tab. 11. Fobie swoiste według płci i wieku

Wiek	Kiedykolwiek w życiu			W ciągu ostatnich 12 miesięcy		
	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
18-34 lat	30,9	28,4	42,5	22,8	20,7	32,5
35-59 lat	23,4	20,6	37,9	17,4	14,7	31,1
60+ lat	22,8	21,2	30,3	16,2	15,8	18,2
Ogółem	24,7	22,1	37,6	18,2	16,0	29,3

Podobnie jak opisywane wyżej napady lęku, występują one częściej w młodszych grupach wiekowych – wśród osób przed 35 rokiem życia, z istotną przewagą tego rozpowszechnienia kobiet (tabela 11).

Obserwuje się je najczęściej wśród mężczyzn z wykształceniem zawodowym oraz wśród kobiet z wykształceniem wyższym (tabela 12).

Tab. 12. Fobie swoiste według płci i wykształcenia

Wykształcenie	Kiedykolwiek w życiu			W ciągu ostatnich 12 miesięcy		
	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
Gimnazjum lub niższe	17,9	14,3	37,9	13,5	10,5	30,0
Zasadnicze zawodowe	30,2	29,0	39,6	23,2	22,0	32,7
Średnie	22,8	20,4	32,9	15,7	13,7	24,4
Wyższe	24,1	16,1	43,5	17,2	10,8	32,6
Ogółem	24,7	22,1	37,6	18,2	15,9	29,5

Fobie swoiste występowały kiedykolwiek w życiu najczęściej wśród osób żyjących samotnie (osób owdowiałych oraz kawalerów/panien). Widoczna jest również istotna przewaga tego rozpowszechnienia wśród kobiet – ponad czterokrotnie wyższa dla wdów oraz ponad dwukrotnie wyższa dla panien (tabela 13).

Tab. 13. Fobie swoiste według płci i stanu cywilnego

Stan cywilny	Kiedykolwiek w życiu			W ciągu ostatnich 12 miesięcy		
	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %
Żonaty / zameżna	23,4	21,1	34,7	16,4	13,8	29,2
W stałym związku	21,9	19,2	31,7	17,6	15,1	26,8
Rozwiedziony / w separacji	23,2	22,6	27,6	17,1	16,7	20,0
Wdowiec / wdowa	28,8	9,5	41,9	21,2	9,5	29,0
Kawaler / panna	28,5	25,4	56,3	21,4	18,9	42,4
Ogółem	24,7	22,1	37,6	18,2	15,9	29,5

Jak widać z tabeli 14 średni wiek pojawienia się fobii swoistych był znacząco niższy niż wiek wystąpienia zaburzeń alkoholowych; różnica pomiędzy średnim wiekiem pojawienia się fobii swoistych a średnim wiekiem występowania zaburzeń używania alkoholu wynosiła ponad 10 lat w przypadku mężczyzn i dwadzieścia lat u kobiet (tabela 14).

Tab. 14. Fobie swoiste i występowanie zaburzeń używania alkoholu – porównanie wieku wystąpienia zaburzeń

Płeć		Fobie swoiste	Zaburzenia używania alkoholu
Mężczyźni	Średnia	15,8	27,5
	SD	10,8	11,2
	Mediana	12,0	25,0
Kobiety	Średnia	13,7	34,6
	SD	9,3	12,8
	Mediana	10,0	34,0
Ogółem	Średnia	15,3	28,7
	SD	10,4	11,8
	Mediana	12,0	25,0

Podobnie jak w przypadku lęku panicznego, fobie swoiste również uwalniają lęk antycypacyjny, co sprawia, że jest to problem potencjalnie obniżający zdolność funkcjonowania pacjenta w różnych obszarach jego życia. Poprosiliśmy więc pacjentów o ocenę siły wpływu doświadczanych fobii swoistych na ich relacje z innymi, funkcjonowanie zawodowe, towarzyskie oraz realizację obowiązków domowych. Wyniki badania wskazują, że doświadczenie fobii specyficznych ma znacznie mniejszy wpływ na funkcjonowanie niż doświadczenie lęku napadowego. W przypadku fobii był on stosunkowo najsilniejszy wśród kobiet i przejawiał się przede wszystkim w obszarze życia towarzyskiego oraz obowiązków domowych (tabela 15).

Tab. 15. Wpływ lęku antycypacyjnego na aktywność życiową – zdolność do pracy zawodowej, zdolność nawiązywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi, życie towarzyskie oraz wykonywanie obowiązków domowych – ogółem i wg płci

Płeć		Zdolność do pracy zawodowej	Zdolność do nawiązywania i utrzymywania bliskich kontaktów z innymi ludźmi	Życie towarzyskie	Wykonywanie obowiązków domowych
Mężczyźni	Średnia	2,6	1,7	2,6	2,6
	SD	3,4	2,9	3,3	3,3
	Mediana	0,0	0,0	0,0	0,0
Kobiety	Średnia	2,3	1,9	3,3	3,3
	SD	3,3	3,0	3,6	3,6
	Mediana	0,0	0,0	2,0	2,0
Ogółem	Średnia	2,5	1,8	2,8	2,8
	SD	3,3	2,9	3,4	3,4
	Mediana	0,0	0,0	1,0	1,0

Być może, ze względu na słabszy wpływ fobii swoistych na życie codzienne, zwłaszcza lęku antycypacyjnego i mniej burzliwy ich przebieg odsetki pacjentów, którzy zwrócili się o pomoc specjalisty są znacznie mniejsze niż w przypadku lęku panicznego. Mniejsze też są odsetki osób, które otrzymały skuteczne leczenie, co może wiązać się z jednej strony z mniej skuteczną ofertą terapeutyczną w tym zakresie ale także z mniejszą motywacją wynikającą z mniejszej dokuczliwości tych zaburzeń (tab. 16).

Tab. 16. Fobie swoiste – porównanie odsetka osób, które (a) zwróciły się o pomoc do lekarza i (b) uzyskały skuteczne leczenie

Płeć	Odsetek osób, które zwróciły się o pomoc do lekarza	Odsetek osób, które otrzymały skuteczne leczenie
Mężczyźni	8,1	40,7
Kobiety	14,1	28,6
Ogółem	9,4	36,6

## Podsumowanie

W niniejszym rozdziale podjęto zagadnienie współwystępowania zaburzeń związanych z alkoholem oraz dwóch wybranych zaburzeń lękowych: napadów lęku panicznego oraz fobii

swoistych, w populacji dorosłych pacjentów hospitalizowanych w wyspecjalizowanych placówkach leczenia uzależnień na terenie Polski. Ponad 30% pacjentów placówek leczenia uzależnień doświadczyło w swoim życiu ataku paniki a blisko 25% fobii swoistych - najbardziej rozpowszechniony jest lęk wysokości, lęk przed lekarzem/dentystą lub na widok krwi oraz lęk przed zwierzętami. W badaniu oceniono związek doświadczanych zaburzeń z płcią, wiekiem, wykształceniem i stanem cywilnym oraz stopień zaspokojenia potrzeb pacjentów w zakresie specjalistycznego leczenia. Z zebranych danych wynika, iż podobnie jak w innych badaniach (Mann i in. 2003), wśród polskich pacjentów placówek leczenia uzależnień współistniejące zaburzenia psychiczne występują częściej wśród kobiet niż mężczyzn. Ponadto, obydwa typy analizowanych zaburzeń lękowych występują częściej w młodszych grupach wiekowych – wśród osób przed 35 rokiem życia. Średni wiek wystąpienia zaburzeń związanych z alkoholem oraz pierwszych w życiu napadów paniki był zbliżony, natomiast wiek pojawienia się pierwszych w życiu fobii swoistych różnił się znacząco – fobie pojawiają się znacznie wcześniej.

Z literatury wynika, że przeżycie napadu lęku panicznego lub doświadczenie fobii uwalnia lęk antycypacyjny. Wyniki badania wskazują, że w przypadkach napadów lęku panicznego był on znacznie wyższy niż w przypadku fobii swoistych i przejawiał się przede wszystkim w sferze relacji interpersonalnych oraz w obszarze życia towarzyskiego.

Rozpowszechnienie analizowanych zaburzeń lękowych pokazuje, że występowały one wśród pacjentów placówek leczenia uzależnienia częściej niż wśród osób z zaburzeniami używania alkoholu zidentyfikowanymi w badaniu populacyjnym. Potwierdza to wyniki badań wskazujących na heterogeniczność zaburzeń używania alkoholu oraz wyniki badań sugerujące, że do leczenia stacjonarnego zgłaszają się pacjenci o głębszej psychopatologii tych zaburzeń oraz pacjenci z zaburzeniami współwystępującymi. Z badań wynika, że pacjenci ze współwystępowaniem zaburzeń związanych z używaniem alkoholu oraz zaburzeń lękowych często gorzej reagują na leczenie, mają też wyższe wskaźniki rezygnacji z leczenia i nawrotów (Burns i Teesson, 2002; Hasin i in., 2007), stąd prawdopodobnie większy odsetek tych pacjentów w lecznictwie stacjonarnym oferującym bardziej intensywne oddziaływania lecznicze i terapeutyczne.

Wreszcie - prawie połowa osób z napadami lęku panicznego oraz 1/3 osób doświadczających napadów nawracających spełniających kryteria diagnostyczne zaburzenia zwróciły się z tym problemem po pomoc specjalistyczną i w ponad 2/3 przypadków leczenie okazało się skuteczne. Natomiast w przypadku fobii swoistych doświadczenia te są zupełnie inne – po

pomoc zwraca się niespełna 10% pacjentów i tylko 1/3 wskazuje, że otrzymała w tym zakresie skuteczne leczenie. Ponadto wyniki badania pokazują dysproporcje w zgłaszalności do leczenia, jeśli chodzi o płeć – kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z pomocy specjalistycznej.

Podsumowując, oszacowanie rozmiarów współchorobowości i potrzeb pacjentów stacjonarnych placówek leczenia uzależnienia od alkoholu pozwala podjąć dyskusję i zaplanować bardziej adekwatny i racjonalny sposób odpowiedzi na potrzeby pacjentów z zaburzeniami lękowymi na przykład poprzez opracowanie zindywidualizowanych planów leczenia.

## Przypisy

- Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 299–307. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00220-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00220-x)
- Chang, H. M., Pan, C. H., Chen, P. H., Chen, Y. L., Tai, M. H., Su, S. S., Tsai, S. Y., Chen, C. C., & Kuo, C. J. (2020). Sex differences in incidence and psychiatric comorbidity for alcohol dependence in patients with panic disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 207, 107814. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107814>
- Dyer, M. L., Easey, K. E., Heron, J., Hickman, M., & Munafò, M. R. (2019). Associations of child and adolescent anxiety with later alcohol use and disorders: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Addiction*, 114, 968–982. <https://doi.org/10.1111/add.14575>
- Gabriels, C., Macharia, M., & Weich, L. (2019). Psychiatric comorbidity among alcohol-dependent individuals seeking treatment at the Alcohol Rehabilitation Unit, Stikland Hospital. *South African Journal of Psychiatry*, 25, Article 1218. <https://doi.org/10.4102/sajpsychoiatry.v25i0.1218>
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830–842. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.830>
- Torvik, F. A., Rosenström, T. H., Gustavson, K., Ystrom, E., Kendler, K. S., Bramness, J. G., Czajkowski, N., & Reichborn-Kjennerud, T. (2019). Explaining the association between anxiety disorders and alcohol use disorder: A twin study. *Depression and Anxiety*, 36, 522–532. <https://doi.org/10.1002/da.22886>
- Wciórka, J., Leciak, L., Rawska-Kabacińska, A., Suchecka, E., & Stokwiszewski, J. (2021). Zaburzenia nerwicowe i związane ze stresem (internalizacyjne). W J. Moskalewicz & J. Wciórka (Eds.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”* (pp. 197–294). Instytut Psychiatrii i Neurologii.

## 11. ZABURZENIA ZACHOWANIA (*Michał Kucharski, Jacek Moskalewicz*)

### Wprowadzenie

Zaburzenia zachowania (ang. *Conduct Disorder*, CD) są jednymi z problemów zdrowia psychicznego, które rozpoczynają się zazwyczaj w okresie dzieciństwa lub wczesnej młodości. W kontekście badań epidemiologicznych podkreśla się, że zaburzenia te są istotnym predyktorem dalszych problemów psychicznych i behawioralnych w dorosłości, takich jak zaburzenia związane z używaniem substancji, zaburzenia antyspołeczne czy trudności w utrzymaniu zatrudnienia i relacji interpersonalnych.

Zaburzenia zachowania wg ICD- 10 to powtarzający się i utrwalony wzorzec zachowania, cechujący się gwałceniem albo podstawowych praw innych osób, albo poważniejszych norm i reguł społecznych właściwych dla wieku, trwający co najmniej sześć miesięcy, w czasie których występują niektóre z następujących przejawów:

1. Wybuchy złości nadzwyczaj częste lub ciężkie w stosunku do poziomu rozwojowego.
2. Częste kłótnie z dorosłymi.
3. Często aktywne odrzucanie wymagań dorosłych lub nie spełnianie reguł.
4. Często jakby rozmyślne robienie rzeczy, które budzą gniew innych.
5. Często oskarżanie innych o własne pomyłki lub niewłaściwe zachowania.
6. Często drażliwość i łatwość wprowadzania w złość przez innych.
7. Często wpadanie w gniew lub w rozżalenie.
8. Często złośliwość i mściwość.
9. Często kłamstwa lub zrywanie obietnic w celu uzyskania dóbr lub przywilejów bądź uniknięcia obowiązków.
10. Często inicjowanie starć fizycznych (nie obejmuje to starć z rodzeństwem).
11. Używanie broni, która może powodować u innych poważne uszkodzenia ciała (np. kij, cegła, rozbita butelka, nóż, strzelba).
12. Pozostawianie poza domem po zapadnięciu zmroku, mimo zakazu rodziców (rozpoczynające się przed 13 rokiem życia).
13. Przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec innych osób (np. krępowanie, lub podpalanie ofiar).
14. Przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec zwierząt.
15. Rozmyślne niszczenie własności innych osób (inaczej niż przez podpalenie).
16. Rozmyślne podkładanie ognia ze stwarzaniem ryzyka lub z zamiarem spowodowania poważnych zniszczeń.

17. Kradzieże przedmiotów o niebanalnej wartości bez konfrontacji z ofiarą, zarówno w domu, jak i poza nim (np. kradzieże w sklepach, włamania, fałszerstwa).
18. Częste wagary ze szkoły, rozpoczynające się przed 13 rokiem życia.
19. Co najmniej dwukrotne ucieczki z domu rodzicielskiego lub zastępczego albo ucieczka jednorazowa trwająca dłużej niż jedną noc (nie obejmuje opuszczania domu w celu uniknięcia molestowania fizycznego lub seksualnego).
20. Popelnianie przestępstw wymagających konfrontacji z ofiarą (włączając kradzieże kieszonkowe, wymuszenia, napady).
21. Zmuszanie innych osób do aktywności seksualnej.
22. Częste terroryzowanie innych (np. rozmyślne zadawanie bólu lub ran połączone z uporczywym zastraszaniem, dręczeniem, molestowaniem).
23. Włamania do cudzego domu, budynku, samochodu.

Do spełnienia kryterium wystarczy choćby jednorazowe wystąpienie objawów wymienionych w punktach 11, 13, 15, 16, 20, 21, 23.

Zaburzenie zachowania obejmuje cztery główne grupy zachowań, które są klasyfikowane jako odbiegające od norm społecznych i moralnych. Są to:

1. Agresja wobec ludzi i zwierząt
  - Przejawia się zachowaniami takimi jak zastraszanie, fizyczna napaść, znęcanie się nad innymi, okrucieństwo wobec zwierząt, a także inicjowanie bójek czy stosowanie siły fizycznej.
2. Niszczenie mienia
  - Obejmuje umyślne niszczenie cudzej własności, w tym akty wandalizmu (np. przebijanie opon, tłuczenie szyb, umieszczenie graffiti na budynkach) lub podpalenia, które mogą prowadzić do poważnych strat materialnych.
3. Oszustwa lub kradzieże
  - Dotyczy takich działań jak kłamstwa, oszukiwanie w celu uzyskania korzyści, okradanie innych bez bezpośredniej konfrontacji (np. włamania).
4. Poważne naruszenia zasad społecznych
  - Zalicza się tutaj np. powtarzające się wagary, ucieczki z domu, łamanie zakazów lub zasad ustalonych przez opiekunów oraz angażowanie się w działalność przestępczą.

Zachowania te są na tyle poważne, że znacząco wpływają na funkcjonowanie jednostki w sferze społecznej, edukacyjnej lub zawodowej, a także na relacje interpersonalne.

Według danych pochodzących z międzynarodowych badań nad zdrowiem psychicznym WMH Mental Health Surveys (z ang. *World Mental Health Surveys*), przeprowadzonych w 19 krajach w latach 2001–2012 na łącznej próbie około 91 tys. osób, zaburzeń zachowania w ciągu całego życia doświadczyło 2,3% dorosłej populacji. Częstość występowania tego zaburzenia różniła się w zależności od kraju – od 0,3% w Nigerii do 9,5% w USA. W Polsce badanie EZOP I, przeprowadzone w latach 2010–2011 na próbie dorosłych mieszkańców w wieku 18–64 lata, wykazało, że w ciągu całego życia zaburzeń zachowania doświadczyło 2% osób. Z kolei w badaniu EZOP II, realizowanym w latach 2018–2019 na próbie obejmującej wszystkich dorosłych mieszkańców (18+), rozpowszechnienie było prawie dwukrotnie wyższe i wyniosło 3,9%.

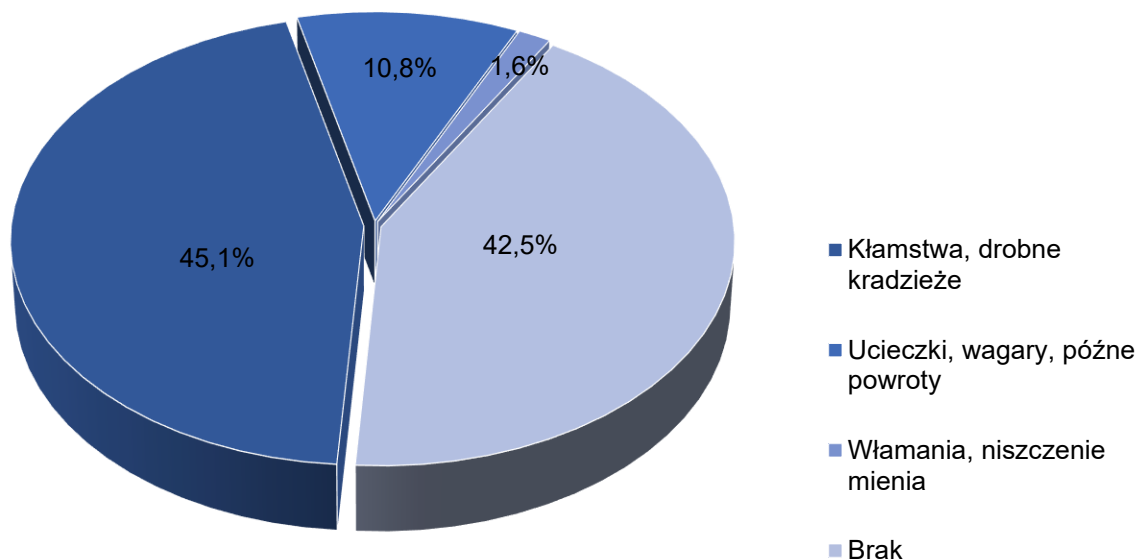
Wyniki badania WMH pokazują, że wiek pierwszego wystąpienia objawów zaburzeń zachowania to średnio 7 rok życia i stopniowo wzrasta do 19. roku życia. Większość przypadków CD rozwija się między 10. a 15. rokiem życia, z medianą wieku wynoszącą 13 lat (Turner i wsp., 2018). Wczesna diagnoza i interwencja w przypadku zaburzeń zachowania są kluczowe dla ograniczenia ich długoterminowych skutków.

Zaburzenia zachowania częściej potwierdzają respondenci w młodszych grupach wiekowych, szczególnie w grupie 18-24 lata, częściej mężczyźni niż kobiety, osoby nieaktywne zawodowo (niepełnosprawni, niezdolni do pracy, bezrobotni), o niższym wykształceniu, osoby pozostające poza stałymi związkami (rozwidzeni, w separacji, wdowy/wdowcy). Jednym z czynników współwystępujących z zaburzeniami zachowania jest doświadczanie innego zaburzenia zdrowia psychicznego. W perspektywie całego życia, współwystępowanie zaburzeń zachowania i innych zaburzeń zdrowia psychicznego dotyczyło 87,3% osób z diagnozą CD. Współwystępowanie zaburzeń zachowania i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wyniosło prawie 53% (Turner et al. 2018).

## Wyniki

Do badania współchorobowości zaburzeń alkoholowych i zaburzeń zachowania pacjentów OTUA wykorzystano kwestionariusz CIDI. Sekcję kwestionariusza CIDI na temat zaburzeń zachowania otwierała seria pytań screeningowych dotycząca okresu dzieciństwa lub nastoletniego trwającego sześć miesięcy lub dłużej, w którym „wiele dzieci i nastolatków ... robi rzeczy, których zabraniają im dorośli”, takie jak kłamstwa, drobne kradzieże, łamanie przyjętych zasad lub włamania do samochodów, niszczenie mienia, celowe zaproszenie ognia lub ucieczki z domu, wielokrotne wagary lub późne, wbrew oczekiwaniom rodziców, powroty do domu. Rozkład odpowiedzi na te pytania zawiera rycina 1.

Ryc. 1. Rozpowszechnienie zachowań nieakceptowanych społecznie w dzieciństwie lub w okresie nastoletnim



Zachowań takich nie potwierdziło 42,5% pacjentów. Największy odsetek bo aż 45% miał za sobą w dzieciństwie lub okresie nastoletnim takie zachowania jak kłamstwa lub drobne kradzieże, 11% potwierdziło ucieczki z domu, częste wagary, późne powroty do domu wbrew oczekiwaniom rodziców a niecałe 2% - poważniejsze przekroczenia norm takie jak włamania do samochodów, celowe niszczenie mienia czy zaproszenie ognia. Na kolejne pytania tej sekcji odpowiadali tylko pacjenci, którzy twierdząco odpowiedzieli przynajmniej na jedno

pytanie screeningu a więc niecałe 60% badanych. W tabeli 1, przedstawiono bardziej szczegółowo rozpowszechnienie różnych symptomów zaburzeń zachowania w tej grupie.

Tab. 1. Rozpowszechnienie różnych symptomów zaburzeń zachowania lub zachowań agresywnych

Kategoria zachowania	Zachowanie	Mężczyźni %	Kobie ty %	Ogółem %
Kłamstwa, drobne kradzieże	kłamstwa, oszustwa	35,1	18,4	32,2
	kradzież w sklepie	20,4	6,8	18,1
	kradzież rzeczy należących do opiekunów	26,1	11,7	23,6
	przynajmniej jedno	40,9	21,8	37,6
Ucieczki, wagary, późne powroty	powroty do domu później niż oczekiwali tego rodzice	45,4	29,1	42,6
	częste wagary	31,6	20,4	29,7
	ucieczki z domu więcej niż raz	17,6	16,5	17,4
	przynajmniej jedno	51,6	35,4	48,9
Włamania, niszczenie mienia	włamanie do samochodu, domu	10,0	1,9	8,6
	celowe podłożenie ognia	2,1	0,5	1,8
	rozmyślne uszkodzenie mienia	17,1	4,4	14,9
	przynajmniej jedno	20,8	5,9	18,2
Zachowania agresywne	dokuczanie, grożenie, zastraszanie	12,6	5,8	11,4
	angażowanie się w bójki	19,0	8,3	17,1
	użycie broni	6,5	1,5	5,6
	okrucieństwo wobec zwierząt	4,3	1,5	3,8
	okrucieństwo wobec ludzi	8,2	2,4	7,2
	groźby, wymuszenia, rozbój, kradzież zuchwała	7,6	1,5	6,5
	wymuszanie czynności seksualnych	0,7	0,5	0,7
	przynajmniej jedno	28,4	12,1	25,6

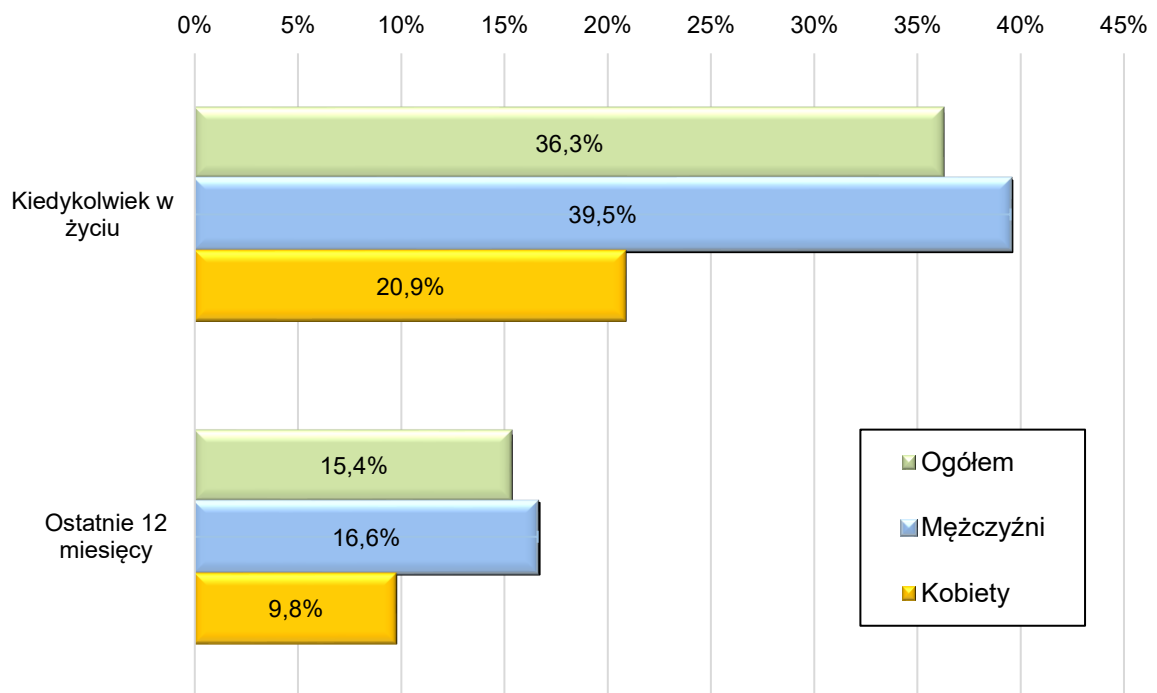
Jak widać z tabeli 1 stosunkowo najczęściej zdarzały się zachowania związane z łamaniem reguł w szkole i w domu: późne powroty (43%), częste wagary (28%), ucieczki z domu więcej niż jeden raz (18%). W sumie tego typu zachowania potwierdziła prawie połowa badanych. Ucieczki z domu zdarzały się równie często chłopcom jak i dziewczętom, podczas gdy pozostałe – wykraczające poza normy – zachowania były zdecydowanie bardziej rozpowszechnione wśród chłopców. Mniej więcej jedna trzecia badanych w tej sekcji pacjentów potwierdziła kłamstwa, oszustwa, jedna czwarta kradzieże w domu lub sklepie. Poważniejsze wykroczenia takie jak celowe niszczenie mienia lub włamania – prawie 20% a zachowania agresywne – 26%, z czego najczęstsze były bójki, chociaż też przynajmniej kilka

procent badanych przyznało się do okrutnych zachowań wobec ludzi lub zwierząt albo gróźb lub wymuszeń.

### *Zaburzenie zachowania według okresu oszacowania i płci*

Zgodnie z oczekiwaniami rozpowszechnienie zaburzeń zachowania w dzieciństwie okazało się dwukrotnie wyższe u mężczyzn (39,5%) niż u kobiet (20,9%). U blisko połowy z nich symptomy zaburzeń zachowania potwierdziły się w ciągu 12 miesięcy przed podjęciem leczenia.

Ryc. 1. Zaburzenia zachowania – rozpowszechnienie w okresie całego życia i ostatnich 12 miesięcy



Liczbę pacjentów mających za sobą takie doświadczenia kiedykolwiek w życiu można szacować na około 23 tysiące a tych, którzy ciągle manifestują zaburzenia zachowania na blisko 10 tysięcy, z czego ok. 90% to mężczyźni (tab. 2).

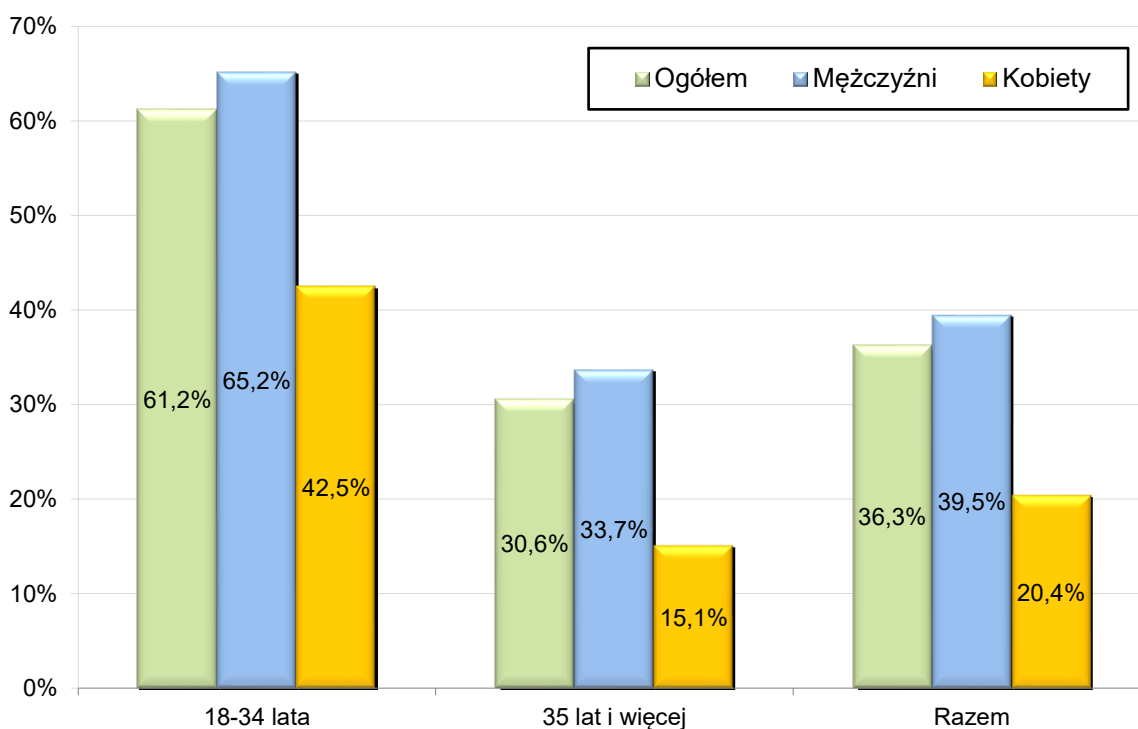
Tab. 2. Zaburzenia zachowania – rozpowszechnienie (liczebność i odsetki) w okresie całego życia i ostatnich 12 miesięcy u pacjentów ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu

Okres oszacowania	Płeć	Odsetki %	Liczba pacjentów w lecznictwie w tys.	Liczba pacjentów z doświadczeniem zaburzeń zachowania w tys.
Kiedykolwiek w życiu	ogółem	36,3	63,6	23,1
	mężczyźni	39,5	52,8	20,8
	kobiety	20,9	10,9	2,2
Ostatnie 12 miesięcy	ogółem	15,4	63,6	9,8
	mężczyźni	16,6	52,8	8,7
	kobiety	9,8	10,9	1,1

### Zaburzenia zachowania kiedykolwiek w życiu a wybrane zmienne społeczno-demograficzne

#### Zaburzenia zachowania wg wieku

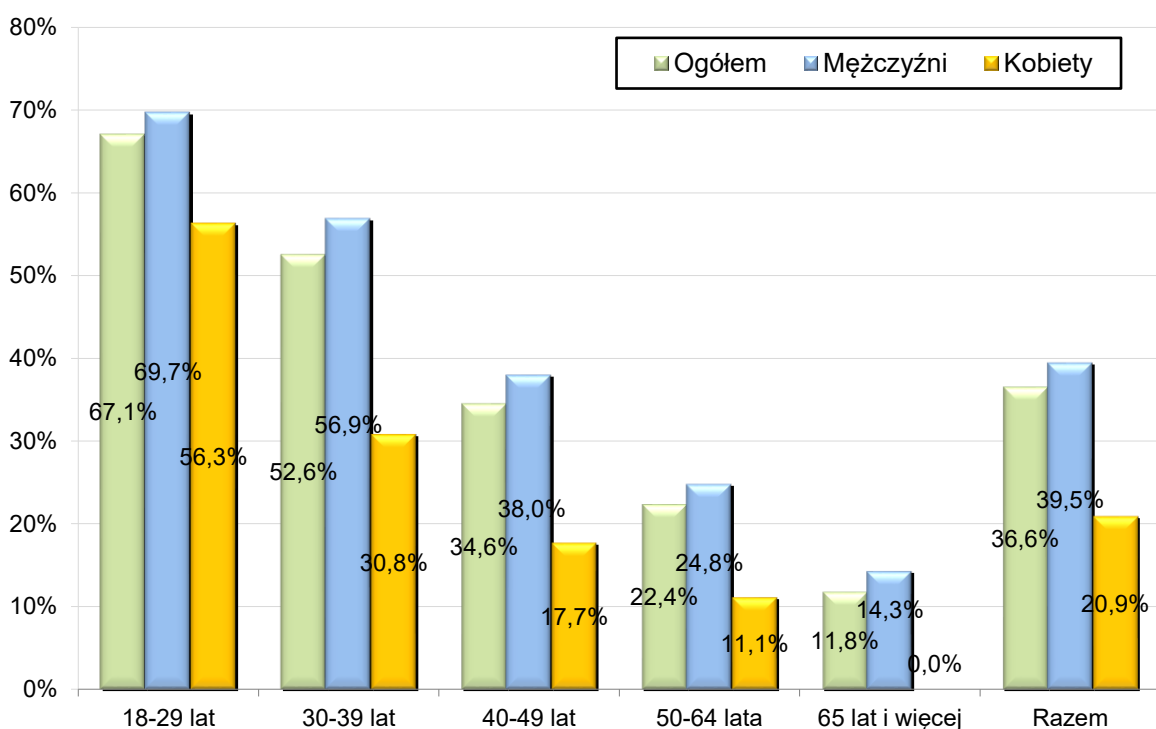
Ryc. 2. Zaburzenia zachowania – rozpowszechnienie (odsetki) w okresie całego życia według płci i wieku (2 grupy wieku)



Rozpowszechnienie zaburzeń zachowania zmienia się wraz z wiekiem. Wśród pacjentów młodszych do 34 roku życia ich udział przekracza 60%, podczas gdy w starszej grupie jest dwukrotnie mniejszy nieznacznie przekraczając 30%. Ten rozkład może wynikać nie tylko z rzeczywistego rozpowszechniania, ale także z właściwości pamięci ludzkiej; w młodszym wieku lepiej pamięta się doświadczenia dzieciństwa i dorastania.

Tendencja ta potwierdza się również przy bardziej szczegółowej analizie wieku (ryc. 3).

Ryc. 3. Zaburzenia zachowania – rozpowszechnienie (odsetki) w okresie całego życia według płci i wieku (5 grup wieku)

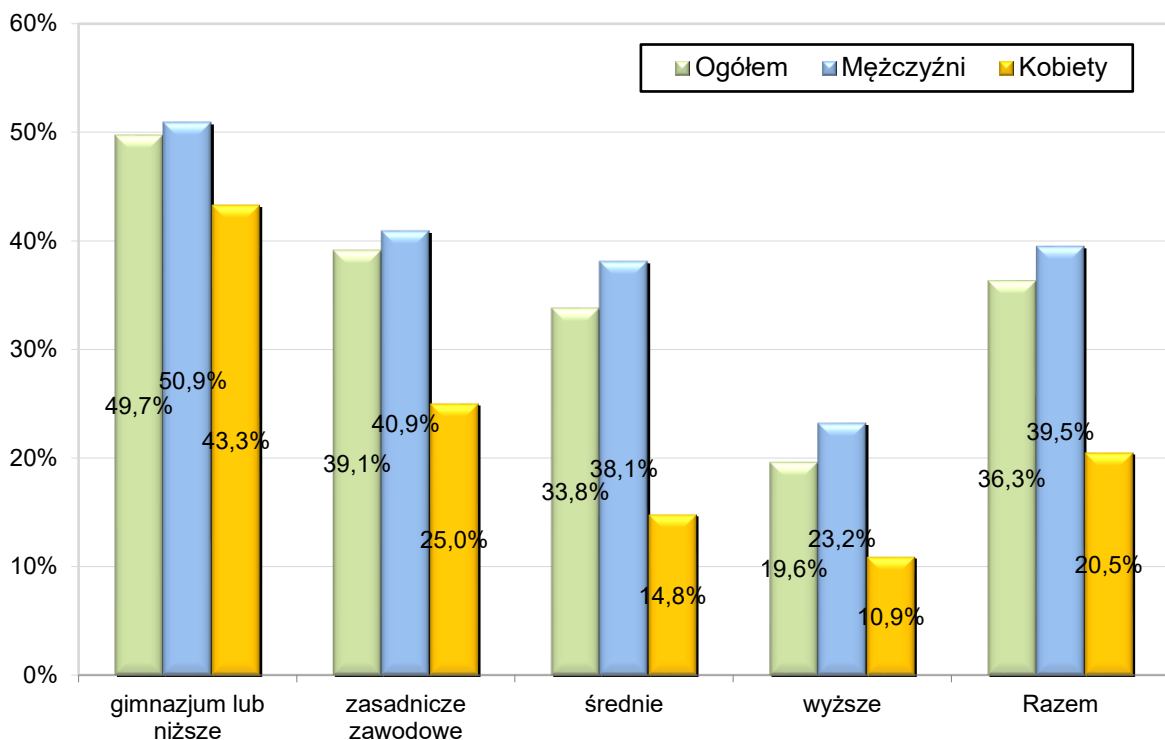


Rozpowszechnienie zaburzeń zachowania maleje wraz z wiekiem; potwierdziło je dwie trzecie pacjentów w wieku 18-29 lat, połowa w wieku 30-39 lat, jedna trzecia w wieku 40-49 lat jedna piąta w wieku 50-64 lata i tylko 12% w najstarszej grupie - 65 lat i więcej. Dla większości grup wieku rozpowszechnienie tych zachowań jest dwukrotnie wyższe wśród mężczyzn za wyjątkiem najmłodszej i najstarszej kohorty. Wśród pacjentów poniżej „trzydziestki” rozpowszechnienie wśród kobiet wynosi 80% rozpowszechnienia zaburzeń zachowania u mężczyzn; w najstarszej ich odsetek jest ponad dziesięciokrotnie mniejszy. Wyjaśnienia wyraźnej tendencji spadku wraz z wiekiem rozpowszechnienia zaburzeń

zachowania nie można sprowadzić wyłącznie do właściwości pamięci, bowiem w badaniu EZOP różnice w tym zakresie były nieistotne statystycznie za wyjątkiem najstarszej grupy wieku.

#### Zaburzenia zachowania według płci i wykształcenia

Ryc. 4. Zaburzenia zachowania – rozpowszechnienie (odsetki) w okresie całego życia według płci i wykształcenia

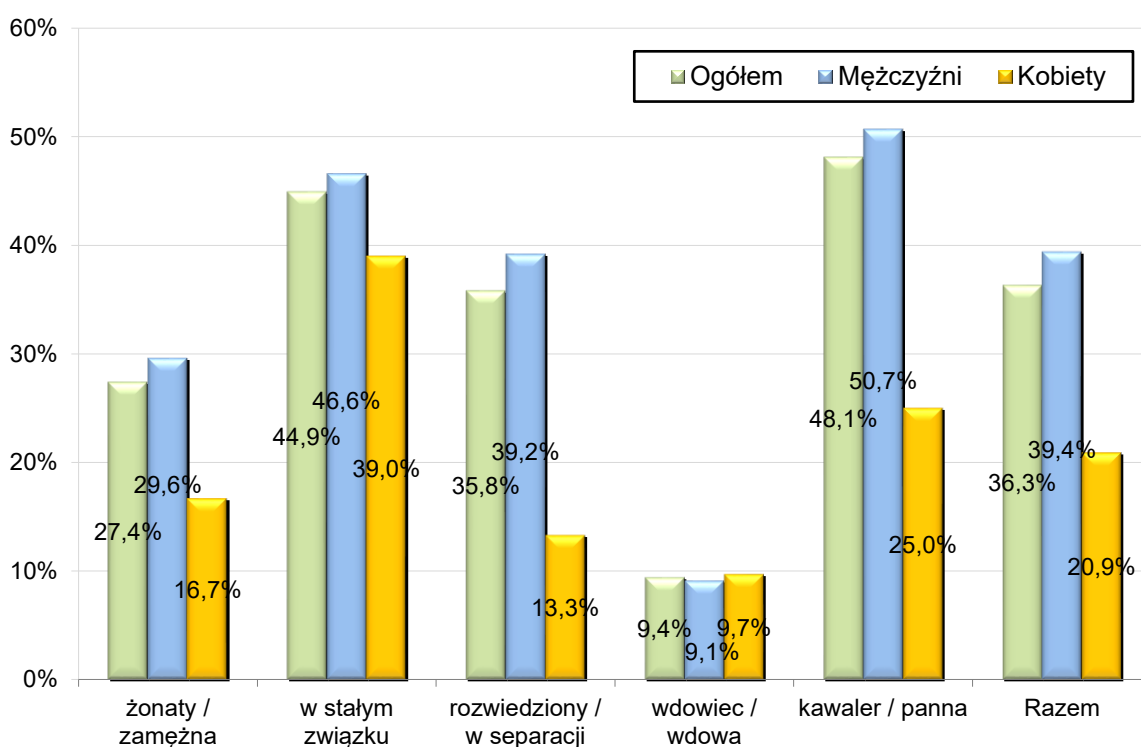


Jak widać z ryciny 4 tendencja spadkowa rysuje się również w wymiarze wykształcenia. Rozpowszechnienie zaburzeń zachowania maleje wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia; od połowy wśród pacjentów o najniższym poziomie wykształcenia (gimnazjum lub niższe), 40% u pacjentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym, jednej trzeciej – z wykształceniem średnim, do jednej piątej u pacjentów z wykształceniem wyższym. Trzeba też odnotować zwiększanie się dysproporcji płci wraz z rosnącym wykształceniem. Najmniejsza relatywnie różnica w rozpowszechnieniu między mężczyznami i kobietami występuje w grupie o najniższym wykształceniu; najwyższa wśród pacjentów z wykształceniem średnim i wyższym.

### Zaburzenia zachowania według płci i stanu cywilnego

Rozkład rozpowszechnienia zaburzeń zachowania wg stanu cywilnego jest silnie związany z wiekiem. Najniższe bowiem rozpowszechnienie obserwuje się wśród osób owdowiałych, które należą w większości do najstarszej grupy wiekowej; najwyższe wśród kawalerów/panien należących w dużej mierze do najmłodszej grupy wieku. Nie licząc osób owdowiałych, stosunkowo mniejsze, niższe niż średnie, rozpowszechnienie zaburzeń zachowania widać u pacjentów pozostających w związkach małżeńskich.

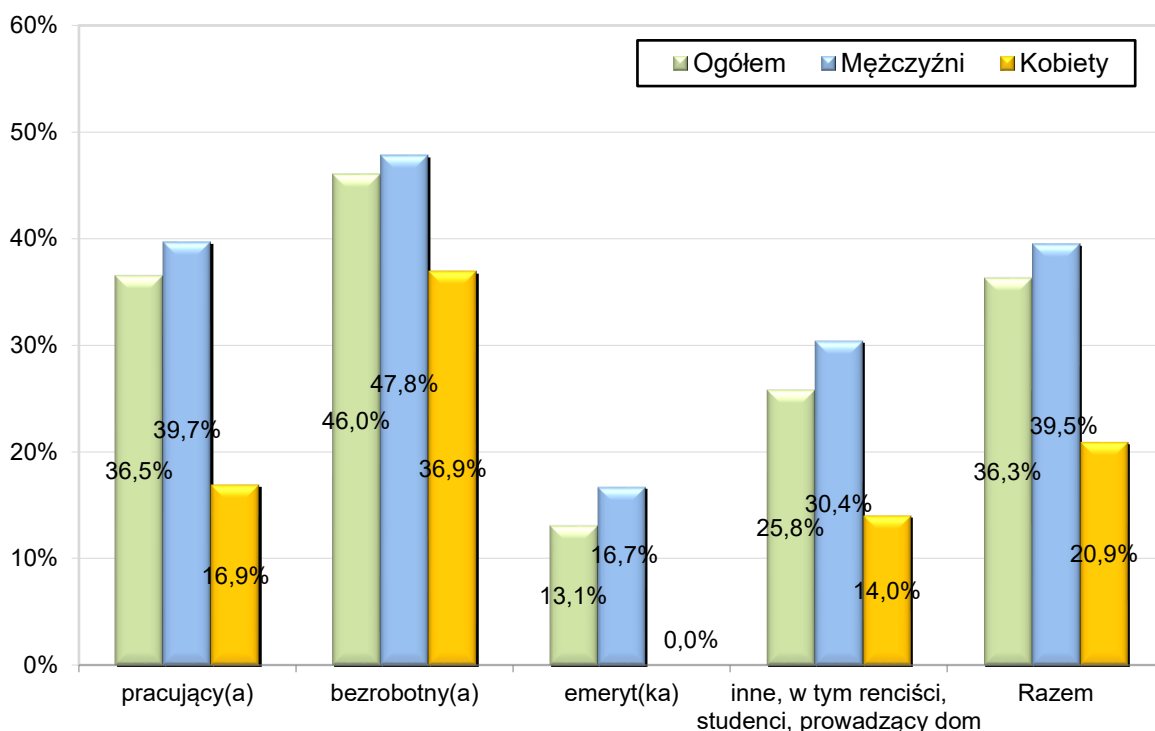
Ryc. 5. Zaburzenia zachowania – rozpowszechnienie (odsetki) w okresie całego życia według płci i stanu cywilnego



### Zaburzenia zachowania według płci i poziomu aktywności zawodowej

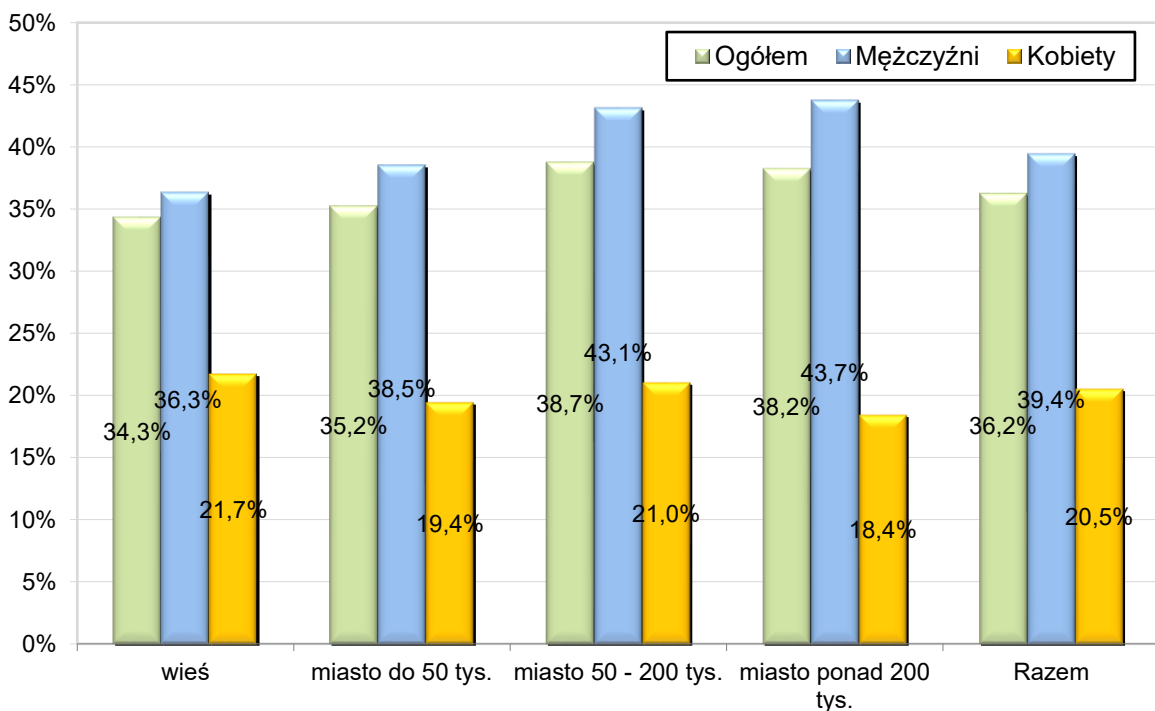
Na rozkład zaburzeń zachowania według aktywności zawodowej wpływ również ma wiek, bo ich najniższe rozpowszechnienie obserwuje się wśród emerytów. Różnice między aktywnymi zawodowo i bezrobotnymi nie przekraczają dziesięciu punktów procentowych. Dużą różnicę odnotowuje się w przypadku kobiet; rozpowszechnienie zaburzeń zachowania wśród bezrobotnych kobiet jest ponad dwukrotnie wyższe w porównaniu do kobiet pracujących.

Ryc. 6. Zaburzenia zachowania – rozpowszechnienie (odsetki) w okresie całego życia według płci i aktywności zawodowej



*Zaburzenia zachowania według płci i miejsca zamieszkania*

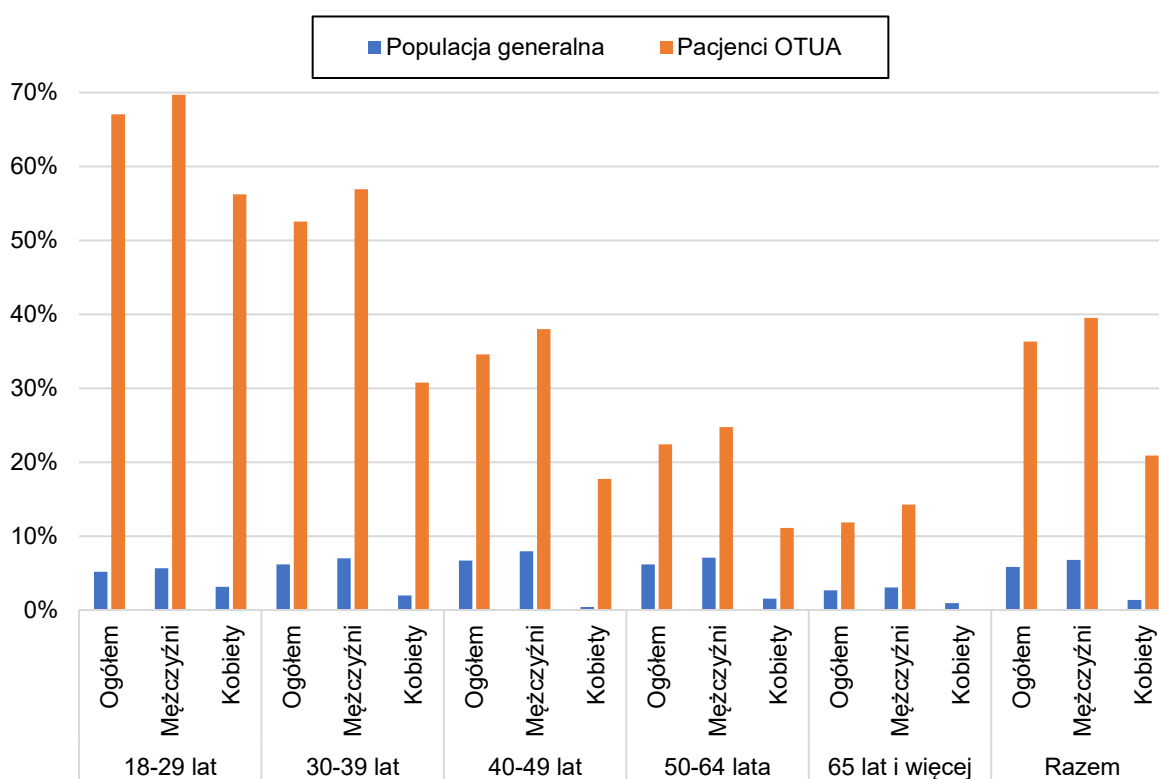
Ryc. 7. Zaburzenia zachowania – rozpowszechnienie (odsetki) w okresie całego życia według płci i miejsca zamieszkania



Jak widać z ryc. 7 rozpowszechnienie zaburzeń zachowania jest względnie równomiernie rozłożone na wsi i w miastach różnej wielkości, zwłaszcza u kobiet, gdzie waha się w stosunkowo wąskim przedziale 18-22%. U mężczyzn widać lekką tendencję wzrostową wraz ze wzrostem klasy miejscowości zamieszkania; na wsiach i w małych miastach wynosi od 36 do 38%, w większych miastach osiąga poziom 43-44%.

Na koniec analiz porównaliśmy rozpowszechnienie zaburzeń zachowania wśród badanych pacjentów z populacją generalną wykorzystując w tym celu dane z przeprowadzonych kilka lat wcześniej badań EZOP 2. Jak można się było spodziewać różnice są bardzo duże; średnio w populacji o podobnym rozkładzie płci i wieku, zaburzeń zachowania kiedykolwiek w życiu mamy ok. sześciu procent, podczas gdy wśród pacjentów ten odsetek jest sześciokrotnie wyższy. Różnica ta u kobiet jest prawie dziesięciokrotna. Największe różnice obserwuje się w najmłodszej grupie wieku (18-29 lat), gdzie rozpowszechnienie zaburzeń zachowania wśród pacjentów - mężczyzn zbliża się do 70% a wśród pacjentek - przekracza 50%, podczas gdy w populacji generalnej odpowiednie odsetki są kilkanaście razy niższe wśród mężczyzn i prawie 20 razy mniejsze wśród kobiet.

Ryc. 8. Porównanie rozpowszechnienia zaburzeń zachowania wśród pacjentów i w populacji generalnej według płci i wieku



Trzeba też podkreślić, że występujące wśród pacjentów w dzieciństwie i w okresie dorastania zaburzenia zachowania utrzymywały się prawie u połowy z nich również w życiu dorosłym, podczas gdy w populacji generalnej współczynniki uporczywości były wielokrotnie niższe i wahały się od mniej niż 1 do niecałych 3%.

Tab. 3. Porównanie uporczywości zaburzeń zachowania wśród pacjentów OTUA i w populacji generalnej

Badana grupa	Płeć	Kiedykolwiek w życiu %	Ostatnie 12 miesięcy %	Współczynnik uporczywości %
Pacjenci OTUA	Ogółem	36,3	15,4	42,4
	Mężczyźni	39,5	16,6	42,0
	Kobiety	20,9	9,8	46,9
Populacja generalna	Ogółem	5,9	0,04	0,68
	Mężczyźni	6,8	0,05	0,73
	Kobiety	1,4	0,04	2,89

### Podsumowanie

Zaburzenia zachowania mogą przejawiać się w formie agresji wobec ludzi i zwierząt, niszczenia mienia, oszustwa lub kradzieży czy poważnego naruszenia zasad społecznych. Zachowania te znacząco wpływają na funkcjonowanie jednostki w sferze społecznej, edukacyjnej lub zawodowej, a także na relacje interpersonalne.

Niemal połowa pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu potwierdziła, że w dzieciństwie lub okresie nastoletnim miała okres trwający przynajmniej 6 miesięcy lub dłużej, w którym przejawiali przynajmniej jedno z wcześniej wymienionych zachowań. Prawie co drugi pacjent oddziału terapii uzależnienia od alkoholu potwierdził, że w okresie dzieciństwa lub nastoletnim odwoływał się do kłamstwa lub dokonywał drobnych kradzieży (41%). Także u co drugiego pacjenta wystąpiły w tym okresie zachowania kategorizowane jako naruszenia norm, tj. ucieczki, wagary, późne powroty (50%). U co czwartego pacjenta wystąpiły zachowania agresywne (25%), a co piąty dopuszczał się aktów niszczenia mienia oraz włamań (20%). Zachowania te częściej potwierdzali mężczyźni – włamania, niszczenie mienia 4-krotnie; kłamstwa, drobne kradzieże 2-krotnie częściej; zachowania agresywne ponad 2-krotnie; a ucieczki, wagary, późne powroty potwierdzane były 1,5 razy częściej przez mężczyzn niż kobiety. Trzeba podkreślić,

że wystąpienie tych zachowań nie upoważnia jeszcze do postawienia pełnej diagnozy zaburzenia, ale może wskazywać, że takie zachowania, jak poważne naruszenia norm obowiązujących dzieci i nastolatków mogą być czynnikiem predysponującym do zachowań problemowych, w tym do nadużywania substancji.

Rozpowszechnienie zaburzeń zachowania jest dziewięciokrotnie wyższe niż u osób z populacji generalnej (36% vs. 2-4%). Mężczyźni częściej potwierdzali zaburzenia zachowania (ok. 39,5%) niż kobiety (ok. 20,9%). U 42% pacjentów zaburzenia zachowania utrzymywały się również w dorosłym życiu, co jest znacząco wyższe niż w populacji ogólnej (1–3%). Wyższe rozpowszechnienie występuje w grupach osób o niższym wykształceniu, nieaktywnych zawodowo i pozostających poza stałymi związkami.

Uporczywość zaburzeń zachowania w dorosłym życiu wskazuje na potrzebę wczesnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej. Wczesne wykrycie i leczenie zaburzeń zachowania może ograniczyć ich długoterminowe skutki, takie jak trudności w relacjach, problemy zawodowe i ryzyko przestępczości.

## **Przypisy**

Pużyński, S., & Wciórka, J. (Red.). (2008). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Badawcze kryteria diagnostyczne* (wyd. 1, dodr., tłum. J. Wciórka). Kraków: Vesalius; Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Turner, B. J., Hu, C., Villa, J. P., & Nock, M. K. (2018). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In K. M. Scott, P. de Jonge, D. J. Stein, & R. C. Kessler (Eds.), *Mental disorders around the world: Facts and figures from the WHO World Mental Health Surveys* (pp. 209–222). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316336168.015>

## 12. ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE (*Michał Kucharski, Jacek Moskalewicz*)

### **Wprowadzenie**

W Polsce, z powodu zaburzeń spowodowanych alkoholem, hospitalizowanych jest corocznie kilkadziesiąt tysięcy osób. Jak wynika z dokumentacji medycznej, niecały procent z nich potwierdza próby samobójcze podjęte w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia. Wiarygodność tych danych pozostawia jednak wiele do życzenia. Okazuje się bowiem, że w dostępnych statystykach dla blisko połowy pacjentów w ogóle nie ma danych dotyczących prób samobójczych.<sup>2</sup>

W latach 2008–2010 przeprowadzono badanie kondycji psychicznej mieszkańców Polski na dużej, dziesięcioletniej próbie losowej ludności w wieku 18–64 lata (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012), a w kolejnym badaniu – w latach 2018–2019 – na próbie losowej 12 tysięcy respondentów w wieku 18 lat i więcej (Moskalewicz & Wciórka, 2021). W obu badaniach stosowano ten sam kwestionariusz WHO CIDI, rekomendowany przez Światową Organizację Zdrowia, który pozwala zidentyfikować ponad 30 różnych zaburzeń psychicznych w populacji generalnej według klasyfikacji DSM-IV i ICD-10. W obu pytano również o zachowania samobójcze, w tym o myśli o samobójstwie, plany jego popełnienia oraz próby samobójcze. Myśli samobójcze potwierdziło ok. 1,5% badanych, plany – ok. 0,5% a próby prawie 0,4%. W badaniach pokazano, że najwyższe rozpowszechnienie zachowań samobójczych obserwuje się wśród osób w wieku produkcyjnym, które wypadły z rynku pracy, tj. bezrobotnych i rencistów oraz wśród rozwiedzionych. Paradoksalnie, ze względu na znacząco większe liczebności ludzi pracujących i pozostających w związku małżeńskim (w porównaniu z bezrobotnymi i osobami po rozwodzie) najwięcej osób w populacji potwierdzających zachowania samobójcze to ludzie pozostający w związku małżeńskim oraz pracujący. Jednocześnie stwierdzono słabą tendencję do wzrostu rozpowszechnienia samobójstw wraz z wielkością miejsca zamieszkania oraz do spadku - wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia.

Doświadczenie choroby psychicznej znacząco zwiększa ryzyko podjęcia próby samobójczej, co potwierdza metaanaliza obejmująca 20 badań z krajów Europy Zachodniej, Ameryki Północnej i Azji (Moitra et al., 2021). Zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, schizofrenia i choroba afektywna dwubiegunowa, zostały konsekwentnie wskazane jako jedne z

---

<sup>2</sup> Na podstawie indywidualnych kart statystycznych psychiatrycznych MZ-11b – dane na 2022 rok

najistotniejszych czynników ryzyka podejmowania prób samobójczych. Osoby z tymi diagnozami wykazują znacznie wyższe ryzyko w porównaniu z populacją ogólną. Zaburzenia lękowe również mogą przyczyniać się do zwiększonego ryzyka, jednak ich wpływ jest szczególnie widoczny w kontekście współwystępowania z innymi problemami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja czy uzależnienia. Co więcej, zaburzenia związane z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych są istotnym czynnikiem ryzyka, który może zwiększać prawdopodobieństwo samobójstwa zarówno samodzielnie, jak i w połączeniu z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Przegląd czynników ryzyka zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu można znaleźć w pracy Klimkiewicza, Serafina i Wojnara (2011). Niewątpliwie czynnikiem zwiększającym ryzyko podjęcia próby samobójczej jest używanie alkoholu, a u osób uzależnionych ryzyko podjęcia próby samobójczej jest większe niż w populacji generalnej (Wilcox, Conner, & Caine, 2004).

Ogólnopolskie badanie EZOP II wykazało, że 61% osób z myślami samobójczymi miało w ciągu swojego życia doświadczenie zaburzeń psychicznych, w tym wynikających z używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Proporcje te są zbliżone u kobiet i mężczyzn. W przypadku wyłączenia z tego oszacowania zaburzeń związanych z używaniem substancji, okaże się że niemal połowa osób z myślami samobójczymi (53%) zgłaszała wcześniejsze doświadczenie innych zaburzeń psychicznych. W tej grupie myśli samobójcze występowały częściej u kobiet (56%) niż u mężczyzn (48%).<sup>3</sup>

Zachowania samobójcze nie wynikają wyłącznie z indywidualnych czynników ryzyka, lecz są również odzwierciedleniem kondycji psychicznej całego społeczeństwa lub jego wybranych grup, które charakteryzują się określonymi cechami demograficznymi, zdrowotnymi, społecznymi, religijnymi, kulturowymi czy klasowymi (Durkheim, 2006; Jarosz, 2013).

W badaniu współchorobowości podjęliśmy zatem próbę oszacowania bliższego rzeczywistości rozpowszechnienia zachowań samobójczych u pacjentów hospitalizowanych w całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu.

---

<sup>3</sup> Dane dotychczas niepublikowane, prezentowane na konferencji podsumowującej projekt EZOP 2 pn. *Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań*, w dniach 15-16 listopada 2021 r. w Warszawie. [https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII\\_Tendencje-samobojcze.pdf](https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Tendencje-samobojcze.pdf) (dostęp na: 20 grudnia 2024).

W tym celu wykorzystano pytania kwestionariusza WHO CIDI - te same, które zadano w dwóch wspomnianych wcześniej badaniach populacji generalnej. Dzięki temu pojawiła się niepowtarzalna okazja do odniesienia naszych wyników do populacji generalnej.

## **Metoda**

Sekcja kwestionariusza WHO CIDI dotycząca zachowań samobójczych zawiera pytania uporządkowane według stopnia nasilenia: od myśli samobójczych, przez plany, aż po próby samobójcze. Pytania odnosiły się do perspektywy czasowej całego życia oraz ostatnich 12 miesięcy przed przybyciem do placówki terapii uzależnienia od alkoholu.

Ankieter prosił respondenta o otwarcie książeczki respondenta na właściwej stronie, a następnie pytał kolejno o wystąpienie w życiu danego doświadczenia oznaczonego literami A, B i C:

- A: „poważnie myślałem/am na temat popełnienia samobójstwa”,
- B: „miałem/am plan popełnienia samobójstwa”,
- C: „próbowałem/am popełnić samobójstwo”.

Jeśli respondent potwierdził którekolwiek z doświadczeń w perspektywie całego życia, zadawano mu dodatkowe pytania dotyczące ich wystąpienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Oryginalny kwestionariusz CIDI, wykorzystywany w obu badaniach EZOP, ma budowę hierarchiczną, co oznacza, że potwierdzenie myśli samobójczych powoduje zadanie pytania o plany, a potwierdzenie planów otwiera pytanie o próby samobójcze. Zgodnie z tą logiką osoby, które nie miały myśli samobójczych, nie powinny być pytane o plany ani o próby odebrania sobie życia, a te, które nie potwierdziły planów, nie powinny być pytane o próby. Już na etapie pilotażu narzędzia badawczego wykorzystanego w badaniu nt.

współchorobowości, okazało się, że niektórzy pacjenci zgłaszali podjęcie próby samobójczej bez wcześniejszego jej planowania. W związku z tym zdecydowano się na modyfikację kwestionariusza w taki sposób, że pytanie o podjęcie próby samobójczej zadawano wszystkim respondentom, którzy wcześniej zgłosili występowanie myśli samobójczych, niezależnie od odpowiedzi na pytanie o plany samobójcze.

Poniżej przedstawiono schemat zadawania pytań w kwestionariuszu CIDI oraz schemat po modyfikacjach w badaniu nt. współchorobowości (ryc. 1).

Ryc 1. Schemat zadawania pytań w kwestionariuszu CIDI (badanie EZOP) i w badaniu nt. współchorobowości

**BADANIE EZOP**

**BADANIE WSPÓLCHOROBOWOŚCI**

**A. MYŚLI SAMOBÓJCZE → NIE**

↓ TAK

**B. PLANY SAMOBÓJCZE → NIE**

↓ TAK

**C. PRÓBY SAMOBÓJCZE**

**A. MYŚLI SAMOBÓJCZE → NIE**

↓ TAK

**B. PLANY SAMOBÓJCZE**

↓ TAK - NIE

**C. PRÓBY SAMOBÓJCZE**

Zastosowanie schematu, w którym respondentowi zadawano pytanie o dokonanie próby samobójczej, mimo że nigdy wcześniej nie planował popełnienia samobójstwa, spowodowało, że spośród 178 respondentów, którzy odpowiedzieli przecząco na pytanie o plany na przestrzeni całego życia, 55 respondentów potwierdziło podjęcie próby samobójczej. Oznacza to, że co piąta osoba mająca za sobą próby samobójcze podejmowała je spontanicznie, bez wcześniejszych planów.

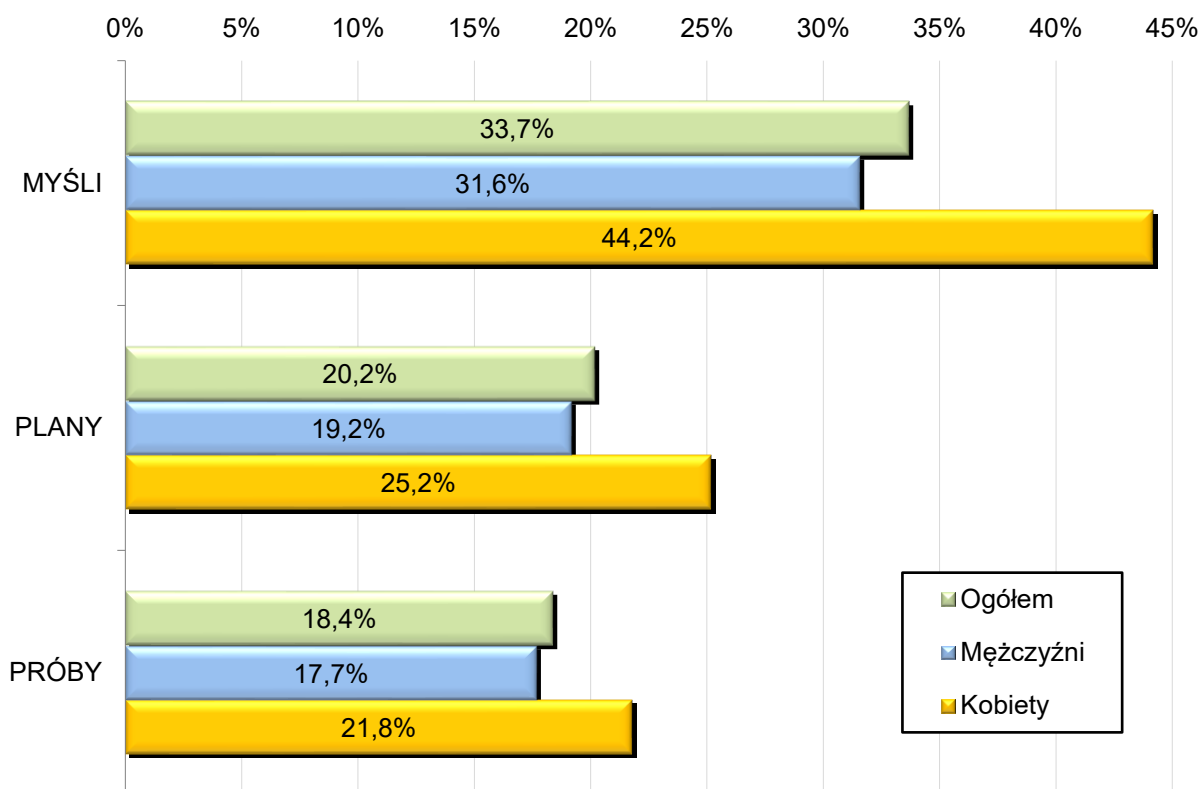
Wyniki badania nt. współchorobowości na próbie pacjentów pozostających w terapii w całodobowych ośrodkach/oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu zostały przeliczone na strukturę wszystkich leczonych. Zastosowane wagi, uwzględniające różnice w strukturze płci, wieku i miejsca zamieszkania między próbą i wszystkimi pacjentami leczonymi w danym roku, stworzyły możliwość oszacowania rozpowszechnienia zachowań samobójczych wśród wszystkich pacjentów objętych opieką całodobową w ośrodkach/ oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu. Prócz prezentacji rozkładów brzegowych porównujących rozpowszechnienie zachowań samobójczych wśród pacjentów i w populacji generalnej porównujemy również populację pacjentów z osobami cierpiącymi na zaburzenia alkoholowe w populacji generalnej. W tabelach przedstawiamy odsetki zachowań samobójczych w życiu i w ciągu ostatnich 12 miesięcy w różnych grupach społeczno-demograficznych oraz

oszacowanie ich liczebności wśród ogółu pacjentów przebywających w roku 2022 w oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu. Zastosowano również wieloczynnikową analizę regresji logistycznej, co pozwoliło na bardziej precyzyjne zrozumienie związków między zmiennymi.

## Wyniki

Rozpowszechnienie myśli, planów i prób samobójczych u pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu w perspektywie całego życia przedstawiono na rycinie 2, a szczegółowe dane w tabeli 1.

Ryc. 2. Myśli, plany i próby samobójcze – rozpowszechnienie oszacowane dla całego życia według płci



Z przedstawionych danych wynika, że w perspektywie całego życia, co trzeci pacjent oddziału terapii uzależnienia od alkoholu miał myśli samobójcze (33,7%), co piąty planował popełnienie samobójstwa (20,2%), a prawie co piąty podjął przynajmniej jedną próbę samobójczą (18,4%). Myśli samobójcze częściej występowały u przebywających w ośrodkach/oddziałach kobiet (44,2%) niż u mężczyzn (31,6%). Podobna tendencja, występuje

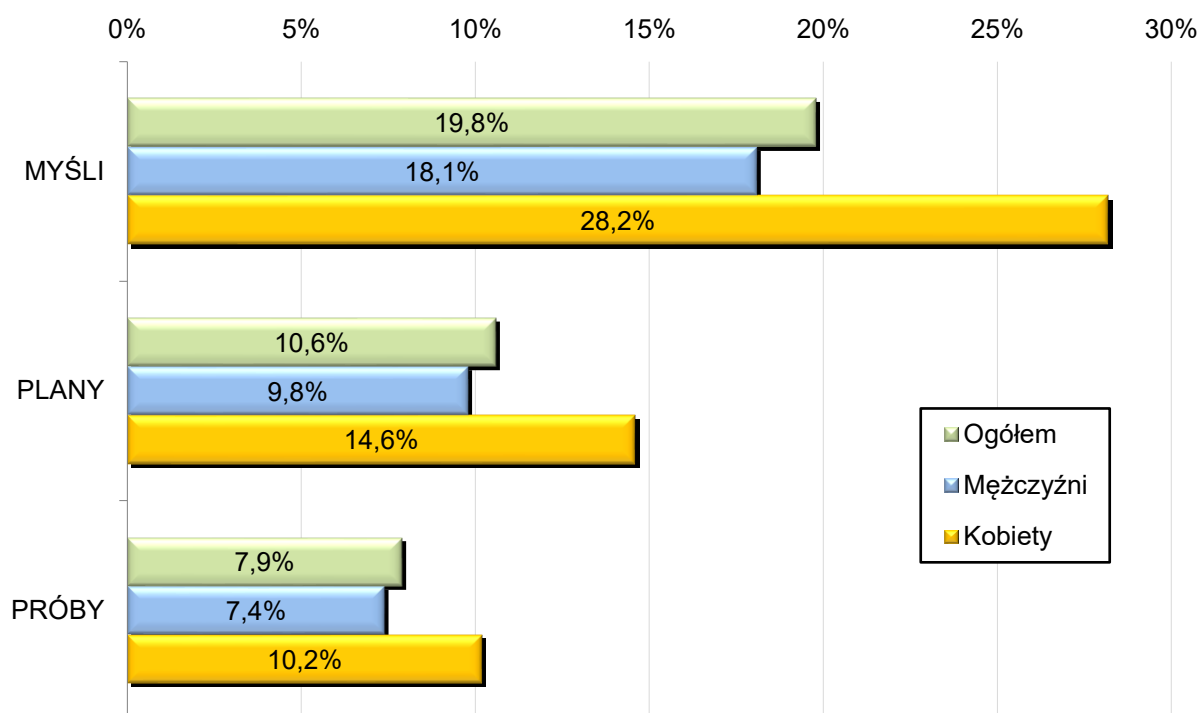
w przypadku planów (25,2% u kobiet do 19,2% u mężczyzn) oraz prób samobójczych (21,8% u kobiet do 17,7% u mężczyzn), chociaż różnice są nieco mniejsze niż przy myślach samobójczych.

Po ekstrapolacji tych danych można szacować, że wśród wszystkich pacjentów placówek typu OTUA, 21,5 tys. z nich miało na przestrzeni życia myśli samobójcze, u 12,9 tys. pacjentów wystąpiły plany samobójcze, a aż 11,7 tys. pacjentów przebywających w ośrodkach/oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu dokonało w swoim życiu próby samobójczej.

Na przestrzeni całego życia myśli samobójcze pojawiły się u prawie 16,7 tys. mężczyzn i u 4,8 tys. kobiet. Plany samobójcze wystąpiły u ponad 10,1 tys. mężczyzn i 2,7 tys. kobiet a próbę samobójczą podjęło ok 9,3 tys. mężczyzn i 2,4 tys. kobiet. Większe oszacowania co do liczby mężczyzn przejawiających zachowania samobójcze, którzy stanowią ok. 80% wszystkich pacjentów, nie mogą zacierać faktu, że ryzyko ich pojawienia się u kobiet jest znacznie wyższe.

Rozpowszechnienie myśli, planów i prób samobójczych u pacjentów *w ostatnich 12 miesiącach* przed przyjęciem do placówki terapii uzależnienia od alkoholu przedstawiono na rycinie 3, a szczegółowe dane w tabeli 1.

Ryc. 3. Myśli, plany i próby samobójcze – rozpowszechnienie oszacowane dla ostatnich 12 miesięcy przed przyjęciem do placówki terapii uzależnienia od alkoholu według płci



Myśli samobójcze miał co piąty pacjent (19,8%), plany samobójcze co dziesiąty (10,6%), a aż 7,9% pacjentów podjęło próbę samobójczą w okresie 12 miesięcy poprzedzających pobyt w całodobowym ośrodku/oddziale terapii uzależnienia od alkoholu. Przy uwzględnieniu płci, myśli samobójcze wystąpiły u prawie co trzeciej pacjentki (28,2%) i u co piątego pacjenta (18,1%), plany samobójcze wystąpiły w przypadku co 7 pacjentki (14,6%) i w przypadku co dziesiątego pacjenta (9,8%). Próbę samobójczą w ostatnich 12 miesiącach podjęła co dziesiąta pacjentka (10,2%) oraz co 13 pacjent (7,4%).

Po ekstrapolacji tych danych można szacować, że w okresie 12 miesięcy przed podjęciem terapii myśli samobójcze wystąpiły u 12,6 tys. pacjentów oddziałów/ośrodków całodobowej terapii uzależnienia od alkoholu (9,5 tys. mężczyzn, 3,1 tys. kobiet), plany samobójcze u 6,8 tys. pacjentów (5,2 tys. mężczyzn, 1,6 tys. kobiet), a próbę samobójczą w ostatnich 12 miesiącach podjęło 5 tys. pacjentów. Czterech na pięciu pacjentów z próbą samobójczą to mężczyźni.

Tab. 1. Rozpowszechnienie zachowań samobójczych u pacjentów ośrodków/oddziałów całodobowej terapii uzależnienia od alkoholu w perspektywie całego życia i ostatnich 12 msc.

Zachowania samobójcze	Płeć	Odsetek %	Liczba pacjentów w leczeniu stacjonarnym ogółem (w tys.)	Liczba pacjentów w leczeniu stacjonarnym podejmujących zachowania samobójcze (w tys.)
<b>Myśli</b>				
Kiedykolwiek w życiu	ogółem	33,7	63,6	21,5
	mężczyźni	31,6	52,8	16,7
	kobiety	44,2	10,9	4,8
Ostatnie 12 miesięcy	ogółem	19,8	63,6	12,6
	mężczyźni	18,1	52,8	9,5
	kobiety	28,2	10,9	3,1
<b>Plany</b>				
Kiedykolwiek w życiu	ogółem	20,2	63,6	12,9
	mężczyźni	19,2	52,8	10,1
	kobiety	25,2	10,9	2,7
Ostatnie 12 miesięcy	ogółem	10,6	63,6	6,8
	mężczyźni	9,8	52,8	5,2
	kobiety	14,6	10,9	1,6
<b>Próby</b>				
Kiedykolwiek w życiu	ogółem	18,4	63,6	11,7
	mężczyźni	17,7	52,8	9,3
	kobiety	21,8	10,9	2,4
Ostatnie 12 miesięcy	ogółem	7,9	63,6	5,0
	mężczyźni	7,4	52,8	3,9
	kobiety	10,2	10,9	1,1

### Ocena ryzyka wystąpienia prób samobójczych dla poszczególnych kategorii społeczno-demograficznych w perspektywie całego życia

*Płeć.* W analizie regresji dla różnych kategorii społeczno-demograficznych nie wykazano istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie doświadczenia próby samobójczej kiedykolwiek w życiu. Kobiety charakteryzowały się nieco wyższym ilorazem szans (OR = 1,31; 95% CI: 0,91–1,90) w porównaniu do mężczyzn, jednak wynik ten nie osiągnął istotności statystycznej ( $p = 0,147$ ). Wartości te wskazują, że pomimo

pewnych różnic między płciami, dane nie pozwalają na stwierdzenie wyraźnego związku płci z występowaniem tego doświadczenia w analizowanej próbie.

*Wiek.* Analiza wieku wykazała istotne statystycznie różnice w doświadczeniu próby samobójczej w grupie wiekowej 18–34 lata. Grupa 18–34 lata charakteryzowała się istotnie wyższym ilorazem szans (OR = 2,04; 95% CI: 1,39–3,00;  $p < 0,001$ ), co wskazuje na ponad dwukrotnie wyższe prawdopodobieństwo podejmowania próby samobójczej w tej grupie wiekowej. Nie odnotowano istotnych różnic w grupach wieku 35–49 lat (OR = 1,00; 95% CI: 0,71–1,41;  $p = 0,980$ ) oraz 50+.

Bardziej szczegółowa analiza wieku wykazała istotne wyższe ryzyko doświadczenia próby samobójczej w jeszcze młodziej grupie wiekowej 18–29 lat OR=2,81 (95% CI: 1,33–5,95;  $p = 0,007$ ), co oznacza prawie trzykrotnie wyższe szanse doświadczenia próby samobójczej w tej grupie wiekowej.

*Wykształcenie.* Analiza poziomu wykształcenia wykazała istotne różnice w doświadczeniu próby samobójczej, szczególnie w grupie osób z najniższym poziomem wykształcenia.

Osoby o wykształceniu niższym (tj. niepełne podstawowe, podstawowe i gimnazjalne) charakteryzowały się najwyższym ilorazem szans (OR = 2,63; 95% CI: 1,48–4,66;  $p = 0,001$ ), co wskazuje na ponad dwukrotnie wyższe ryzyko próby samobójczej w porównaniu do osób z wykształceniem wyższym, które były grupą referencyjną. Nie odnotowano istotnie wyższego prawdopodobieństwa próby samobójczej dla pozostałych grup wykształcenia.

*Miejsce zamieszkania.* Analiza miejsca zamieszkania pacjentów wykazała istotne różnice w ryzyku doświadczenia próby samobójczej pomiędzy mieszkańcami wsi i miast. Mieszkańcy miast charakteryzowali się istotnie wyższym ilorazem szans wynoszącym 1,90 (95% CI: 1,39–2,60;  $p < 0,001$ ), co wskazuje na niemal dwukrotnie wyższe ryzyko podjęcia próby samobójczej w porównaniu do mieszkańców wsi.

*Stan cywilny.* Analiza stanu cywilnego wykazała istotne różnice w ryzyku doświadczenia próby samobójczej pomiędzy osobami w różnych sytuacjach życiowych.

W porównaniu do osób żonatych/zamężnych (grupa referencyjna), osoby pozostające w związku nieformalnym (OR = 1,77; 95% CI: 1,15–2,73;  $p = 0,010$ ) oraz osoby rozwiedzione (OR = 1,67; 95% CI: 1,11–2,52;  $p = 0,015$ ) mają odpowiednio 77% i 67% wyższe prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej. W przypadku wdowców/wdów oraz kawalerów/panien iloraz szans był nieco wyższy niż w grupie referencyjnej ale przedziały

ufności nie potwierdzają podwyższonego ryzyka w tych grupach (OR= 1,20 95% CI: 0,56–2,60; p = 0,640) i OR = 1,35 (95% CI: 0,91–1,99; p = 0,138).

*Aktywność zawodowa.* Osoby pozostające poza rynkiem pracy, osoby bezrobotne charakteryzowały się istotnie wyższym ryzykiem w porównaniu do osób pracujących (OR = 1,48; 95% CI: 1,07–2,06; p = 0,018), co wskazuje na prawie o 50% wyższe szanse doświadczenia próby samobójczej.

W przypadku osób pozostających na emeryturze (1,16 (95% CI: 0,67–2,03; p = 0,595), jak i w innych grupach (w tym rencistów) ryzyko było zbliżone do grupy referencyjnej (OR = 1,03; 95% CI: 0,64–1,66; p = 0,911).

Tab. 2. Ilorazy szans (OR) i istotność statystyczna doświadczenia próby samobójczej kiedykolwiek w życiu wśród pacjentów terapii uzależnienia od alkoholu. Regresja wieloczynnikowa

Cechy społeczno-demograficzne	OR	95%CI		Istotność	Liczba pacjentów w leczeniu stacjonarnym podejmujących próbę samobójczą (w tys.)
mężczyźni	1,00				9,3
kobiety	1,31	0,91	1,90	0,147	2,4
18-34 lat	2,04	1,39	3,00	<b>0,000</b>	3,3
35-49 lat	1,00	0,71	1,41	0,980	4,6
50 lat i więcej	1,00				3,8
18-29 lat	2,81	1,33	5,95	<b>0,007</b>	1,6
30-39 lat	1,28	0,66	2,48	0,459	3,4
40-49 lat	0,86	0,44	1,67	0,653	2,9
50-64 lat	0,93	0,48	1,79	0,819	3,1
65 lat i więcej	1,00				0,7
wyższe	1,00				1,0
średnie	1,57	0,92	2,68	0,099	4,2
zasadnicze zawodowe	1,50	0,87	2,57	0,142	3,8
gimnazjum i niższe	2,63	1,48	4,66	<b>0,001</b>	2,7
pracujący	1,00				4,7
bezrobotni	1,48	1,07	2,06	<b>0,018</b>	4,7
emeryt	1,16	0,67	2,03	0,595	1,0
inne w tym rencista	1,03	0,64	1,66	0,911	1,4
żonaty	1,00				3,3
związek nieformalny	1,77	1,15	2,73	<b>0,010</b>	2,3
rozwódziony	1,67	1,11	2,52	<b>0,015</b>	2,7
wdowiec	1,20	0,56	2,60	0,640	0,5
kawaler	1,35	0,91	1,99	0,138	3,1
wieś	1,00				3,5
miasto	1,90	1,39	2,60	<b>0,000</b>	8,1

### Ocena ryzyka wystąpienia prób samobójczych dla poszczególnych kategorii społeczno-demograficznych w perspektywie ostatnich 12 miesięcy

Ze względu na stosunkowo niewielkie liczebności prób samobójczych w ciągu ostatnich 12 miesięcy istotnie większe prawdopodobieństwo próby samobójczej potwierdzono tylko w odniesieniu do wieku i miejsca zamieszkania pacjentów. Pacjenci młodszy, do 34 roku życia

osiągnęli iloraz szans na poziomie OR=2,10 (95%CI: 1,25-3,53; p=0,005) w porównaniu do referencyjnej grupy osób w wieku 50+.

Podobnie jak przy analizie w odniesieniu do prób w ciągu całego życia, również w perspektywie ostatnich 12 miesięcy, pacjenci mieszkający w miastach mieli większe „szanse” podjęcia próby samobójczej (OR=1,60; 95%CI: 1,02-2,51; p=0,039).

Tab 3. Ilorazy szans (OR) i istotność statystyczna doświadczenia próby samobójczej w ostatnich 12 miesiącach wśród pacjentów terapii uzależnienia od alkoholu – analiza społeczno-demograficzna

Cechy społeczno-demograficzne	OR	95%CI		Istotność	Liczba pacjentów w lecznictwie stacjonarnym podejmujących próbę samobójczą (w tys.)
mężczyźni	1,00				3,9
kobiety	1,43	0,86	2,37	0,171	1,1
18-34	2,10	1,25	3,53	<b>0,005</b>	1,7
35-49	0,79	0,48	1,32	0,369	1,7
50+	1,00				1,7
18-29	2,36	0,84	6,62	0,104	0,7
30-39	1,30	0,51	3,30	0,578	1,6
40-49	0,68	0,26	1,78	0,429	1,0
50-64	0,94	0,37	2,41	0,901	1,4
65+	1,00				0,3
wyższe	1,00				0,5
średnie	1,19	0,56	2,50	0,653	1,7
zasadnicze zawodowe	1,47	0,71	3,07	0,301	1,9
do gimnazjum	1,52	0,67	3,43	0,318	0,9
pracujący	1,00				2,1
bezrobotni	1,44	0,90	2,28	0,125	2,1
emeryt	0,96	0,41	2,23	0,920	0,4
inne w tym rencista	0,90	0,44	1,86	0,785	0,5
żonaty	1,00				1,4
związek nieformalny	1,70	0,92	3,16	0,092	1,0
rozwódziony	1,50	0,82	2,73	0,190	1,1
wdowiec	0,82	0,23	2,99	0,765	0,1
kawaler	1,43	0,82	2,50	0,211	1,4
wieś	1,00				1,6
miasto	1,60	1,02	2,51	<b>0,039</b>	3,4

## Ryzyko wystąpienia próby samobójczej a doświadczanie problemów zdrowia psychicznego

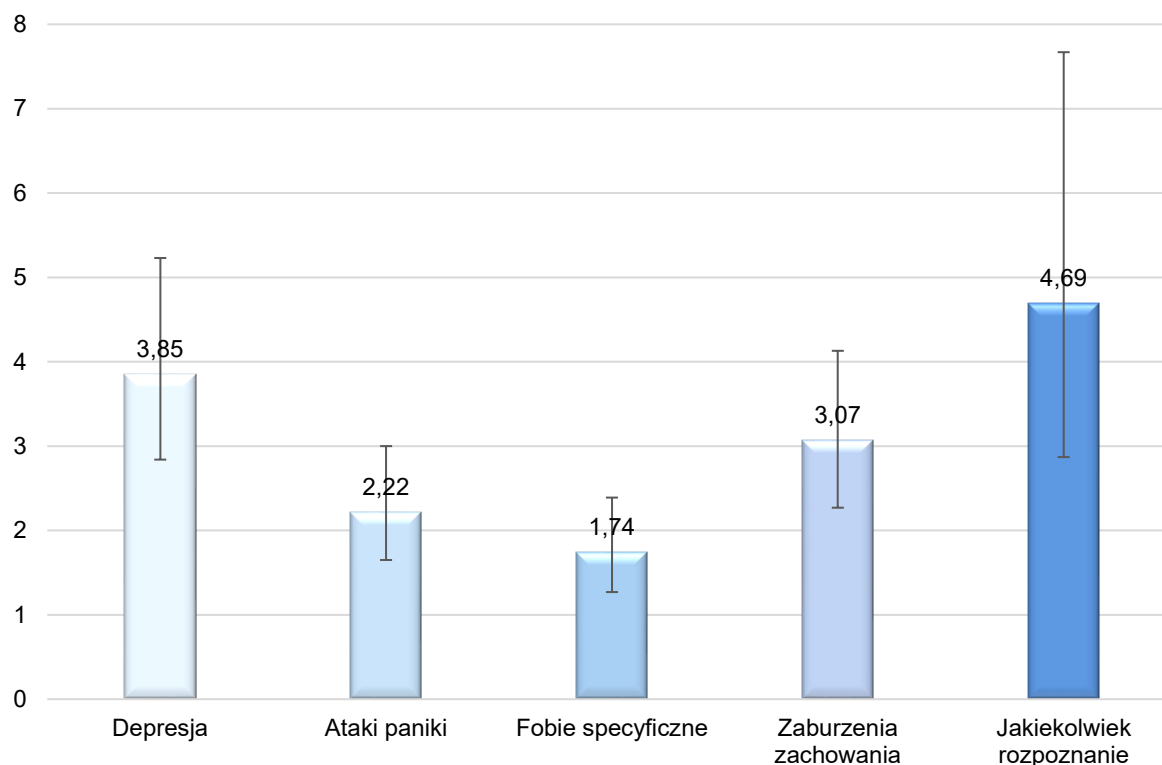
Uwzględniając analizowane w ramach badania nt. współchorobowości jednostki zaburzeń, tj. depresję, zaburzenia lękowe (ataki paniki), fobie specyficzne oraz zaburzenia zachowania uzyskano wyniki wskazujące, że wystąpienie któregokolwiek z wymienionych zaburzeń zdrowia psychicznego znacząco zwiększa ryzyko podjęcia próby samobójczej zarówno w perspektywie całego życia i ostatnich 12 miesięcy.

Analiza ilorazów szans (OR) w zakresie wystąpienia próby samobójczej u pacjentów placówek terapii uzależnienia od alkoholu, którzy w perspektywie całego życia doświadczyli zaburzenia psychicznego wykazała istotnie statystycznie wyższe ryzyko próby samobójczej niż w grupie pacjentów bez takich doświadczeń. Najwyższy iloraz szans wystąpił w przypadku pacjentów z jakimkolwiek rozpoznaniem zaburzenia psychicznego, gdzie OR wynosiło 4,69 (95% CI: 2,87–7,67;  $p < 0,001$ ), co wskazuje na ponad czterokrotnie wyższe ryzyko doświadczenia próby samobójczej w tej grupie. Osoby z depresją miały iloraz szans wynoszący 3,85 (95% CI: 2,84–5,23;  $p < 0,001$ ), co również sugeruje znacząco wyższe ryzyko w porównaniu do grupy bez zaburzeń psychicznych. Ponadto, pacjenci z atakami paniki (OR = 2,22; 95% CI: 1,65–3,00;  $p < 0,001$ ), fobiami specyficznymi (OR = 1,74; 95% CI: 1,27–2,39;  $p = 0,001$ ) oraz zaburzeniami zachowania (OR = 3,07; 95% CI: 2,27–4,13;  $p < 0,001$ ) również wykazywali zwiększone ryzyko próby samobójczej w porównaniu do osób bez tych zaburzeń. Wyniki te potwierdzają silny związek między doświadczaniem zaburzeń psychicznych a ryzykiem podjęcia próby samobójczej wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu.

Tab 4. Iloraz szans (OR) i istotność statystyczna próby samobójczej wśród pacjentów terapii uzależnienia od alkoholu z diagnozą zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w życiu

Zaburzenie zdrowia psychicznego	OR	95% CI	Istotność
depresja	3,85	2,84 – 5,23	<b>0,000</b>
ataki paniki	2,22	1,65 – 3,00	<b>0,000</b>
fobie specyficzne	1,74	1,27 – 2,39	<b>0,001</b>
zaburzenia zachowania	3,07	2,27 – 4,13	<b>0,000</b>
<i>Jakiegokolwiek rozpoznanie</i>	4,69	2,87 – 7,67	<b>0,000</b>

Ryc. 4 Iloraz szans (OR) i istotność statystyczna próby samobójczej wśród pacjentów terapii uzależnienia od alkoholu z diagnozą zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w życiu (grupa referencyjna – pacjenci bez rozpoznania towarzyszących zaburzeń psychicznych)

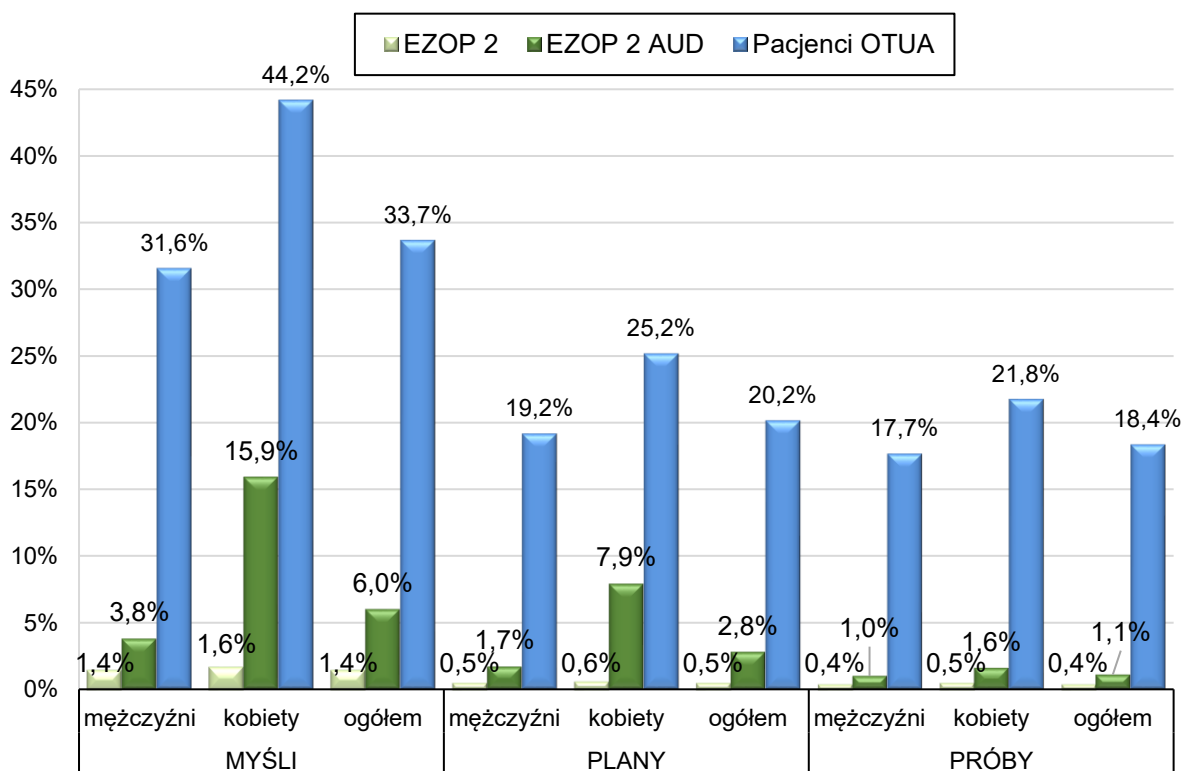


Analiza ilorazu szans (OR) w kontekście diagnozy zaburzeń psychicznych w ostatnich 12 miesiącach wykazała istotnie wyższe ryzyko wystąpienia próby samobójczej u pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne. Iloraz szans wynosił 5,76 (95% CI: 3,27–10,15;  $p < 0,001$ ), co wskazuje na ponad pięciokrotnie wyższe ryzyko podjęcia próby samobójczej w tej grupie w porównaniu do osób bez diagnozy zaburzenia psychicznego. Wynik ten jednoznacznie sugeruje, że pacjenci doświadczający zaburzeń psychicznych w ostatnich 12 miesiącach są w znacząco większym stopniu narażeni na podjęcie próby samobójczej.

## Porównanie rozpowszechnienia zachowań samobójczych u pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów leczenia uzależnienia od alkoholu a populacją generalną

Porównując rozpowszechnienie myśli, planów i prób samobójczych u pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu z wynikami badania populacji generalnej uzyskanymi w kompleksowym badaniu stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP 2, w tym z wynikami osób z zaburzeniem używania alkoholu (AUD), można zaobserwować wyraźne różnice. Dane te przedstawione zostały na poniższej rycinie (ryc. 5) i w tabeli 5.

Ryc. 5. Myśli, plany i próby samobójcze – rozpowszechnienie oszacowane dla całego życia według płci w populacji generalnej (EZOP 2), u osób w populacji generalnej, u których stwierdzono zaburzenie używania alkoholu (EZOP 2 AUD) oraz u pacjentów OTUA



*Myśli samobójcze:* Ryzyko wystąpienia myśli samobójczych wśród pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu jest **24 razy** wyższe w porównaniu do populacji generalnej; **27 razy** wyższe niż u kobiet w populacji generalnej i **23 razy** wyższe w porównaniu z mężczyznami w populacji generalnej.

Porównanie pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu z osobami z populacji generalnej, u których stwierdzono zaburzenie używania alkoholu (EZOP

2 AUD) pokazało, że pacjenci mają **6 razy** wyższe ryzyko myśli samobójczych w porównaniu do osób z AUD w populacji. Kobiety mają **3 razy** wyższe ryzyko, a mężczyźni **8 razy**.

*Plany samobójcze:* Ryzyko wystąpienia planów samobójczych wśród pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu jest **38 razy** wyższe w porównaniu do populacji generalnej. W przypadku kobiet korzystających z całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu ryzyko wystąpienia planów samobójczych jest **40 razy** wyższe niż u kobiet w populacji generalnej, u mężczyzn **37 razy**.

Porównanie pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu z osobami z populacji generalnej, u których stwierdzono zaburzenie używania alkoholu (EZOP 2 AUD) pokazało, że pacjenci mają **7 razy** wyższe ryzyko planów samobójczych w porównaniu do osób z populacji generalnej z AUD. Kobiety-pacjentki mają **3 razy** wyższe ryzyko, a mężczyźni - pacjenci **11 razy** wyższe ryzyko.

*Próby samobójcze:* Ryzyko wystąpienia próby samobójczej wśród pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu jest **46 razy** wyższe w porównaniu do populacji generalnej. Płeć nie jest czynnikiem różnicującym ryzyko wystąpienia próby samobójczej.

Porównanie pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu z osobami z populacji generalnej, u których stwierdzono zaburzenie używania alkoholu (EZOP 2 AUD) pokazało, że pacjenci mają **16 razy** wyższe ryzyko próby samobójczej w porównaniu do osób z AUD w populacji generalnej. Kobiety mają **14 razy** wyższe ryzyko, a mężczyźni aż **17 razy** wyższe.

Tab 5. Częstość występowania zachowań samobójczych w grupach badanych – populacji generalnej (EZOP 2), populacji generalnej z zaburzeniem używania alkoholu (EZOP 2 AUD) oraz pacjentów całodobowych ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu.

Zach. samobójcze	Populacja generalna			Populacja generalna (AUD)			Pacjenci OTUA		
	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %	Mężczyźni %	Kobiety %	Ogółem %
Myśli samobójcze	1,4	1,6	1,4	3,8	15,9	6,0	31,6	44,2	33,7
Plany samobójcze	0,5	0,6	0,5	1,7	7,9	2,8	19,2	25,2	20,2
Próby samobójcze	0,4	0,5	0,4	1,0	1,6	1,1	17,7	21,8	18,4

## Wnioski

Wyniki uzyskane w badaniu nt. współchorobowości wskazują, że populacja pacjentów korzystających z całodobowej terapii uzależnienia od alkoholu jest szczególnie narażona na wystąpienie zachowań samobójczych.

U co trzeciego pacjenta na przestrzeni całego życia wystąpiły myśli samobójcze (33,7%), a u co piątego wystąpiły plany samobójcze (20,2%). Na przestrzeni całego życia próby samobójczej dokonał co piąty pacjent (18,4%).

W ostatnich 12 miesiącach przed podjęciem terapii stacjonarnej co piąty pacjent doświadczał myśli samobójczych (19,8%), co dziesiąty planował samobójstwo (10,6%), a co 12 pacjent dokonał próby samobójczej w roku poprzedzającym terapię (7,9%).

W horyzoncie czasowym całego życia wyższe ryzyko próby samobójczej występuje wśród osób z młodszych grup wiekowych, zwłaszcza w grupie 18–29 lat, podczas gdy w starszych grupach wiekowych (35+) różnice w ryzyku są nieistotne statystycznie. Najwyższe ryzyko próby samobójczej spośród wszystkich grup wiekowych wystąpiło w grupie osób 18-29 lat i jest ono prawie trzykrotnie wyższe w porównaniu do pozostałych grup wiekowych.

Istotnie wyższe ryzyko popełnienia próby samobójczej występuje w grupie osób z niższym wykształceniem (podstawowym, gimnazjalnym). Dla pozostałych grup wykształcenia (zasadnicze zawodowe i średnie) różnice w ryzyku nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej.

Osoby będące w związku nieformalnym oraz rozwiedzione są bardziej narażone na ryzyko doświadczenia próby samobójczej w porównaniu z osobami żonatymi/zamężnymi.

Osoby bezrobotne są grupą szczególnie narażoną na ryzyko doświadczenia próby samobójczej w porównaniu z osobami aktywnymi zawodowo.

Miejsce zamieszkania jest istotnym czynnikiem różnicującym ryzyko doświadczenia próby samobójczej, przy czym osoby mieszkające w miastach wykazują znacznie wyższe ryzyko w porównaniu do osób zamieszkujących obszary wiejskie.

Doświadczenie współwystępującego zaburzenia zdrowia psychicznego istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia próby samobójczej u pacjentów całodobowych ośrodków/oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu. Trzeba przy tym pamiętać, że w badaniu współchorobowości

uwzględniono tylko pięć zaburzeń psychicznych; przy uwzględnieniu ich pełnej gamy szacowane ryzyko samobójstw u pacjentów byłoby zapewne jeszcze wyższe.

Czynnikami chroniącymi mogą być zatem pozostawanie w sformalizowanym związku, aktywność zawodowa oraz poziom wykształcenia; podwyższone ryzyko dotyczy głównie pacjentów z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym.

Analizując dane na temat przypadków prób samobójczych dostępnych z danych medycznych należy się liczyć z dużym niedoszacowaniem w zakresie odnotowanych prób samobójczych. Dane dostępne z dokumentacji medycznej ponad pięciokrotnie zaniżają rozpowszechnienie zachowań samobójczych wśród pacjentów.

Znaczące różnice występują między osobami będącymi w całodobowej terapii uzależnienia od alkoholu a osobami z populacji generalnej. Pacjenci korzystający z całodobowych ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu doświadczają myśli samobójczych, planów samobójczych i prób samobójczych wielokrotnie częściej niż osoby w populacji generalnej oraz osoby z zaburzeniem używania alkoholu w populacji generalnej.

## Przypisy

Durkheim, E. (2006). *Samobójstwo. Studium z socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa.

Jarosz, M. (2013). *Samobójstwa. Dlaczego teraz?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Klimkiewicz, A., Serafin, P., & Wojnar, M. (2011). Czynniki ryzyka zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatria*, 8(1), 7–17. <https://doi.org/10.12740/PP/15707>

Moitra, M., Santomauro, D., Degenhardt, L., Collins, P. Y., Whiteford, H., Vos, T., & Ferrari, A. (2021). Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 242–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.053>

Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyniak B. (Red.). (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Moskalewicz, J., & Wciórka, J. (Red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(suppl.), S11–S19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.006>

### 13. UPRAWIANIE HAZARDU (*Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska*)

#### **Wprowadzenie**

Problematyka uzależnień behawioralnych, w tym hazardu, w ostatnich dekadach stała się przedmiotem intensywnych badań w kontekście ich współwystępowania z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol. Coraz więcej dowodów naukowych wskazuje na to, że osoby uzależnione od alkoholu są szczególnie narażone na rozwój problemowego grania w gry hazardowe. Stanowi to poważne wyzwanie zarówno dla badaczy, jak i praktyków zajmujących się terapią uzależnień (Crockford, el-Guebaly, 1998; Cunningham-Williams i wsp. 1998; Cunningham-Williams, Cottler, 2001; Potenza i wsp. 2002; Raybould i wsp. 2021).

Jednym z kluczowych badań, które pozwoliły określić skalę problemu, było badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych na początku XXI wieku przez Kesslera i współpracowników (2008). W badaniu tym, obejmującym próbę ponad 43 000 respondentów z różnych stanów USA, stwierdzono, że aż 46,2% (OR 4.5, 95% CI 1.8–11.0) osób z zaburzeniami używania alkoholu lub narkotyków spełniało kryteria diagnostyczne dla zaburzeń hazardowych. Co istotne, badania te wykazały, że ryzyko rozwinięcia uzależnienia od hazardu wzrastało proporcjonalnie do stopnia nasilenia problemu alkoholowego (Kessler i wsp., 2008).

W obszernym przeglądzie badań z lat 1966-1996 przeprowadzonym przez Australijczyków, obejmującym zarówno badania na próbach klinicznych oraz prowadzonych w populacji generalnej wynika, że 25-63% osób spełniających kryteria diagnostyczne dla zaburzeń hazardowych spełniało również kryteria dla nadużywania substancji psychoaktywnych (alkohol i narkotyki, z wyłączeniem nikotyny). Z kolei między 9 a 16% pacjentów podejmujących leczenie z powodu zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu miało również problemy z patologicznym hazardem (Lorains i współ. 2011).

Badania europejskie prowadzone w XXI wieku również pokazują podobnie wysokie odsetki zaburzeń hazardowych wśród osób z zaburzeniami używania alkoholu. W Hiszpanii w 2002 roku badacze de Pablo, Pollán i Varo (2002) przeprowadzili badania na próbie 132 pacjentów klinik odwykowych. Wyniki pokazały, że 23,5% badanych uzależnionych od alkoholu miało problem z uprawianiem hazardu. Spośród nich 5,3% wykazywało przejawy patologicznego hazardu, a 18,2% hazardu problemowego. Szwedzkie badania Swelogs pokazały, że ponad

jedna trzecia (34,3%) respondentów, którzy doświadczali zaburzeń hazardowych miała w swoim życiu problemy z alkoholem. Trochę ponad 5% respondentów miało problemy z alkoholem przed rozwojem zaburzeń hazardowych (Sundqvist i Rosendahl, 2019).

W Polsce brak jest danych na temat rozpowszechnienia uprawiania hazardu oraz zaburzeń hazardowych wśród osób uzależnionych od alkoholu. Dotychczas prowadzone badania koncentrowały się na zjawisku hazardu występującego samoistnie (Moskalewicz i wsp. 2019; Wieczorek, Dąbrowska 2021). Wynika z nich, że 37,1% osób powyżej 15. roku życia przynajmniej raz uczestniczyło w grach hazardowych w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Największą popularnością cieszyły się gry oferowane przez Totalizator Sportowy, w które grało 27,4% respondentów. Znacznie mniejszy odsetek badanych wybierał zdrapki (16,3%), loterie i konkursy SMS-owe (6,3%) oraz automaty do gier o niskich wygranych, z których korzystało 3,8% uczestników badania (Moskalewicz i wsp. 2019). Podobne wyniki otrzymano w ogólnopolskim badaniu EZOP II. Najbardziej rozpowszechnioną formą hazardu był Totolotek, Szczęśliwy Numerek, loterie i zdrapki (21,4%) deklarowało, że przynajmniej raz w życiu uczestniczyło w tego typu rozrywce. Pozostałe formy hazardu cieszyły się znacznie mniejszą popularnością. Najbardziej popularne z nich to zakładanie się lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi, co praktykowało 6,0% respondentów. Obstawianie zakładów sportowych w biurach bukmacherskich deklarowało 4,8% badanych, granie w gry takie jak karty, kości, szachy czy inne gry umysłowe na pieniądze – 4,3%, a korzystanie z automatów typu jednoręki bandyta lub granie w bingo – 4,1% (Wieczorek, Dąbrowska 2021).

Prezentowany projekt próbuje zapełnić tę lukę. Jego celem jest identyfikacja rozpowszechnienia uprawiania hazardu wśród osób uzależnionych od alkoholu, które leczą się w stacjonarnych placówkach leczenia uzależnień oraz charakterystyka graczy pod względem społeczno-demograficznym.

## **Metoda pomiaru**

Część kwestionariusza poświęcona zachowaniom hazardowym zawierała szereg pytań dotyczących różnorodnych rodzajów gier hazardowych, takich jak obstawianie zakładów sportowych (zarówno w formie towarzyskiej, jak i w biurze bukmacherskim), gry w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”, gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, inwestycje wysokiego ryzyka (np. spekulacje giełdowe),

udział w loteriach, zdrapkach i grach liczbowych (np. totolotek), gry wideo „na pieniądze”, gry na automatach czy uczestnictwo w hazardzie w kasynie. Ankieta pozwoliła na uchwycenie pełnego spektrum możliwych zachowań związanych z hazardem. Pytania o rozpowszechnienie grania w gry hazardowe odnosiły się do doświadczeń respondenta występujących na przestrzeni całego życia oraz w czasie ostatniego roku. Wyróżniono możliwość wyboru odpowiedzi z ośmiu kategorii odzwierciedlających intensywność tych aktywności, począwszy od sporadycznego uczestnictwa (1–2 razy), aż po bardzo częste (160 razy i więcej). Zapytano również o formę uprawiania hazardu: tradycyjnie, w internecie oraz o kombinację obu form.

Część sekcji dotyczącej uprawiania hazardu odnosiła się do doświadczeń związanych z poszukiwaniem pomocy terapeutycznej i leczeniem zaburzeń hazardowych. Respondenci byli pytani o konsultacje ze specjalistą, wiek w jakim zgłosili się po pomoc po raz pierwszy, liczbę wizyt z tego powodu w ostatnim roku. Pytani byli również o skuteczność otrzymanej pomocy oraz specjalistę, który okazał się najbardziej pomocny. W tej sekcji znalazły się również pytania o uczestnictwo w grupach samopomocowych, takich jak Anonimowi Hazardziści. Ostatnie pytanie sekcji odnosiło się do liczby biologicznych krewnych (rodziców, rodzeństwa, dzieci), którzy mieli problem z graniem, które przysporzyło im cierpienia lub przeszkadzało w życiu.

### **Rozpowszechnienie różnych typów zachowań hazardowych**

Wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu, hospitalizowanych w ośrodkach leczenia uzależnień, najbardziej rozpowszechnioną formą hazardu jest udział w grach liczbowych, takich jak totolotek, „Szczęśliwy Numerek” czy loterie. Wyniki badania wskazują, że niemal trzy czwarte respondentów (72,9%) deklarowało, że kiedykolwiek uczestniczyło w tego typu grach. Co istotne, około 38% badanych przyznało, że brało udział w takich grach co najmniej 80 razy w ciągu życia, choć tylko 6,4% grało z taką częstotliwością w ostatnich 12 miesiącach.

Drugą najczęściej wskazywaną formą hazardu było granie na automatach do gier, w tym maszynach typu „Jednoręki Bandyta”. Tę aktywność zadeklarowało 30,2% badanych. Wśród nich, 26,4% grało na automatach przynajmniej 80 razy w życiu, ale zaledwie 3,0% podejmowało tę aktywność z taką częstotliwością w ciągu ostatniego roku.

Na trzecim miejscu uplasowało się obstawianie zakładów sportowych, zarówno w biurach bukmacherskich, jak i online, które wskazało 19% respondentów. W tej grupie 24,8% badanych zadeklarowało, że obstawiało zakłady przynajmniej 80 razy w ciągu życia, a 5,2% czyniło to z taką częstotliwością w ostatnim roku poprzedzającym badanie.

Najmniej popularną formą hazardu wśród badanych okazało się granie w gry wideo „na pieniądze”, które wskazało jedynie 1,2% respondentów. Co ciekawe, wśród osób podejmujących tę aktywność, aż 20% grało z częstotliwością co najmniej 80 razy w ciągu całego życia, a 6,7% deklarowało tak intensywną aktywność w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Obstawianie zakładów na wyścigach konnych było również mało popularne i zadeklarowane przez 2,1% respondentów. Spośród nich jedynie 7,4% wskazało, że uczestniczyło w tego rodzaju hazardzie co najmniej 80 razy w ciągu życia. Kolejną mało popularną formą hazardu było spekulowanie akcjami giełdowymi o wysokim ryzyku, inwestowanie w nieruchomości, waluty lub lokaty o niepewnej wartości, które wskazało 2,3% badanych. Pomimo relatywnie niewielkiej liczby osób podejmujących tę aktywność, aż 18,5% z nich deklarowało udział w co najmniej 80 transakcjach w ciągu życia, a 13,3% grało z taką częstotliwością w ostatnim roku przed badaniem.

Wyniki badania EZOP II pokazują podobne rezultaty jeśli chodzi o popularność poszczególnych gier hazardowych. Podobnie jak w prezentowanym badaniu, najpopularniejszą grą hazardową wśród populacji generalnej oraz wśród osób pijących szkodliwie (AUD) jest granie w totolotka (odpowiednio 87,9% i 95,1%). Drugą popularną grą w populacji respondentów z badania EZOP II przeliczoną na strukturę leczonych było obstawianie zakładów w biurze bukmacherskim (27,8%), natomiast wśród osób pijących szkodliwie granie na automatach (36,9%). Na kolejnym miejscu pod względem popularności gier znalazło się zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi (27,5%), natomiast wśród osób pijących szkodliwie obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim (36,9%).

Tab. 1. Rozpowszechnienie różnych typów zachowań hazardowych wśród pacjentów OTUA oraz w populacji generalnej (EZOP II)

Rodzaj gry	Pacjenci OTUA	Populacja generalna	
	Osoby uzależnione leczone się w placówkach leczenia uzależnień %	Rozkłady dla populacji EZOP II przeliczonej na strukturę leczonych %	Rozkłady dla osób z AUD w EZOP II przeliczonej na strukturę leczonych %
Zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi	17,3	27,5	36,6
Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim	19,0	27,8	36,9
Granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”	16,1	20,1	35,7
Granie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, “na pieniądze”	3,6	15,0	17,6
Spekulowanie akcjami giełdowymi “wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości	2,3	2,8	4,2
Granie w Totolotka, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”	72,9	87,9	95,1
Granie w gry wideo „na pieniądze”	1,2	2,1	4,2
Granie na maszynach typu “Jednoreki Bandyta” i automatach lub granie w bingo	30,2	21,4	36,9
Obstawianie zakładów na wyścigach konnych	2,1	1,4	3,5
Uprawianie hazardu w kasynie	8,2	7,1	15,5

Tab. 2. Częstotliwość uprawiania hazardu kiedykolwiek w życiu i w czasie 12 miesięcy przed badaniem

Rodzaj gry	Kiedykolwiek w życiu (ilość razy) %					W czasie ostatnich 12 miesięcy (ilość razy) %					
	1-9	10 - 79	80- 159	160 i więcej	Nie wiem	0	1-9	10 - 79	80- 159	160 i więcej	Nie wiem
Zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi?	39,0	39,0	5,7	12,9	3,3	67,9	18,2	10,0	1,9	0,5	1,4
Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim	35,2	40,0	7,8	17,0	0,0	64,5	17,7	12,6	2,2	3,0	0,0
Granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”	27,5	39,9	9,3	21,8	1,6	85,6	7,7	5,1	0,5	0,5	0,5
Granie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, „na pieniądze”	39,5	41,9	4,7	7,0	7,0	97,7	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Spekulowanie akcjami giełdowymi “wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości	44,4	33,3	0,0	18,5	3,8	53,3	20,0	10,0	0,0	13,3	3,3
Granie w Totolotka, Szczęśliwy Numer, loterie i „zdrapki”	21,8	39,3	9,0	28,8	1,1	45,5	26,9	20,9	2,3	4,1	0,4
Granie w gry wideo „na pieniądze”	26,7	53,3	0,0	20,0	0,0	53,3	20,0	20,0	0,0	6,7	0,0
Granie na maszynach typu “Jednoręki Bandyta” i automatach lub granie w bingo	40,1	33,0	6,6	19,8	0,5	78,3	11,3	7,1	0,3	2,7	0,3
Obstawianie zakładów na wyścigach konnych	77,8	11,1	3,7	3,7	3,7	81,5	11,1	7,4	0,0	0,0	0,0
Uprawianie hazardu w kasynie	45,5	32,2	5,1	17,2	0,1	70,7	12,1	11,1	2,0	4,0	0,0

W przypadku grania w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, praktycznie wszyscy respondenci deklarowali, że robią to w formie tradycyjnej w lokalu. Podobnie jest w przypadku grania w totolotka, 94,6% z nich robiła to w kolekturach stacjonarnych. Trzy czwarte (74,1%) respondentów, którzy grali w karty, kości i szachy robiło to w tradycyjnej formie. Również zdecydowana większość, tzn. dwie trzecie graczy zakładających się o coś z przyjaciółmi oraz graczy na automatach robiło to w formie tradycyjnej. W przypadku automatów jedna czwarta zadeklarowała, że czasem gra w salonach stacjonarnych a czasami w internecie. Około połowa respondentów uprawiających hazard w kasynie robiła to stacjonarnie. Jednak jak w przypadku gry na automatach, tak też w przypadku grania w kasynie co piąta osoba robiła to czasem tradycyjnie a czasami przez internet.

Najpopularniejszą grą hazardową uprawianą przez internet było spekulowanie akcjami giełdowymi “wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości. Tę formę aktywności wybierało prawie 85% graczy angażujących się w spekulacje. Trzy czwarte graczy obstawiających zakłady na wyścigach konnych oraz graczy w gry wideo robiło to z wykorzystaniem internetu. Około połowa respondentów obstawiała zakłady sportowe w biurze bukmacherskim online, ale ponad jedna trzecia robiła to tylko w sposób tradycyjny w biurze stacjonarnym.

Tab. 3. Forma grania w poszczególne gry hazardowe

Rodzaj gry	Tylko tradycyjnie %	Raczej tradycyjnie %	Czasem tradycyjnie, czasem przez internet %	Raczej przez internet %	Tylko przez internet %
Zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi	58,2	4,5	13,4	10,4	13,4
Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim	34,1	0,0	15,9	9,8	40,2
Granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”	70,4	3,7	14,8	0,0	11,1
Granie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, “na pieniądze”	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Spekulowanie akcjami giełdowymi “wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości	7,7	0,0	7,7	23,1	61,5
Granie w Totolotka, Szczęśliwy Numer, loterie i „zdrapki”	94,2	0,4	2,9	0,8	1,7
Granie w gry wideo „na pieniądze”	0,0	0,0	28,6	0,0	71,4
Granie na maszynach typu “Jednoręki Bandyta” i automatach lub granie w bingo	57,5	1,3	23,8	5,0	12,5
Obstawianie zakładów na wyścigach konnych	25,0	0,0	0,0	0,0	75,0
Uprawianie hazardu w kasynie	44,8	3,4	20,7	3,4	27,6

## **Specyfika społeczno–demograficzna pacjentów uprawiających hazard okazjonalnie w ciągu życia oraz regularnie w czasie ostatnich 12miesięcy**

W niniejszym badaniu przyjęto, że okazjonalne granie w hazard oznacza uczestnictwo w różnego rodzaju grach hazardowych co najmniej 80 razy w ciągu całego życia. Z kolei za regularne granie w hazard uznano sytuację, gdy badani grali w różnego rodzaju gry hazardowe co najmniej 80 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Wśród mężczyzn okazjonalnie uprawiających hazard najczęściej wybieraną formą gry było granie w Totolotek, Szczęśliwy Numer, loterie i zdraпки – wskazało ją 40,6% respondentów. Jednak tylko 7,2% mężczyzn deklarowało regularne uczestnictwo w tych grach. Drugą najpopularniejszą formą okazjonalnego hazardu było granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze” (32,1%). Regularne uczestnictwo w tego typu grach zadeklarowało jednak zaledwie 1,1% badanych mężczyzn. Trzecie miejsce zajęło granie na maszynach typu „Jednoręki Bandyta” i innych automatach do gier – wybierało je 26,8% okazjonalnych graczy, podczas gdy 3,4% angażowało się w tę formę hazardu regularnie.

Kobiety rzadziej niż mężczyźni angażują się w hazard, co potwierdzają wyniki dla niemal wszystkich rodzajów gier. Wyjątek stanowi zakładanie się lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi – w tej kategorii co piąta kobieta (20%) przyznała, że brała udział w takich grach ponad 80 razy w ciągu całego życia. Różnice między płciami są najmniejsze w przypadku hazardu w kasynie, gdzie 20% kobiet grało w kasynie ponad 80 razy w życiu, co jest wartością zbliżoną do wyników mężczyzn. Co więcej, kobiety częściej niż mężczyźni angażowały się w tę formę hazardu regularnie – 20% kobiet grało w kasynie co najmniej 80 razy w ciągu ostatniego roku, podczas gdy w tej samej kategorii wynik mężczyzn wyniósł jedynie 6,7%.

Tab. 4. Rozpowszechnienie uprawiania hazardu 80 razy i więcej kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy w zależności od płci

Rodzaj gry	Kiedykolwiek w życiu		W czasie ostatnich 12 miesięcy	
	Mężczyźni %	Kobiety %	Mężczyźni %	Kobiety %
Zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi	18,5	22,2	2,5	0
Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim	25,6	0,0	5,0	0
Granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”	32,1	0,0	1,1	0
Granie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, “na pieniądze”	11,4	0,0	0	0
Spekulowanie akcjami giełdowymi “wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości	19,2	0,0	15,4	0
Granie w Totolotka, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”	40,6	21,4	7,1	1,5
Granie w gry wideo „na pieniądze”	25,0	0,00	7,7	0
Granie na maszynach typu “Jednoręki Bandyta” i automatach lub granie w bingo	26,8	11,8	3,4	0,0
Obstawianie zakładów na wyścigach konnych	8,7	0,0	0,0	0,0
Uprawianie hazardu w kasynie	22,1	20,0	6,3	20,0

W różnych grupach wiekowych obserwuje się wyraźne różnice w preferencjach dotyczących gier hazardowych, co odzwierciedla zarówno różnorodność zainteresowań, jak i zmieniające się potrzeby oraz możliwości związane z wiekiem. Totolotek i podobne gry losowe są najczęściej wybierane przez starsze grupy wiekowe. Wśród osób powyżej 50 roku życia ponad 80% respondentów, którzy kiedykolwiek w życiu grali w tę grę, grało w totolotka ponad 80 razy w ciągu swojego życia, a 13,6% deklaroowało regularne uczestnictwo w tej formie hazardu, grając co najmniej 80 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Młodsze grupy wiekowe, takie jak osoby w wieku 18–29 lat i 30–39 lat, wykazują nieco mniejsze zainteresowanie tego rodzaju grami losowymi.

Automaty do gier cieszą się natomiast szczególną popularnością wśród młodszych uczestników. W grupie wiekowej 18–29 lat 23,8% graczy na automatach grało na nich co najmniej 80 razy w ciągu całego życia, podczas gdy 4,8% uczestniczyło w tej aktywności regularnie w ciągu ostatniego roku. Wraz z wiekiem zainteresowanie automatami maleje – w grupie osób powyżej 65. roku życia jedynie nieco ponad 14% graczy na automatach deklarowało okazjonalne granie na tego rodzaju urządzeniach.

W przypadku obstawiania zakładów w biurach bukmacherskich odnotowano porównywalne odsetki graczy we wszystkich kategoriach wiekowych. Co trzeci lub co czwarty respondent obstawiał zakłady sportowe ponad 80 razy w ciągu swojego życia, niezależnie od wieku.

W odróżnieniu od gier na automatach i zakładów bukmacherskich, aktywności wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, rozgrywane „na pieniądze”, były szczególnie popularne w najstarszej grupie respondentów. Ponad 50% osób starszych okazjonalnie angażowało się w tego typu gry hazardowe. W młodszych grupach wiekowych zainteresowanie tymi aktywnościami było zauważalnie mniejsze, co wskazuje na różnice w preferencjach między pokoleniami.

Tab. 5. Rozpowszechnienie uprawiania hazardu 80 razy i więcej kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy w różnych grupach wiekowych.

Rodzaj gry	Kiedykolwiek w życiu					W czasie ostatnich 12 miesięcy				
	18-29 %	30-39 %	40-49 %	50-64 %	65+ %	18-29 %	30-39 %	40-49 %	50-64 %	65+ %
Zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi	37,0	24,6	9,2	13,6	0	0	5,8	1,5	0	0
Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim	30,0	21,5	24,3	31,0	25,0	0	2,4	2,3	1,3	0
Granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”	25,0	39,0	18,2	35,0	33,3	0	5,0	0	0	0
Granie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, „na pieniądze”	0	15,4	12,5	0	50,0	0	0	0	0	0
Spekulowanie akcjami giełdowymi „wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości	25,0	36,4	0	0	0	25,0	25,0	0	0	0
Granie w Totolotka, Szczęśliwy Numer, loterie i „zdrapki”	19,3	33,8	37,4	43,9	41,7	3,5	7,3	8,3	5,4	0
Granie w gry wideo „na pieniądze”	50,0	14,3	25,0	0	0	0	14,3	0	0	0
Granie na maszynach typu „Jednoręki Bandyta” i automatach lub granie w bingo	23,8	23,8	33,3	20,8	14,3	4,8	5,6	2,5	0	0
Obstawianie zakładów na wyścigach konnych	0	0	33,3	0	0	0	0	0	0	0
Uprawianie hazardu w kasynie	33,3	21,4	23,1	15,0	0	16,7	4,8	7,7	5,0	0

Wdowy i wdowcy okazali się najaktywniejsi w kilku kategoriach hazardu. Aż 33,3% z nich grało na automatach ponad 80 razy w ciągu życia, co jest jednym z najwyższych odsetków w porównaniu z innymi grupami. Jeszcze większy udział, wynoszący 71%, odnotowano w przypadku grania w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”. Ponadto 50% wdowców obstawiało zakłady sportowe w biurach bukmacherskich co najmniej 80 razy w swoim życiu, co również wyróżnia ich na tle pozostałych grup. W kategorii zakładania się z przyjaciółmi o coś lub obstawiania zakładów sportowych wdowcy również zajmują wysoką pozycję – 33,3% z nich uprawiało tę aktywność z dużą intensywnością.

Osoby samotne wykazywały znacznie niższą aktywność w większości form hazardu. W przypadku zakładania się z przyjaciółmi o coś lub obstawiania zakładów sportowych, ponad 25% z nich deklarowało intensywną aktywność (ponad 80 razy w życiu), a tylko 2,8% robiło to regularnie w ostatnim roku. W odniesieniu do grania na automatach 5% samotnych respondentów uprawiało tę formę hazardu regularnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy, co jest jednym z najniższych wyników spośród analizowanych grup. Co czwarta osoba samotna angażowała się jednak okazjonalnie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle „na pieniądze”.

Osoby rozwiedzione wyróżniały się aktywnością w obstawianiu zakładów sportowych w biurach bukmacherskich – 32,4% z nich angażowało się w tę aktywność co najmniej 80 razy w swoim życiu. W innych formach hazardu ich wyniki były mniej wyróżniające się w porównaniu z innymi grupami, ale ich preferencje pozostają ważnym elementem obrazu zachowań hazardowych.

Osoby pozostające w stałych związkach angażowały się w bardziej złożone formy hazardu, takie jak spekulacje finansowe, inwestowanie w akcje wysokiego ryzyka, nieruchomości czy waluty. W tej grupie aż 40% respondentów uprawiało te aktywności okazjonalnie w ciągu życia, a taki sam odsetek robił to regularnie w ostatnim roku. W kontekście zakładów sportowych w biurach bukmacherskich 6,7% osób w stałych związkach deklarowało regularną aktywność. Jeśli chodzi o granie w gry umysłowe „na pieniądze”, 3,2% z nich uczestniczyło w nich regularnie.

Tab. 6. Rozpowszechnienie uprawiania hazardu 80 razy i więcej kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy według stanu cywilnego

Rodzaj gry	Kiedykolwiek w życiu					W czasie ostatnich 12 miesięcy				
	Żonaty/ zamężna %	W stałym związku %	Rozwie dziony/ w separac ji %	Wdowi ec/ wdowa %	Kawale r/ panna %	Żonaty/ zamężna %	W stałym związku %	Rozwie dziony/ w separac ji %	Wdowi ec/ wdowa %	Kawaler/ panna %
Zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi	15,2	12,8	13,8	33,3	25,4	1,5	2,6	0	0	2,8
Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim	17,6	20,5	32,4	50,0	31,6	1,4	6,7	5,7	0	7,9
Granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”	20,9	31,3	27,3	71,4	39,3	1,5	3,2	0	0	1,8
Granie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, “na pieniądze”	9,1	16,7	0	0	26,7	0	0	0	0	0
Spekulowanie akcjami giełdowymi “wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości	16,7	40,0	16,7	0	10,0	14,3	40,0	14,3	0	9,1
Granie w Totolotka, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”	37,9	40,6	40,0	29,4	34,8	5,4	10,1	8,0	0	5,1
Granie w gry wideo „na pieniądze”	0	25,0	50,0	20,0	0	0	20,0	25,0	0	0
Granie na maszynach typu “Jednoręki Bandyta” i automatach lub granie w bingo	19,0	32,8	27,5	33,3	28,9	1,9	3,3	1,4	0	4,7
Obstawianie zakładów na wyścigach konnych	11,1	0	0	0	25,0	0	0	0	0	0
Uprawianie hazardu w kasynie	7,7	28,6	13,3	0,0	30,0	0	10,7	7,1	0	9,7

Analiza uczestnictwa w hazardzie w zależności od poziomu wykształcenia wykazała, że osoby z niższym wykształceniem – podstawowym, gimnazjalnym lub zasadniczym zawodowym – częściej angażowały się okazjonalnie w różne formy hazardu. Również w przypadku regularnego grania, definiowanego jako uczestnictwo w grach hazardowych co najmniej 80 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, osoby te wykazywały wyższą aktywność niż respondenci z wyższym wykształceniem.

Osoby z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym, które grały okazjonalnie, najczęściej angażowały się w różne spekulacje finansowe takie jak handel akcjami (50%), oraz w gry umysłowe, takie jak karty i kości (40,9%). Popularnością w tej grupie cieszyły się także gry wymagające sprawności fizycznej (33,3%) i zakłady z przyjaciółmi (23,1%). Wśród osób z tej grupy, które regularnie uprawiały hazard w ciągu ostatniego roku, najczęściej deklarowano uczestnictwo w spekulacjach giełdowych (50%), zakładach z przyjaciółmi (7,7%), grach w totolotka (7,3%) oraz zakładach sportowych w biurach bukmacherskich (6,7%).

W grupie osób z wykształceniem zawodowym najczęściej uprawianymi formami hazardu były: granie w totolotka (39,5%), obstawianie zakładów sportowych w biurach bukmacherskich (30,4%), hazard w kasynie (30,0%) oraz gra na automatach (28,8%). Regularne granie w ciągu ostatniego roku najczęściej dotyczyło hazardu w kasynie (10,0%) oraz gier wymagających sprawności fizycznej.

Respondenci z wykształceniem średnim okazjonalnie angażowali się w gry wideo na pieniądze (33,3%), natomiast osoby z wykształceniem wyższym najczęściej obstawiały zakłady na wyścigach konnych (14,3%). Regularne granie wśród osób z wykształceniem średnim obejmowało głównie gry wideo na pieniądze (11,1%), totolotka i zdraпки (7,6%), a także gry umysłowe, takie jak karty, kości czy szachy (1,7%). W przypadku osób z wykształceniem wyższym, największy odsetek regularnego grania dotyczył gry na automatach (6,3%).

Tab. 7. Rozpowszechnienie uprawiania hazardu 80 razy i więcej kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy według poziomu wykształcenia

Rodzaj gry	Kiedykolwiek w życiu				W czasie ostatnich 12 miesięcy			
	Gimnazjum lub niższe %	Zasadnicze zawodowe %	Średnie %	Wyższe %	Gimnazjum lub niższe %	Zasadnicze zawodowe %	Średnie %	Wyższe %
Zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi	23,1	19,7	18,7	9,1	7,7	1,4	2,2	0
Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim	29,0	30,4	25,0	10,0	6,7	3,6	5,3	6,5
Granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”	40,9	37,8	21,1	10,0	0	1,4	1,7	0
Granie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, „na pieniądze”	33,3	20,0	4,8	0	0	7,1	0	0
Spekulowanie akcjami giełdowymi “wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości	50,0	0	16,7	20,0	50,0	0	15,8	0
Granie w Totolotka, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”	37,4	39,5	38,6	30,3	7,3	5,8	7,6	2,7
Granie w gry wideo „na pieniądze”	0	0	33,3	0	0	0	11,1	0
Granie na maszynach typu “Jednoręki Bandyta” i automatach lub granie w bingo	26,6	28,8	27,6	12,5	3,2	0,8	3,4	6,3
Obstawianie zakładów na wyścigach konnych	0	12,5	0	14,3	0	0	0	0
Uprawianie hazardu w kasynie	27,8	30,0	21,7	11,8	5,3	10,0	6,7	5,9

Analiza częstotliwości uczestnictwa w hazardzie w zależności od miejsca zamieszkania wykazała, że granie w większość gier hazardowych powyżej 80 razy na przestrzeni całego życia było najbardziej powszechne wśród mieszkańców małych i średnich miast. Wyjątek stanowiły zakłady z przyjaciółmi, takie jak zakładanie się o coś lub obstawianie wyników sportowych, które były częściej praktykowane przez mieszkańców dużych miast liczących ponad 200 tysięcy mieszkańców. Natomiast gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle „na pieniądze”, były bardziej popularne wśród mieszkańców wsi.

W przypadku regularnego grania, definiowanego jako uczestnictwo w grach hazardowych co najmniej 80 razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, najwyższe rozpowszechnienie odnotowano wśród mieszkańców małych miast. Wyjątkiem były gry wideo „na pieniądze” oraz spekulacje finansowe, takie jak inwestowanie w akcje giełdowe wysokiego ryzyka.

Tab. 8. Rozpowszechnienie uprawiania hazardu 80 razy i więcej kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród osób zamieszkujących różne wielkości miejscowości

Rodzaj gry	Kiedykolwiek w życiu				W czasie ostatnich 12 miesięcy			
	Wieś %	Miasta do 50 tys. %	Miasta 50-200 tys. %	Miasta ponad 200 tys. %	Wieś %	Miasta do 50 tys. %	Miasta 50-200 tys. %	Miasta ponad 200 tys. %
Zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi	17,8	16,7	18,2	20,0	2,6	2,7	1,7	2,6
Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim	18,1	29,4	31,3	27,7	3,7	8,8	6,2	2,2
Granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”	32,5	25,7	33,3	31,6	0	3,0	0	2,6
Granie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, “na pieniądze”	20,0	12,5	6,7	11,1	0	0,0	0	0
Spekulowanie akcjami giełdowymi “wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości	20,0	50,0	0	25,0	20,0	0	0	12,5
Granie w Totolotka, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”	36,8	34,8	40,6	38,5	5,8	6,5	6,7	6,6
Granie w gry wideo „na pieniądze”	0	0	50,0	25,0	0	0	0,0	25,0
Granie na maszynach typu “Jednoręki Bandyta” i automatach lub granie w bingo	19,6	34,5	29,2	30,0	2,0	6,8	2,1	5,0
Obstawianie zakładów na wyścigach konnych	0	0	16,7	14,3	0	0	0	0
Uprawianie hazardu w kasynie	14,3	33,3	17,9	24,2	14,3	27,8	22,2	24,2

Analiza częstotliwości uczestnictwa w grach hazardowych wskazuje na zróżnicowanie w zależności od aktywności zawodowej badanych. W większość rodzajów gier częściej grały osoby nieaktywne zawodowo, takie jak bezrobotni, emeryci, renciści, osoby prowadzące dom czy studenci.

Największą popularnością wśród osób bezrobotnych cieszyło się obstawianie zakładów sportowych w biurach bukmacherskich, granie w gry wideo „na pieniądze”, uprawianie hazardu w kasynie oraz zakłady na wyścigach konnych. W przypadku emerytów najczęściej odnotowano okazjonalne uczestnictwo w grach umysłowych, takich jak karty, kości, szachy „na pieniądze”, grach wymagających sprawności fizycznej oraz na automatach typu

„Jednoręki Bandyta”. Osoby pracujące najczęściej angażowały się w spekulacje finansowe, w tym inwestowanie w akcje giełdowe wysokiego ryzyka.

Regularne uprawianie hazardu również było najbardziej rozpowszechnione wśród osób bezrobotnych. Podobnie jak w przypadku grania okazjonalnego w ciągu całego życia, osoby pracujące najczęściej angażowały się w spekulacje akcjami giełdowymi.

Tab. 9. Rozpowszechnienie uprawiania hazardu 80 razy i więcej kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy według aktywności zawodowej

Rodzaj gry	Kiedykolwiek w życiu				W czasie ostatnich 12 miesięcy			
	Pracujący %	Emeryt %	Bezrobotny %	Inne w tym rencista, student, prowadz i dom %	Pracujący %	Emeryt %	Bezrobotny %	Inne w tym rencista, student, prowadz i dom %
Zakładanie się o coś lub obstawianie zakładów sportowych z przyjaciółmi	18,6	14,3	16,5	35,3	1,0	0	4,7	0
Obstawianie zakładów sportowych w biurze bukmacherskim	19,7	28,6	31,0	26,3	1,7	0	9,2	10,5
Granie w karty, kości, szachy lub inne gry umysłowe „na pieniądze”	20,9	50,0	32,8	44,0	1,2	0	1,6	0
Granie w gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard, golf czy kręgle, “na pieniądze”	5,6	50,0	12,5	0	0	0,0	0	0
Spekulowanie akcjami giełdowymi “wysokiego ryzyka”, nabywanie nieruchomości, walut i lokat o niepewnej wartości	21,4	0	12,5	20,0	21,4	0	12,5	0
Granie w Totolotka, Szczęśliwy Numerek, loterie i „zdrapki”	38,1	42,9	32,9	44,4	6,3	2,8	7,2	6,8
Granie w gry wideo „na pieniądze”	12,5	0,0	40,0	0,0	12,5	0	20,0	0,0
Granie na maszynach typu “Jednoręki Bandyta” i automatach lub granie w bingo	26,0	38,5	28,5	16,2	3,4	0	3,6	0
Obstawianie zakładów na wyścigach konnych	6,3	0	20,0	0	0	0	0	0
Uprawianie hazardu w kasynie	20,3	0	26,7	20,0	5,1	0	6,9	10,0

## **Kontakt z systemem ochrony zdrowia oraz grupami samopomocowymi z powodu problemów z hazardem**

2,1% respondentów rozmawiało kiedykolwiek z lekarzem lub innym specjalistą na temat swojego grania. Prawie 60% stwierdziło, że nigdy nie miało takich problemów, a 38,2% nie rozmawiało w ogóle na ten temat. Znacznie częściej byli to mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 2,5% i 0,7%) oraz osoby młode w wieku 18-29 lat i 30-39 lat (odpowiednio 4,3% i 3,2%). Do częstszych kontaktów ze specjalistami przyznało się 3,3% osób z wyższym wykształceniem. Natomiast 5,4% graczy, którzy kiedykolwiek rozmawiali ze specjalistą na temat swojego grania zamieszkiwała duże miasta.

Jedynie 7,1% respondentów stwierdziło, że ma co najmniej jedną osobę bliską, to znaczy biologicznych rodziców, rodzeństwo lub dzieci, które kiedykolwiek miało problemy z hazardem. Spośród nich 6,3% miała tylko jedną taką osobę.

Średnia wieku w jakim znajdowali się respondenci, kiedy po raz pierwszy rozmawiali z lekarzem lub innym specjalistą z powodu swojego grania wynosiła 33 lata (kobiety 21 lat, mężczyźni 33 lata). Z kolei mediana wieku wynosiła 32 lata. Najniższy wiek kontaktu ze specjalistą zajmującym się zdrowiem wyniósł 16 lat, z kolei najwyższy 58.

12,5% badanych, którzy podjęli próbę leczenia odbyło ponad 10 wizyt u specjalisty zajmującego się problemem hazardu w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Nieco ponad 20% (20,8%) konsultowało się z tego typu specjalistą między 3 a 10 razy, a 45% osób nie konsultowało się w związku ze swoim graniem ani razu w ciągu ostatniego roku przed badaniem.

Osoby, które kiedykolwiek w życiu rozmawiały z lekarzem lub innym specjalistą na temat swojego grania były pytane o skuteczność otrzymanej pomocy. Co piąty (21,7%) respondent stwierdził, że otrzymał pomocne lub skuteczne leczenie tej dolegliwości, dwie trzecie (65,2%) zadeklarowało, że nie otrzymało takiego wsparcia a 13% odmówiło odpowiedzi bądź nie potrafiło ocenić czy było ono skuteczne lub nie.

Średnia wieku w jakim respondenci po raz pierwszy otrzymali skuteczne lub pomocne leczenie z powodu uprawiania hazardu wynosiła 42 lata, z kolei mediana wyniosła 36 lat. Najniższy wiek w jakim otrzymano takie leczenie wyniósł 30 lat, a najwyższy 58 lat.

Respondenci najczęściej uzyskiwali skuteczną pomoc od lekarza (40%) bądź terapeuty (40%), a trochę rzadziej od psychologa (20%).

Jedynie 0,5% respondentów spośród osób mających jakiekolwiek doświadczenia z hazardem zadeklarował uczestnictwo w grupach samopomocowych.

## **Podsumowanie**

Przeprowadzone badanie dostarcza danych na temat rozpowszechnienia uprawiania hazardu wśród osób uzależnionych od alkoholu w Polsce, co stanowi istotne uzupełnienie dla istniejących badań. Uzyskane wyniki wskazują, że hazard jest zjawiskiem powszechnym w tej grupie, a gry liczbowe, takie jak totolotek, pozostają najczęściej wybieraną formą hazardu z czego około 40% uczestniczyło w nich co najmniej 80 razy w ciągu życia, choć jedynie nieco ponad 6% grało z taką intensywnością w ostatnim roku. Podobne wzory zostały odnotowane w badaniach EZOP II oraz w innych badaniach prowadzonych w różnych krajach, gdzie gry liczbowe dominują wśród osób z zaburzeniami używania alkoholu. Drugą najczęściej wskazywaną formą hazardu było granie na automatach do gier, w tym maszynach typu „Jednoręki Bandyta”. Wyniki te są zbliżone do danych międzynarodowych, gdzie automaty do gier również są bardziej popularne wśród osób uzależnionych od alkoholu niż w populacji generalnej (Lorains i wsp. 2011). Obstawianie zakładów sportowych, zarówno w biurach bukmacherskich, jak i online, znalazło się na trzecim miejscu pod względem popularności. Wskazał je co piąty badany, z czego prawie 25% obstawiało zakłady przynajmniej 80 razy w ciągu życia, a co dwudziesty czynił to regularnie w ostatnim roku.

Mniej popularne formy hazardu obejmowały granie w gry wideo „na pieniądze”, obstawianie zakładów na wyścigach konnych oraz spekulacje finansowe, takie jak handel akcjami giełdowymi o wysokim ryzyku. Mimo niskiej popularności, wśród osób podejmujących te aktywności, stosunkowo wysoki odsetek angażował się w nie okazjonalnie (np. co piąty gracz w gry wideo grał co najmniej 80 razy w życiu). Podobnie, co piąty gracz spekulujący akcjami giełdowymi deklarował ponad 80 transakcji w ciągu życia, co wskazuje na wysoki poziom zaangażowania w tej grupie.

Analiza socjodemograficzna wskazuje na istotne różnice w preferencjach i intensywności uczestnictwa w hazardzie w zależności od płci, wieku, stanu cywilnego oraz poziomu wykształcenia.

Mężczyźni znacznie częściej angażowali się w okazjonalne granie w różne formy hazardu. Wyniki badań międzynarodowych pokazują, że zarówno w przypadku zaburzeń hazardowych

jak i uzależnienia od substancji psychoaktywnych (alkoholu i narkotyków) to wśród mężczyzn występują one częściej. Około 20% mężczyzn, u których zdiagnozowano zaburzenia hazardowe zgłaszało problemy z piciem, z kolei w przypadku kobiet było to 15%. Jednakże różnice te nie były istotne statystycznie, mimo to warto odnotować, że one występują (Grant i współ. 2002).

Najpopularniejszym wyborem były gry liczbowe, takie jak totolotek, „Szczęśliwy Numerek” i loterie, wskazane przez nieco ponad 40% okazjonalnie grających mężczyzn. Kobiety rzadziej uczestniczyły w hazardzie, choć w niektórych kategoriach, takich jak hazard w kasynach, częstotliwość grania była porównywalna z mężczyznami. Aż 20% kobiet deklarowało regularne uczestnictwo w grach kasynowych, co jest wynikiem wyższym niż w przypadku mężczyzn (około 7% regularnie grających w ostatnim roku).

Wiek również wpływał na preferencje hazardowe. Starsze grupy wiekowe (50+) dominowały w grach liczbowych, z których ponad 80% grało co najmniej 80 razy w ciągu życia. W młodszych grupach wiekowych (18–29 lat) większą popularnością cieszyły się automaty do gier, na których co czwarty respondent grał okazjonalnie, choć tylko niecałe 5% robiło to regularnie w ostatnim roku przed badaniem. Gry wymagające sprawności fizycznej, takie jak bilard czy golf, były szczególnie popularne w najstarszej grupie wiekowej, podczas gdy młodsze grupy wykazywały większe zainteresowanie zakładami sportowymi.

Stan cywilny odgrywał rolę w kształtowaniu preferencji hazardowych. Osoby samotne rzadziej angażowały się w hazard, chociaż inne badania pokazują, że współwystępowanie zaburzeń hazardowych i związanych z używaniem substancji psychoaktywnych jest dwa razy bardziej prawdopodobne u osób żyjących samotnie w porównaniu do pozostających w związku (w małżeństwie, w konkubinacie) (Petry i współ. 2005). Wdowcy i wdowy okazali się najbardziej aktywną grupą, zwłaszcza w grach umysłowych „na pieniądze” i obstawianiu zakładów w biurach bukmacherskich. Wśród osób rozwiedzionych największą popularnością cieszyły się zakłady sportowe w biurach bukmacherskich. Osoby w stałych związkach najczęściej angażowały się w bardziej złożone formy hazardu, takie jak spekulacje finansowe.

Poziom wykształcenia również wpływał na rodzaje preferowanego hazardu. Osoby z niższym wykształceniem częściej uczestniczyły w okazjonalnym graniu, szczególnie w gry liczbowe i automaty. Osoby z wykształceniem średnim najczęściej angażowały się w gry wideo „na pieniądze”, natomiast osoby z wykształceniem wyższym wybierały bardziej niszowe formy, takie jak zakłady na wyścigach konnych.

## Przypisy

Crockford, D. N., & el-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 43(1), 43–50. <https://doi.org/10.1177/070674379804300104>

Cunningham-Williams, R. M., & Cottler, L. B. (2001). The epidemiology of pathological gambling. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 6(3), 155–166. <https://doi.org/10.1053/scnp.2001.22919>

Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., 3rd, & Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders--results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American journal of public health*, 88(7), 1093–1096. <https://doi.org/10.2105/ajph.88.7.1093>

de Pablo, J., Pollán, M., & Varo, J. R. (2002). Análisis de comorbilidad entre síndrome de dependencia del alcohol y ludopatía en pacientes en tratamiento en centros de salud mental [Analysis of comorbidity between alcohol dependence syndrome and pathological gambling in patients receiving treatment in mental health centres]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(1), 31–36. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0789>

Grant, J. E., Kushner, M. G., & Kim, S. W. (2002). Pathological Gambling and Alcohol Use Disorder. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 143–150.

Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 38(9), 1351–1360. <https://doi.org/10.1017/S0033291708002900>

Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(3), 490–498. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>

Moskalewicz, J., Badora, B., Feliksiak, M., Głowacki, A., Gwiazda, M., Herrmann, M., Kawalec, I., & Roguska, B. (2019). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019. Raport z badań*. Warszawa

Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, *66*(5), 564–574.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0504>

Potenza, M. N., Fiellin, D. A., Heninger, G. R., Rounsaville, B. J., & Mazure, C. M. (2002). Gambling: an addictive behavior with health and primary care implications. *Journal of general internal medicine*, *17*(9), 721–732. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10812.x>

Raybould, J. N., Larkin, M., & Tunney, R. J. (2021). Is there a health inequality in gambling related harms? A systematic review. *BMC public health*, *21*(1), 305.

<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10337-3>

Sundqvist, K., & Rosendahl, I. (2019). Problem gambling and psychiatric comorbidity: Risk and temporal sequencing among women and men: Results from the Swelogs case-control study. *Journal of Gambling Studies*, *35*(3), 757–771. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09851-2>

Wieczorek, Ł., & Dąbrowska, K. (2021). Granie w gry hazardowe – rozpowszechnienie, motywy i zaburzenia hazardowe. W: J. Moskalewicz & J. Wciórka (Red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski* (s. 425–440). Instytut Psychiatrii i Neurologii

#### 14. REKOMENDACJE *(Jacek Moskalewicz)*

W świetle wyników naszych badań wskazujących na to, że zdecydowana większość pacjentów jest ciężko chora i cierpi na współistniejące choroby somatyczne i psychiczne, rozważenia wymaga głęboka reorientacja podejścia leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce w kierunku podejścia holistycznego, uwzględniającego całokształt zaburzeń zdrowia pacjenta, a nie podejścia jednoczynnikowego, skupionego na uzależnieniu.

Wymaga to, po pierwsze pogłębionej diagnozy zdrowia zarówno w zakresie zdrowia somatycznego, jak i psychicznego, po drugie - umieszczenia pełnego obrazu diagnostycznego w dokumentacji medycznej, po trzecie - stworzenia warunków organizacyjnych, finansowych i merytorycznych do zaspokojenia szerokiego spektrum potrzeb pacjentów.

Rozważenia wymaga usytuowanie leczenia uzależnień od alkoholu w ramach leczenia ogólnego, zamiast jego autonomii lub powiązania wyłącznie z psychiatrią. Optymalnym rozwiązaniem mogłoby być lokowanie oddziałów OTUA w szpitalach wielospecjalistycznych, zapewniających również pomoc w zakresie chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych, tak aby po leczeniu pacjenci byli zdrowsi nie tylko w zakresie zaburzeń alkoholowych.

Konieczne jest również stworzenie mechanizmów zapewniających ciągłość terapii innych zaburzeń zdrowia psychicznego, jak i stałej opieki w zakresie leczenia dolegliwości somatycznych.

W trakcie badań, na podstawie niesystematycznych obserwacji, dostrzegliśmy różne problemy, których potwierdzenie wymaga dalszych badań. Odnieśliśmy wrażenie, że duże, większe niż 20-25 osobowe oddziały uniemożliwiają praktycznie stworzenie społeczności terapeutycznej. Próby rekrutacji pacjentów podczas społeczności, w których uczestniczyło ponad 30 pacjentów z reguły kończyły się wyraźnie niższym odsetkiem zgód na udział w badaniach. Panowała atmosfera ograniczonego zaufania i komunikacji.

W większości dużych oddziałów stosunek personelu do pacjentów miał charakter wyraźnie paternalistyczny a wymagania co do dyscypliny były, siłą rzeczy, większe. W rezultacie, dominowały relacje hierarchiczne, wertykalne a nie horyzontalne jakie powinny dominować w społecznościach terapeutycznych.

Stwierdziliśmy duże zróżnicowania w regulaminach wewnętrznych w zakresie koedukacji, dostępu do telefonów, dokumentacji medycznej, książek, możliwości zagospodarowania czasu wolnego, palenia papierosów, ale także do leczenia innych zaburzeń zdrowia psychicznego i dolegliwości somatycznych. Nieliczne placówki z pełną determinacją stosowały podejście holistyczne próbując odpowiedzieć na złożone często potrzeby zdrowotne swoich pacjentów, inne nie przyjmowały takich pacjentów oferując wyłącznie terapię uzależnienia od alkoholu. W niektórych placówkach inne niż uzależnienia problemy psychiczne były pomijane w terapii.

Dlatego, dla uzyskania pełniejszego obrazu funkcjonowania leczenia uzależnienia od alkoholu, rekomendujemy podjęcie dalszych badań, które uwzględnią perspektywę i doświadczenie personelu w zakresie postaw, formalnych reguł oraz nieformalnych norm regulujących życie społeczności oddziałów terapeutycznych.

Niezależnie od rekomendowanych zmian w lecznictwie, które mogą przynieść pełniejsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz poprawę stanu ich zdrowia psychicznego i somatycznego musimy jeszcze raz podkreślić, że lecznictwo nie będzie w stanie pomóc – jak naiwnie myślano w początkach lat dziewięćdziesiątych – wszystkim cierpiącym na zaburzenia alkoholowe. Mimo dużych inwestycji w lecznictwo każdego roku tysiące ludzi umiera z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z alkoholem. Równocześnie, każdego roku, tysiące nowych obywateli naszego kraju brnie w uzależnienie skuszonych atrakcyjną ofertą rynkową, względnie niskimi cenami, agresywną promocją napojów alkoholowych i ich obecnością przez całą dobę w ponad stu tysiącach punktów sprzedaży, w tym w sklepach ogólnospożywczych i na stacjach benzynowych.

Bez spójnej, ogólnopolskiej polityki ograniczania dostępności alkoholu przez elastyczną politykę podatkową, zakaz promocji napojów alkoholowych, ograniczenie sieci sprzedaży, która należy do najbardziej rozbudowanej w Europie, bez ograniczeń czasu sprzedaży, samo lecznictwo nie powstrzyma wysokiej fali problemów alkoholowych, które mają katastrofalny wpływ na zdrowie i porządek publiczny i stanowią poważne obciążenie dla zrównoważonego rozwoju społeczno-gospodarczego kraju.