

Wyniki uzyskane w badaniu EZOP II pokazują, że mimo upływu blisko dziesięciu lat od poprzedniej edycji badania, nie nastąpiły poważniejsze zmiany w rozpowszechnieniu większości zaburzeń psychicznych. Nadal co czwarty Polak potwierdza, że w swoim życiu doświadczył problemów zdrowia psychicznego.

ZABURZENIA ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI W STRUKTURZE SPOŁECZNEJ – WYNIKI BADANIA EZOP II¹

Michał Kucharski, Jakub Stokwiszewski, Jacek Moskalewicz
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wstęp

Wyniki pierwszego w Polsce badania stanu zdrowia psychicznego mieszkańców naszego kraju – EZOP I (Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska) (Kiejna i in., 2012), zrealizowanego w latach 2010–2011 i finansowanego w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmów Finansowych Europejskiego Obszaru Gospodarczego, potwierdziły potrzebę monitorowania rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Otrzymane wnioski z badania EZOP I wykorzystano przy konstruowaniu Narodowego Programu Zdrowia oraz reformy systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Po dziesięciu latach, dzięki finansowaniu ministra zdrowia, w ramach 3. celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, obejmującego profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa, zrealizowano badania pn. „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)”. Były one zarówno kontynuacją badania EZOP, jak też jego rozszerzeniem. Głównym wykonawcą badania EZOP II był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ściśle współpracujący ze specjalistami z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (NIZP-PZH) oraz z Harvard Medical School, która na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia koordynuje badania nad zdrowiem psychicznym na całym świecie, wykorzystując standardy World Mental Health Survey Initiative, w tym

instrument badawczy WHO WMH-CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

W projekcie zastosowano metodę wspomaganą komputerowo, bezpośrednich wywiadów ankietowych CAPI (*computer assisted personal interview*) na próbie losowej populacji generalnej. Do wylosowania próby posłużono się operatem – Powszechnym Elektronicznym Systemem Ewidencji Ludności PESEL. W badaniu została dobrana próba losowa, warstwowa z proporcjonalną alokacją. Warstwowanie próby uwzględniło wielkość miejscowości oraz ich rozmieszczenie w ramach województw Polski, a także rozkłady płci i wieku. Jako podstawę warstwowania przyjęto dane z GUS dotyczące ludności Polski (stan na 30.06.2017).

Inaczej niż w pierwszej edycji badania EZOP, które objęło ludność w wieku produkcyjnym 18-64 lata, wylosowano trzy grupy wiekowe: dzieci do 6. roku życia, dzieci i młodzież w wieku 7-17 lat oraz dorosłych w wieku 18 lat i starszych. Realizacja projektu trwała prawie 4 lata. Badania terenowe przeprowadzono w latach 2018 i 2019 roku. Zbieranie materiału badawczego zakończono kilka miesięcy przed wybuchem pandemii COVID-19. W tym czasie zrealizowano 15 tys. wywiadów, z czego prawie 12 tys. stanowiły wywiady z dorosłymi. Średni czas realizowanego wywiadu z osobami dorosłymi wyniósł ponad 1h 30 minut. Uzyskano wysoki odsetek realizacji próby przekraczający 60%. W projekcie brało udział ponad 200 przeszkolonych w toku pięciodniowych seminariów w małych grupach ankietatorów z całej Polski. Wyniki badania zostały przedstawione w raporcie końcowym,

do przygotowania którego zaangażowano interdyscyplinarny zespół specjalistów z różnych obszarów zdrowia, w skład którego weszło ponad 20 osób.

Kwestionariusz

Na całym świecie, na wszystkich zamieszkałych kontynentach, przeprowadzono blisko 40 badań populacyjnych z wykorzystaniem narzędzia CIDI. W badaniu dorosłych mieszkańców Polski wykorzystano polską adaptację kwestionariusza CIDI – WHO WMH-CIDI w wersji 21.1.4. Kwestionariusz CIDI to narzędzie rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), w pełni wystandaryzowany, ustrukturalizowany instrument do badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych i ich uwarunkowań. Niewątpliwym atutem przemawiającym za zastosowaniem tego narzędzia w badaniach populacyjnych na dużych próbach jest fakt, że kwestionariusz pozwala na realizację wywiadów przez specjalnie do tego celu przeszkolonych ankierów, nieposiadających specjalistycznego wykształcenia w dziedzinie psychiatrii czy psychologii. CIDI ma budowę modułową i składa się z ponad 40 wzajemnie powiązanych sekcji. Wśród nich znajdują się sekcje przesiewowe, diagnostyczne, dotyczące ogólnego stanu zdrowia, sekcje demograficzne, a także pytania dotyczące dostępu do pomocy specjalistycznej. Kwestionariusz CIDI klasyfikacji umożliwia postawienie diagnoz zgodnych z obowiązującymi w czasie badania systemami chorób – zarówno DSM-IV oraz

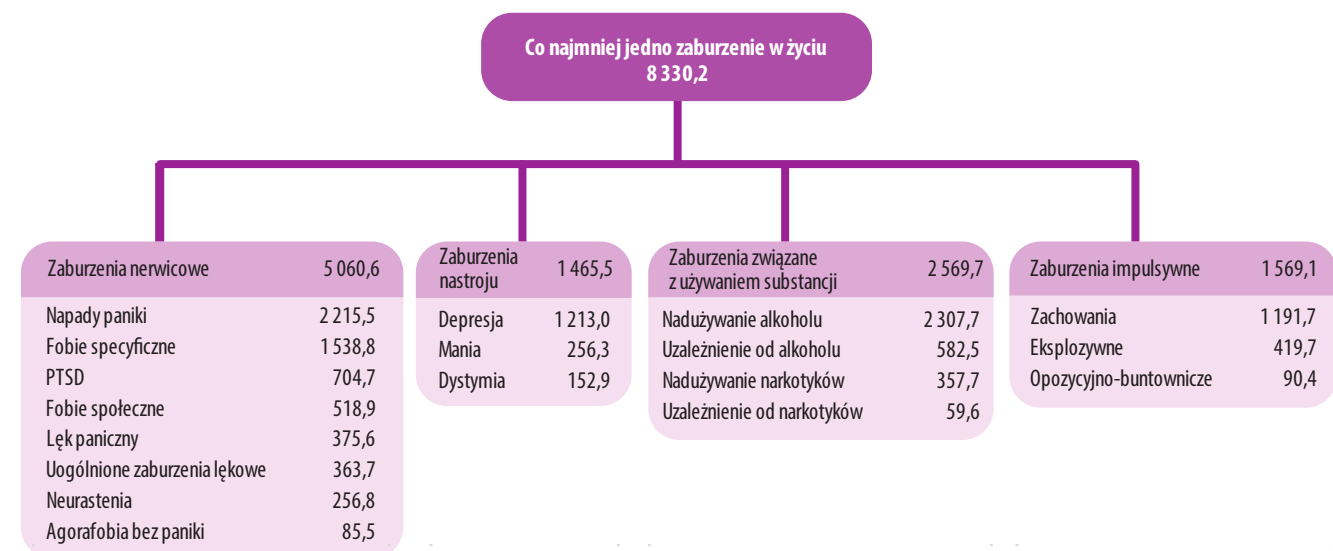
ICD-10. Diagnozę generuje algorytm ukryty w elektronicznym skrypcie wywiadu, nie informując ani ankiera, ani respondenta o wynikach. Dzięki temu istnieje możliwość uzyskania kluczowych informacji na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych zarówno w ramach konkretnych rozpoznań psychiatrycznych (np. depresja, mania, fobie, uzależnienie od alkoholu, od substancji psychoaktywnych) oraz szerokich kategorii diagnostycznych, tj. zaburzeń nerwicowych, nastroju, związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń impulsywnych.

W artykule zostaną omówione wyniki badania EZOP II w obszarze zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (alkohol i narkotyki) z uwzględnieniem zmiennych demograficznych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, poziom aktywności zawodowej, miejsce zamieszkania. Ukazany zostanie związek między używaniem substancji a miejscem na drabinie struktury społecznej. Omówimy także uporczywość tych zaburzeń oraz próby podejmowania leczenia przez osoby doświadczające problemów związanych z używaniem substancji.

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dorosłych

Wyniki badania EZOP II pokazują, że nieco ponad 1/4 dorosłych mieszkańców Polski doświadczyła w swoim życiu zaburzeń psychicznych, co oznacza 8 mln osób (8 330,2 tys.). Zaburzeniami najczęściej identyfikowa-

Rycina 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w życiu (oszacowania w tysiącach) według szerokich kategorii diagnostycznych wśród ludności w wieku 18+ według badania EZOP II z lat 2018–2019.



nymi były problemy z obszaru zaburzeń nerwicowych, które na przestrzeni życia wystąpiły u około 5 060,6 tys., w tym napady paniki u 2 215,5 tys. osób, fobie specyficzne u 1 538,8 tys. osób. Na drugim miejscu znalazły się osoby doświadczające problemów związanych z używaniem substancji – 2 569,7 tys., z czego – na przestrzeni całego życia – kliniczne objawy nadużywania alkoholu potwierdziło 2 307,7 tys. osób, a nadużywanie narkotyków 357,7 tys. Rozpowszechnienie zaburzeń nastroju i zaburzeń impulsywnych wystąpiło u około 1,5 mln osób (zaburzenia nastroju – 1 465,5 tys., zaburzenia impulsywne 1 569,1 tys. (rycina 1).

W porównaniu ze zrealizowanym 10 lat wcześniej badaniem EZOP I nie odnotowano znaczących zmian w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Nie stwierdzono również istotnych statystycznie zmian w rozpowszechnieniu uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Mniejsze rozpowszechnienie nadużywania alkoholu w badaniu EZOP II wiąże się z nielosowym wypadaniem z próby mężczyzn w średnim wieku – wieku najwyższej konsumpcji alkoholu, a nie odzwierciedla rzeczywistego spadku rozpowszechnienia zaburzeń związanych z konsumpcją alkoholu.

Występowanie zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu i narkotyków

Alkohol

Pytania kwestionariusza CIDI dotyczące spożycia alkoholu wpisują się w klasyfikację Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV (Wciórka J. red., 2008). Dzięki ich zoperacjonalizowaniu jest możliwe oszacowanie rozpowszechnienia „nadużywania alkoholu” oraz „uzależnienia od alkoholu” w perspektywie całego życia.

Nadużywanie alkoholu jest diagnozowane w przypadku potwierdzenia przynajmniej jednego z czterech kryteriów klinicznych:

- Picie alkoholu powodowało zaniedbywanie obowiązków związanych z pracą, szkołą i/lub domem.
- Picie alkoholu w sytuacjach, w których istniało niebezpieczeństwo spowodowania wypadku (np. prowadzenie samochodu lub obsługiwanie maszyny).
- Picie alkoholu było przyczyną zatrzymania przez policję (zachowania zakłócające porządek publicznych).

- Kontynuacja picia, mimo doświadczania powtarzających się problemów w kontaktach z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami i współpracownikami.

Uzależnienie od alkoholu diagnozowano wtedy, gdy zostały potwierdzone przynajmniej trzy problemy obejmujące szkody somatyczne i psychiczne:

- Silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania alkoholu.
- Upośledzona zdolność kontroli nad zachowaniem związanym z piciem alkoholu, tj. nad jego rozpoczynaniem, kończeniem oraz poziomem użycia, potwierdzona piciem alkoholu w dużych ilościach lub przez czas dłuższy niż zamierzony, albo uporczywym pragnieniem picia alkoholu, albo nieskutecznością wysiłków zmniejszania lub kontrolowania picia.
- Fizjologiczne objawy stanu abstynencyjnego pojawiające się, gdy użycie alkoholu jest ograniczone lub przerywane, potwierdzone wystąpieniem charakterystycznego dla alkoholu zespołu abstynencyjnego, albo używaniem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej w celu uwolnienia się od objawów odstawienia lub ich uniknięcia.
- Potwierdzenie tolerancji wobec działania alkoholu, tj. konieczności picia coraz większych ilości w celu osiągnięcia działania lub pożądanego efektu, albo znacznie zmniejszonego efektu w przypadku dalszego picia tych samych ilości.
- Silne pochłonięcie sprawą picia alkoholu, przejawiające się istotną zmianą dotychczasowych zainteresowań porzucanych lub ograniczanych z powodu picia, albo przeznaczaniem większości czasu na działania konieczne do uzyskania alkoholu, bądź na uwolnienie się od następstw jego działania.
- Uporczywe picie, pomimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw, potwierdzone ciągłym dalszym używaniem alkoholu, choć charakter i rozmiar szkód są danej osobie znane lub można oczekiwać, że są znane.

Wyniki badania EZOP II pokazują, że z zaburzeniami związanymi z alkoholem kiedykolwiek w życiu zmagало się 7,3% mieszkańców Polski, co przekłada się na około 2,31 mln osób (95%CI; 2,06-2,55 mln). Wśród nich stadium uzależnienia od alkoholu osiągnęło około 1,9% dorosłych mieszkańców Polski, co przekłada się na około 582,5 tys. osób w przedziale wieku 18+ (95%CI; 442,5-722,4 tys.).

Narkotyki

W badaniu EZOP II pytano także o używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Znalazły się wśród nich pytania o leki oraz o inne substancje psychoaktywne. W grupie leków pytano wyłącznie o używanie niezgodne z zaleceniami lekarza w zakresie leków uspokajających i nasennych, leków stymulujących, leków przeciwbólowych. Jednocześnie respondenci odpowiadali na pytania o doświadczenia z innymi nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi, tj. marihuaną, haszyszem, kokainą, narkotykami klubowymi, halucynogenami, opioidami, substancjami wziewnymi lub innymi nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi.

Wyniki badania EZOP II pokazują, że przynajmniej jedną substancję psychoaktywną inną niż alkohol, na przestrzeni życia, zażyło 1 593,4 tys. osób (95%CI; 1 407,6-1 779,3 tys.). Równocześnie osób, które spełniały kliniczne kryteria nadużywania lub uzależnionych, było czterokrotnie mniej, tj. 383 tys. (95%CI; 314,4-451,7 tys.), z czego nadużywających 357,7 tys. (95%CI; 291,0-424,3 tys.), a osób uzależnionych 59,6 tys. (95%CI; 37,8-81,4 tys.).

Występowanie zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu i narkotyków a zmienne społeczno-demograficzne

W dalszej części przedstawione zostaną uwarunkowania społeczno-demograficzne zaburzeń związanych

z używaniem alkoholu i narkotyków. Na potrzeby niniejszego artykułu nadużywanie i uzależnienie od substancji zostało przedstawione łącznie. Kolejne ryciny prezentują wyniki w podziale na kobiety, mężczyzn i ogółem. Dla lepszego zobrazowania różnic ryciny dla alkoholu i narkotyków zestawiono obok siebie. Należy jednak pamiętać, że odsetki na osiach wertykalnych różnią się wyraźnie ze względu na duże różnice w rozpowszechnieniu zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem innych substancji psychoaktywnych. Na przykład, jak widać z ryciny 2, rozpowszechnienie zaburzeń alkoholowych wśród mężczyzn wynosi 13%, a zaburzeń „narkotykowych” około 1,5%.

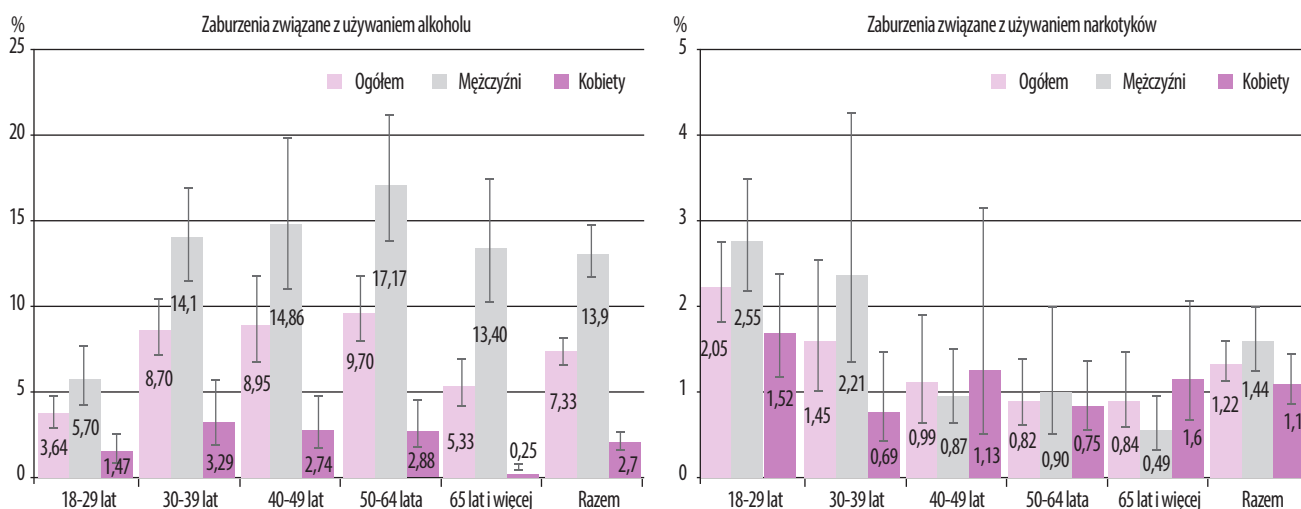
Wiek

Na rycinie 2 zobrazowane zostały wyniki w podziale na pięć grup wiekowych: 18-29 lat, 30-39 lat, 40-49 lat, 50-64 lata, 65 lat i więcej.

Alkohol

Rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu wzrasta z wiekiem. Decydują o tym przede wszystkim wyniki mężczyzn. Zaburzenia związane z alkoholem były rozpoznawane najczęściej wśród mężczyzn w wieku 50-64 lata (17,2%). Wyniki wskazują, że rozpowszechnienie dla kobiet jest prawie sześciokrotnie niższe niż u mężczyzn (13,1% – mężczyźni; 2,1% – ko-

Rycina 2. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a grupy wiekowe.



biety). U kobiet rozpowszechnienie zaburzeń rośnie do około 40. roku życia, aby później ustabilizować się na w miarę równym poziomie, tj. około 3%, po czym po 65. roku życia gwałtownie spaść do poziomu 0,25%.

Narkotyki

Największe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem narkotyków występuje w grupie osób młodych, tj. 18-29 lat (2,1%) oraz osób w wieku średnim 30-39 lat (1,5%). Widoczna jest tendencja do spadku rozpowszechnienia nadużywania narkotyków wraz z wiekiem. Częściej zaburzenia narkotykowe spotykane są u mężczyzn niż u kobiet. Różnica między kobietami a mężczyznami w rozpowszechnieniu zaburzeń wynikających z używania narkotyków nie jest aż tak wysoka jak w przypadku alkoholu i wynosi około 1,5.

Wykształcenie

Alkohol

U mężczyzn zarysowuje się wyraźna tendencja do spadku rozpowszechnienia zaburzeń alkoholowych wraz z wzrostem wykształcenia. Mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (22,5%) dwa razy częściej doświadczają zaburzeń związanych z używaniem alkoholu niż ci z wykształceniem średnim i wyższym (9%). U kobiet wykształcenie nie jest zmienną różnicującą częstości występowania zaburzeń związanych z alkoholem, a różnice nie osiągają poziomu istotności statystycznej.

Warto jednak zauważyć, że zaburzenia te występowały najrzadziej u kobiet z najniższym poziomem wykształcenia (gimnazjum i niższe) (1,8%), a najczęściej wśród kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym (2,5%).

Narkotyki

Najwyższe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z narkotykami występuje u osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (2,9%), w tym u 3,6% mężczyzn i u 2,5% kobiet. W przypadku kobiet różnice są istotne statystycznie między wykształceniem gimnazjalnym lub niższym oraz wykształceniem zasadniczym zawodowym, a także wyższym (2,5% vs 0,7%).

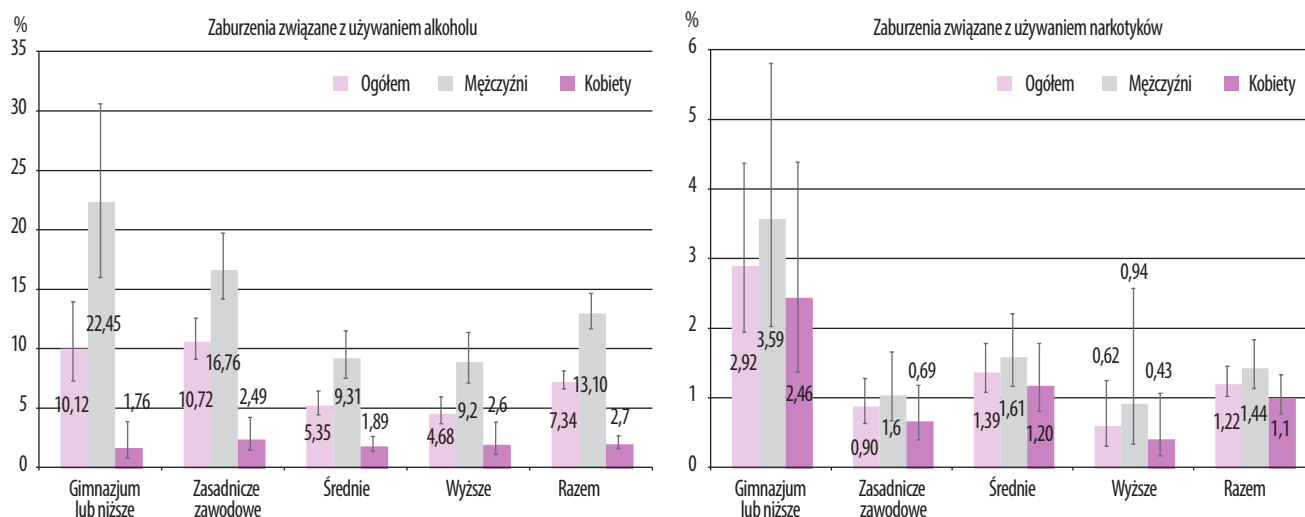
Poziom aktywności zawodowej

Kolejną zmienną różnicującą występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i narkotykami jest poziom aktywności zawodowej.

Alkohol

Najwyższe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu dotyka osób pozostających poza nurtem aktywności zawodowej, co najlepiej obrazują wyniki u mężczyzn. Mimo że wśród pracujących mężczyzn zaburzenie związane z używaniem alkoholu potwierdza prawie 12%, to odsetek ten jest wyższy u emerytów (14,7%), gwałtownie wzrasta u mężczyzn

Rycina 3. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a wykształcenie.



bezrobotnych (34,4%), aby osiągnąć szczyt w grupie mężczyzn pozostających na rencie lub w innej sytuacji życiowej (48,5%).

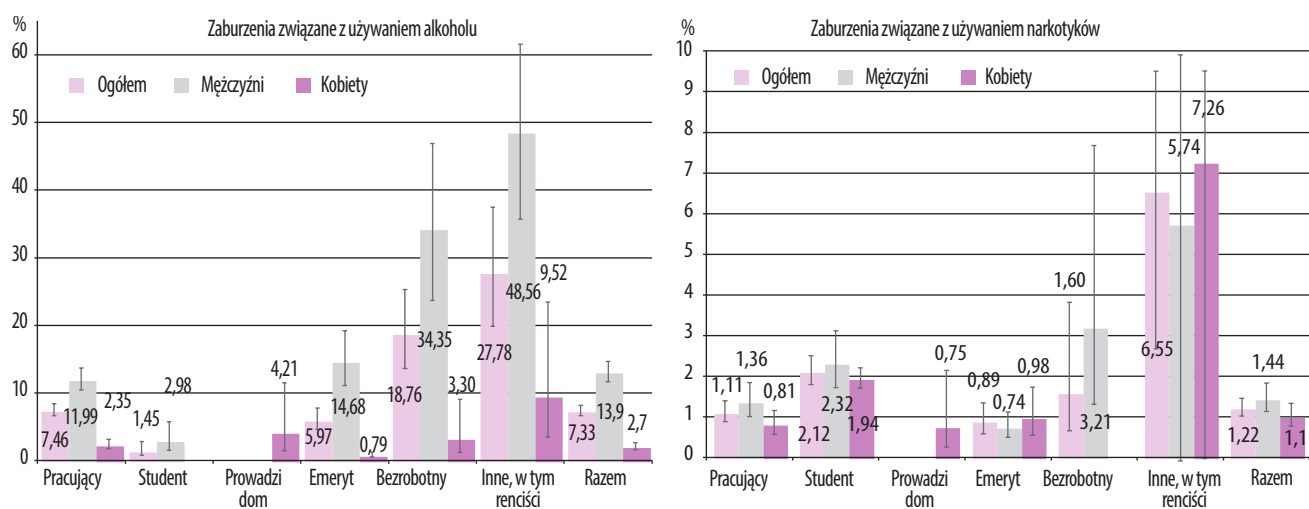
Narkotyki

Najwyższe odsetki związane z używaniem narkotyków są w grupie osób nieaktywnych zawodowo, tj. w grupie bezrobotnych (1,6%) i rencistów (6,6%).

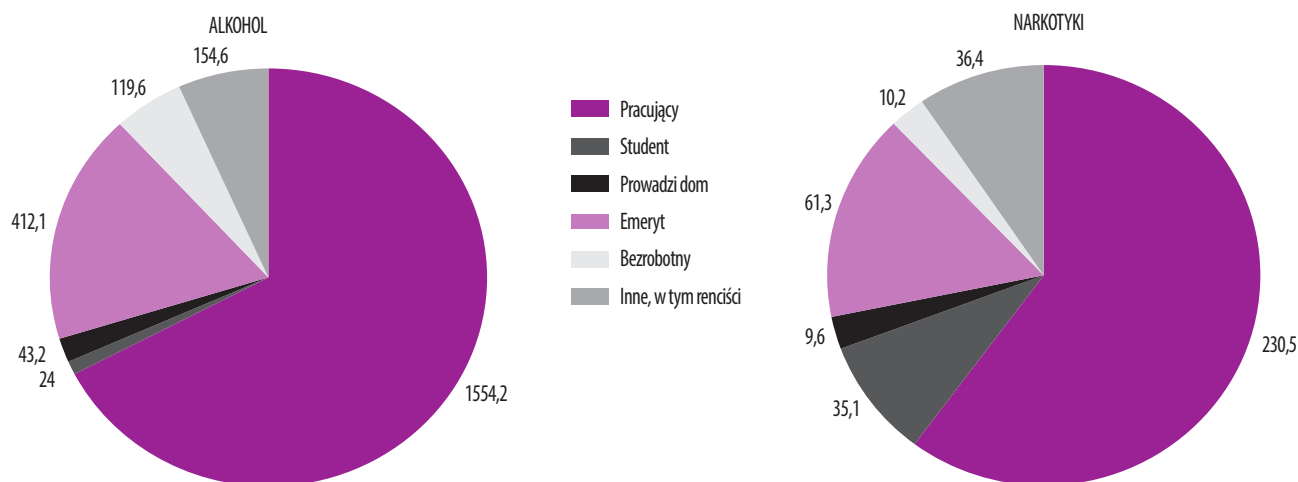
Aktywność zawodowa i paradoks przewencyjny

Aktywność zawodowa może być jednym z czynników mających znaczenie przy szacowaniu ryzyka wystąpienia zaburzeń związanych z substancjami psychoaktywnymi. Jak widać z ryciny 4, grupą najbardziej dotkniętą ryzykiem tych zaburzeń są osoby bezrobotne i renciści. Jednak obraz zmienia się diametralnie, kiedy przedstawimy te wyniki w liczbach bezwzględnych, przeliczając odsetki na liczbę osób pracujących, bezrobotnych lub rencistów (rycina 5). Okazuje się, że w przypadku pracujących problem zaburzeń związanych z używaniem alkoholu

Rycina 4. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a poziom aktywności zawodowej.



Rycina 5. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a poziom aktywności zawodowej (w tys.).



dotyka prawie 1,5 mln osób (w przypadku używania narkotyków – 230,5 tys.), gdy tymczasem „tylko” 120 tys. osób bezrobotnych w przypadku alkoholu i około 10 tys. w przypadku narkotyków. Mimo że ryzyko wystąpienia zaburzeń wśród osób pracujących jest dużo niższe niż w przypadku osób pozostających bez pracy, to liczba osób potencjalnie wymagających pomocy jest znacznie większa wśród zatrudnionych.

Stan cywilny

Alkohol

Grupą największego ryzyka zaburzeń związanych z używaniem alkoholu są osoby rozwiedzione i pozostające w separacji (15,7%), szczególnie mężczyźni, u których pojawia się ono 10-krotnie częściej niż u kobiet (34,9% vs 3,4%). Wysokie ryzyko występuje u mężczyzn pozostających w stałym, niesformalizowanym związku, gdzie 20% z nich zgłaszało problemy wynikające z używania alkoholu. Także w przypadku kobiet pozostawanie w związku nieformalnym bardziej sprzyja rozwojowi zaburzeń wynikających z używania alkoholu niż w związku małżeńskim (5% vs 1,6%).

Narkotyki

Problem używania narkotyków najbardziej dotyka mężczyzn i kobiety pozostających w stałym, niesformalizowanym związku (3,3% vs 1,8). Kobiety po utracie współmałżonka prawie sześciokrotnie częściej cierpią na problemy wynikające z używania narkotyków niż

mężczyźni. Z kolei rozwód, stan separacji prawie pięciokrotnie częściej jest czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń używania narkotyków u mężczyzn niż kobiet.

Miejsce zamieszkania

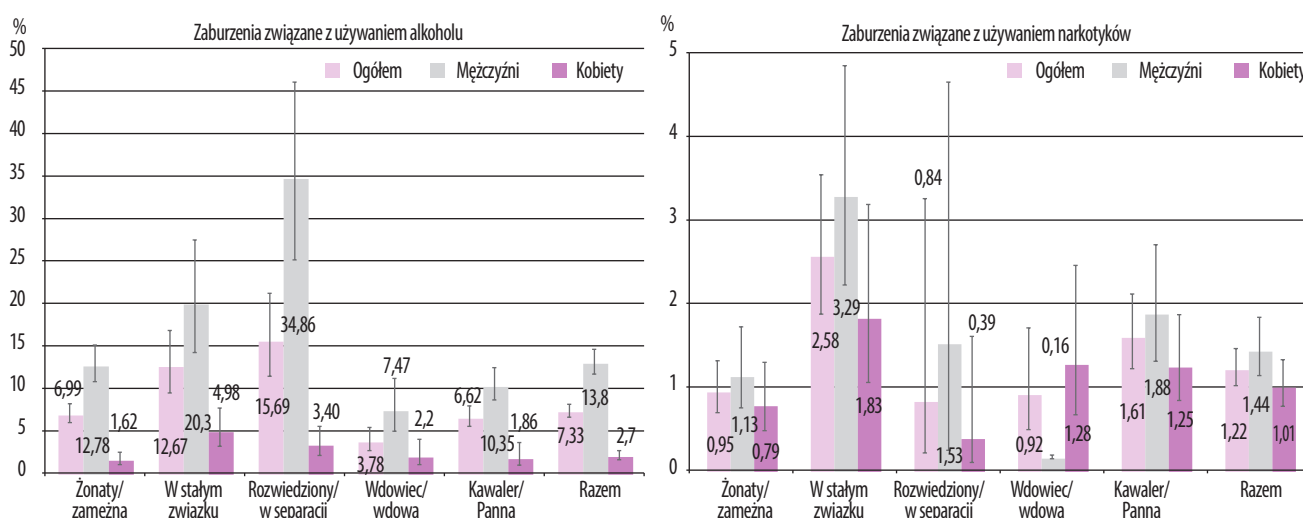
Alkohol

Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem rośnie wraz ze wzrostem wielkości miejscowości zamieszkania i osiąga swój szczyt w miastach od 50 do 200 tys. mieszkańców (11,2%). W przypadku dużych miast, ponad 200-tysięcznych, następuje spadek rozpowszechnienia (5,2%). Zaburzenia związane z alkoholem częściej dotyczą mężczyzn mieszkających w małych miastach (17,7%) i w miastach średniej wielkości (20,4%) niż mężczyzn z terenów wiejskich (10,1%) i z największych miast (9,2%). Wśród kobiet nie zauważono różnic istotnych statystycznie, choć największe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z alkoholem zanotowano u kobiet z miast średniej wielkości (3,1%).

Narkotyki

Analogiczna sytuacja jest w przypadku występowania zaburzeń związanych z używaniem narkotyków. Największe rozpowszechnienie występuje w małych i średnich miastach (1,9% i 1,9%), a najmniejsze na wsi (0,8%) i w dużych, ponad 200-tysięcznych miastach (0,8%). Różnice istotne statystycznie występują jedynie dla małych miast w porównaniu z wynikami na wsi i w wielkich miastach.

Rycina 6. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedokolwiek w życiu) a stan cywilny.



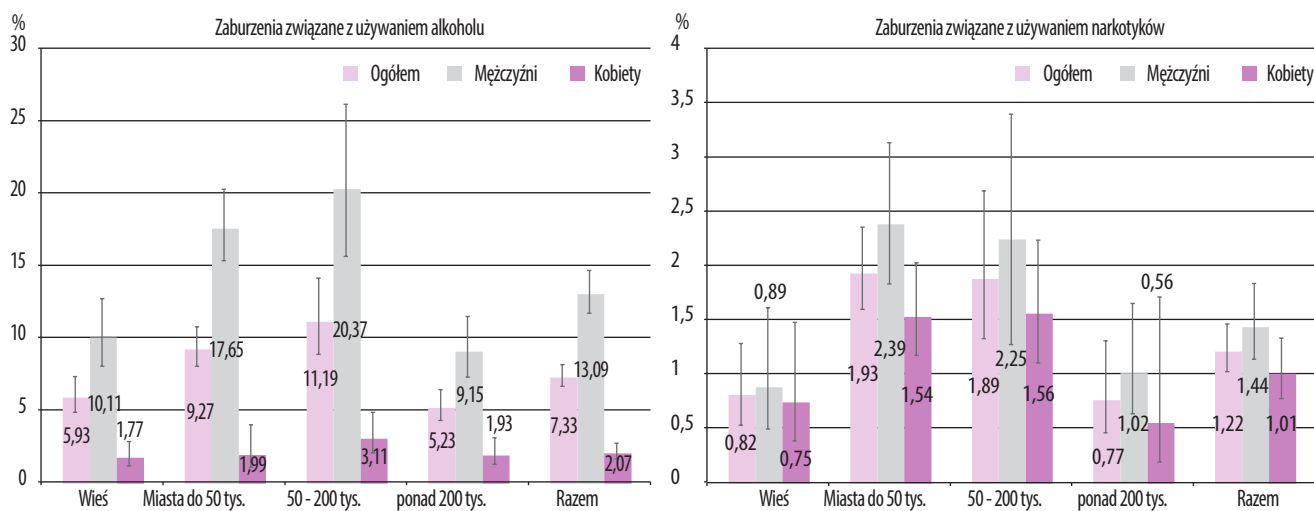
Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych związanych z konsumpcją alkoholu i narkotyków a pozycja w strukturze społecznej

W kolejnym kroku analiz zastanawiano się, jaki jest związek między rozpowszechnieniem zaburzeń alkoholowych i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków a pozycją w strukturze społecznej.

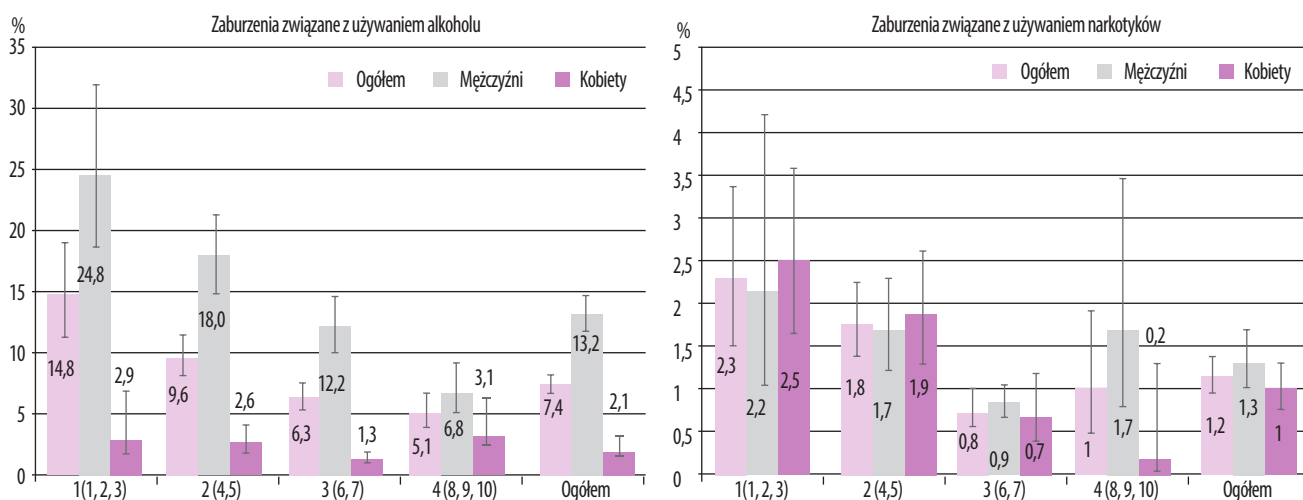
Respondentom pokazano rysunek przedstawiający drabinę z ponumerowanymi, od 1 do 10, szczebelkami. Pierwszy szczebelek od dołu otrzymał wartość 1, a najwyższy 10. Zgodnie z logiką pytania na samym dole

miały znaleźć się osoby, którym powodzi się najgorzej finansowo, mają niskie wykształcenie i kiepską pracę. Na szczycie drabiny znajdują się osoby, którym powodzi się najlepiej, to znaczy mają najwięcej pieniędzy, najlepsze wykształcenie i wykonują najbardziej prestiżowe zawody. Respondenci byli proszeni o to, aby biorąc pod uwagę swoje zarobki, pieniądze, wykształcenie oraz pracę wskazali na drabinie szczebelek, który najlepiej pokazuje ich własną pozycję w hierarchii społecznej. W toku analiz utworzono cztery kategorie zmiennych. Osoby, które oceniają swoją sytuację najgorzej zostały przypisane do pierwszej kategorii (wskazania 1, 2, 3). Do drugiej kategorii zaliczono osoby, które wskazały

Rycina 7. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a miejsce zamieszkania.



Rycina 8. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków według miejsca w strukturze społecznej w Polsce.



odpowiedzi 4, 5; w trzeciej kategorii były osoby wskazujące odpowiedzi 6, 7. Respondentów, którzy najlepiej oceniali swoją sytuację (wskazania 8, 9, 10), włączono do kategorii czwartej.

Alkohol

Jak pokazuje rycina 8 wraz z wyższym miejscem na drabinie struktury społecznej spada rozpowszechnienie zaburzeń alkoholowych. Szczególnie widoczne jest to u mężczyzn. U kobiet sytuacja jest stabilna i niemal w każdej grupie rozpowszechnienie jest na podobnym poziomie, ze słabą tendencją do wzrostu w przypadku kobiet pozycjonujących się na najwyższych szczeblach drabiny społecznej.

Narkotyki

Najbardziej narażone na ryzyko zaburzeń wynikających z używania narkotyków były osoby lokujące się na dolnych szczeblach drabiny społecznej. U kobiet wraz ze wzrostem pozycji społecznej maleje rozpowszechnienie zaburzeń. U mężczyzn podobna tendencja jest zakłócona na najwyższych szczeblach struktury społecznej, gdzie ponad połowa diagnoz dotyczy zaburzeń związanych z używaniem narkotyków klubowych, takich jak ecstazy.

Uporczywość zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i używaniem narkotyków

Uporczywość zaburzeń oznacza, jaki odsetek osób, które kiedykolwiek doświadczyły jakichś zaburzeń

psychicznych, miało je nadal w ciągu roku poprzedzającego badanie.

Alkohol

Badanie EZOP II wykazało, że 19,6% osób spośród tych, które kiedykolwiek doświadczyły zaburzeń wynikających z używania alkoholu potwierdziło ich wystąpienie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie. W przypadku uzależnienia od alkoholu wskaźnik jest wyższy – 34,6%, czyli prawie 1/3 osób doświadczających problemu uzależnienia przeżywa lub przeżywała go nadal w ostatnich 12 miesiącach. Szczególnie problem ten dotyka kobiet. Niemal połowa kobiet cierpiących z powodu uzależnienia od alkoholu doświadczała tego problemu również w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie (43,9%).

Narkotyki

Uporczywość zaburzeń związanych z nadużywaniem narkotyków jest nieco łagodniejsza – dotyka 13,4% osób. Co ósma osoba, która kiedykolwiek nadużywała narkotyków doświadczyła tego problemu w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie. Inaczej sytuacja wygląda w przypadku uzależnienia od narkotyków, gdzie nieco ponad połowa osób nadal doświadczała uzależnienia w ostatnich 12 miesiącach (50,3%). W przypadku kobiet uzależnionych od narkotyków uporczywość doświadczania zaburzenia w ostatnich 12 miesiącach jest znacznie wyższa niż u mężczyzn (82,3% i 29,1%). Oznacza to, że tylko około 20% kobiet mających za sobą doświadczenie uzależnienia od narkotyków

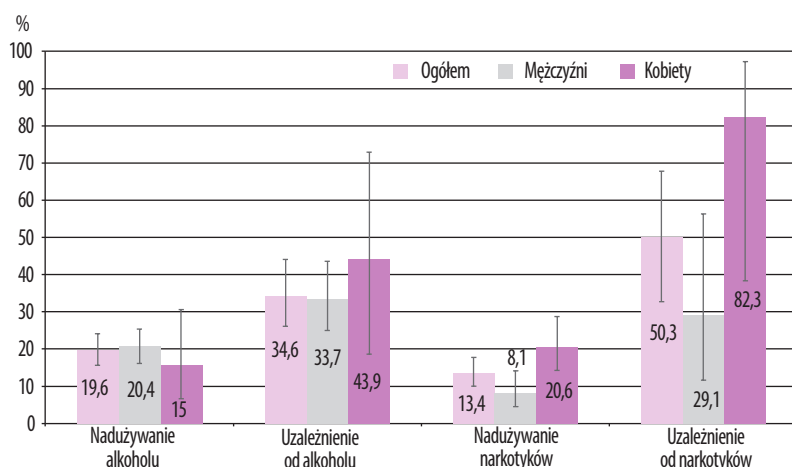
kiedykolwiek w życiu było wolnych od symptomów uzależnienia w czasie roku poprzedzającego badanie.

Trzeba powiedzieć, że patrząc na te wyniki z drugiej, pozytywnej strony, prawie 70% uzależnionych od alkoholu i 50% uzależnionych od narkotyków kiedykolwiek w życiu nie potwierdza symptomów uzależnienia w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie.

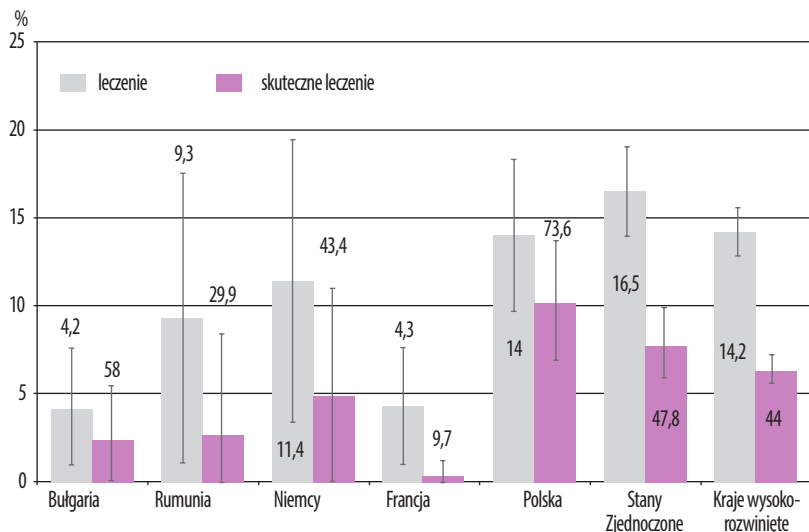
Korzystanie z leczenia

Respondentów spytano o to, czy kiedykolwiek rozmawiali z lekarzem lub innym specjalistą na temat swojego picia alkoholu

Rycina 9. Uporczywość zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków.

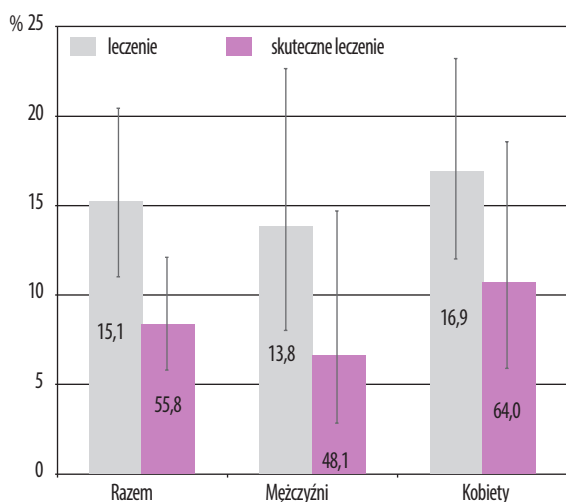


Rycina 10. Podejmowanie leczenia i ocena skuteczności leczenia przez osoby z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu w badaniu EZOP I w Polsce oraz w innych krajach (wyniki z lat 2010–2011).



i używania narkotyków. Definicja specjalisty, oprócz lekarza, obejmowała psychologa, terapeutę, osobę duchowną, a także specjalistów medycyny alternatywnej, np. ziołarza, akupunkturzystę. Następnie respondenci udzielali odpowiedzi na temat tego, czy kiedykolwiek leczenie, które otrzymali, było według nich pomocne i skuteczne. Na rycinie 10 przedstawiono wyniki dla kilku krajów europejskich (w tym dla Polski), dla Stanów Zjednoczonych oraz łącznie dla krajów wysokorozwiniętych (Degenhardt i in., 2021). Prezentowane wyniki pokazują, że odsetek osób z zaburzeniami alkoholowymi podejmujących leczenie na całym świecie jest stosunkowo niski. W Polsce tylko 14% osób z problemami wyni-

Rycina 11. Podejmowanie leczenia i ocena skuteczności leczenia przez osoby z zaburzeniami związanymi z używaniem narkotyków w badaniu EZOP II w Polsce (wyniki z lat 2018–2019).



kającymi z używania alkoholu podjęło specjalistyczne leczenie. Mimo to odsetek osób podejmujących leczenie jest w Polsce wyższy niż w innych krajach europejskich i zbliżony do przeciętnej dla wyników krajów wysokorozwiniętych.

Na pytanie, czy kiedykolwiek otrzymali pomocne i skuteczne leczenie w związku z pić alkoholu, prawie 3/4 osób korzystających z pomocy specjalistycznej w Polsce (73,6%) oceniło je jako *pomocne* lub *skuteczne*. Odsetek ten jest wyraźnie wyższy w Polsce niż w wielu innych krajach europejskich, zwłaszcza we Francji, gdzie tylko co dziesiąta osoba podejmująca leczenie potwierdziła, że było ono kiedykolwiek pomocne lub skuteczne.

Spośród tych osób, które doświadczyły problemów używania narkotyków, tylko 15% rozmawiało na ten temat z lekarzem lub innym specjalistą. Jednocześnie ponad połowa z nich oceniła leczenie jako skuteczne i pomocne (55,8%). Nieco wyżej leczenie oceniają kobiety – 64% uważa podjęte leczenie za skuteczne i pomocne. Jednak różnice między mężczyznami a kobietami nie mają waloru istotności statystycznej.

Porównanie EZOP I i EZOP II

Wyniki uzyskane w badaniu EZOP II pokazują, że mimo upływu blisko dziesięciu lat, nie nastąpiły poważniejsze zmiany w rozpowszechnieniu większości zaburzeń psychicznych. Nadal co czwarty Polak potwierdza, że w swoim życiu doświadczył problemów zdrowia psychicznego.

Badanie EZOP II pokazało przypuszczalnie pozorny spadek rozpowszechnienia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (Muszynska-Spielauer, 2021)². Liczbę osób doświadczających zaburzeń kiedykolwiek w życiu oszacowano na poziomie 2,31 mln osób (95%CI; 2,06-2,55 mln) w porównaniu do okresu 2010–2011 – 3,07 mln (95%CI; 2,81-3,32 mln). Zmiany dotknęły głównie mężczyzn poniżej 50. roku życia, natomiast w grupie mężczyzn w wieku 50-64 lata różnica nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej. W przypadku kobiet, w młodszych grupach wiekowych nie zanotowano istotnych statystycznie zmian, natomiast w starszych grupach zaobserwowano trend wzrastający, także pozba-

wiony istotności statystycznej. Jednocześnie oszacowanie uzależnienia od alkoholu utrzymuje się na podobnym poziomie i wynosi około 583 tys. (95%CI; 442,5-722,4 tys.), a w latach 2010–2011 wynosiło 616 tys. (95%CI; 495,0-736,0 tys.). Większość zaobserwowanych zmian w rozpowszechnieniu uzależnienia nie jest istotna statystycznie.

W przypadku rozpowszechnienia używania narkotyków między dwiema edycjami badania EZOP nastąpił niewielki, na granicy istotności statystycznej, wzrost liczby osób, które kiedykolwiek w życiu używały przynajmniej jednego narkotyku (EZOP I – 4,4%, EZOP II – 6,3%). Wzrost wystąpił głównie dzięki zwiększeniu się rozpowszechnienia wśród osób używających narkotyków klubowych (EZOP I – 0,6%, EZOP II – 1,4%). Jednocześnie odnotowano niewielki spadek użytkowników opioidów (istotny statystycznie) – EZOP I – 0,3%, EZOP II – 0,1%. W przypadku pozostałych grup narkotyków nie osiągnięto poziomu istotności statystycznej.

W artykule wykorzystano ryciny zamieszczone w raporcie „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II” pod red. nauk. Jacka Moskalewicza i Jacka Wciórki, 2021.

Przypisy

- ¹ Badanie EZOP II było realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia.
- ² Wyniki tego nie potwierdzają ani statystyki konsumpcji alkoholu, ani dane na temat związanych z alkoholem zgonów, które w ostatnich latach miały tendencję wzrostową za: Muszynska-Spielauer M. (2021).

Bibliografia

- Degenhardt L., Bharat Ch., Tat Chiu W., Harris M.G., Kazdin A.E., Vigo D.V., Sampson N. A., Alonso J., Helena Andrade L., Bruffaerts R., Bunting B., Cardoso G., Girolamo G., Florescu S., Gureje O., Maria Haro J., Hu Ch., Karam A.N., Karam E.G., Kovess-Masfety V., Lee S., Makanjuola V., McGrath J.J., Medina-Mora M.E., Moskalewicz J., Navarro-Mateu F., Posada-Villa J., Rapseyag Ch., Stagnaro J. C., Tachimori H., ten Have M., Torres Y., Williams D.R., Zarkovam Z., Kessler R.C., (2021), „Perceived helpfulness of treatment for alcohol use disorders: Findings from the World Mental Health Surveys”, *Drug and Alcohol Dependence*, 229 (2021) 109158, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109158> (dostęp 12.10.2022).
- Kiejna A., Moskalewicz J., Rabczenko D., Wojtyniak B., Zagdańska M. Metodologia. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. (red.), „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
- Muszynska-Spielauer M. (2021), „Sex Differences in Alcohol Attributable Mortality in Poland”, 2002–2018. *Przeegląd Epidemiologiczny*, 75. 235-247. 10.32394/pe.75.22.
- Wciórka J., (red 2008), „Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR”, Wyd. Elsevier.