

## Skala Picia Problemowego (SPP) – właściwości psychometryczne

### Problem Drinking Scale (PDS) – psychometric characteristics

Justyna Kotowska<sup>1,2</sup>, Katarzyna Olszewska-Turek<sup>1,4</sup>, Robert Modrzyński<sup>3</sup>,  
Jolanta Celebucka<sup>5</sup>, Barbara Bętkowska-Korpała<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii,  
Zakład Psychologii Lekarskiej

<sup>2</sup>Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Klinika Psychiatrii Sądowej

<sup>3</sup>Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie,  
Katedra Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii

<sup>4</sup>Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Zakład Psychologii Klinicznej

<sup>5</sup>Wojewódzka Poradnia Terapii Uzależnień i Współzależnienia, Toruń

### Summary

**Aim.** The presented study aims at checking and demonstrating the psychometric characteristics of the new tool – the Problem Drinking Scale (PDS), which is used for quantitative and qualitative analysis of alcohol use disorders conceptualized according to DSM-5.

**Method.** 708 adults with different levels of alcohol consumption were examined, including 91 individuals recruited in addiction treatment clinics. The remaining persons, with different socio-demographic characteristics, were recruited using the snowball method. Validity of the scale was assessed by correlating the obtained results with the AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), while reliability was assessed by internal consistency analysis.

**Results.** The presented analysis demonstrates high validity and reliability in most areas, which means that the PDS is a tool that can be used in clinical practice. Criterion validity was calculated by correlating PDS results with the AUDIT ( $r = 0.88$ ,  $p < .01$ ). The results in particular areas range from  $r = 0.86$  (Difficulty in controlling drinking) to  $r = 0.77$  (Pharmacological dependence). Reliability was calculated using the split-half method, individual values of Cronbach's alpha coefficients with the Spearman-Brown correction vary in specific areas from 0.89 (Difficulty in controlling drinking) to 0.65 (Risky use of substances). In none of the areas the results were lower than 0.60.

**Conclusions.** The PDS is a useful research tool for quantitative and qualitative analysis of alcohol use disorders. This scale is helpful in making a full and accurate clinical diagnosis taking into account the severity of the disorder and in monitoring changes in the treatment process.

**Key words:** Problem Drinking Scale, alcohol use disorder, DSM-5, AUDIT

**Słowa kluczowe:** Skala Picia Problemowego, zaburzenia używania alkoholu, DSM-5, AUDIT

## Wstęp

Współczesne biopsychospołeczne modele uzależnienia podkreślają znaczenie interakcji wielu czynników w jego powstaniu. Konsekwencją potrzeby ich definiowania jest konieczność tworzenia narzędzi pomiaru o dobrych parametrach trafności i rzetelności. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło w 2013 roku nową kategorię diagnostyczną: *zaburzenie używania alkoholu – ZUA (ang. Alcohol Use Disorder – AUD)*, co pozwoliło klinicyście oceniać problemy alkoholowe pacjentów, nie tylko kategorialnie, ale i dymensjonalnie [1].

ZUA rozwija się u ok. 20% spośród osób pijących alkohol. Przejście od picia o niskim ryzyku szkód zdrowotnych do nadmiernego, szkodliwego i zaburzonego używania alkoholu ma dynamiczny i stopniowalny charakter [1–5]. Ponadto epidemiologiczne badania NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) wskazują na dwukierunkową zmianę nasilenia picia alkoholu w ciągu życia, nawet u osób, u których rozpoznaje się uzależnienie [6]. Oznacza to, że w przypadku każdej osoby można nie tylko diagnozować ZUA na skali zaburzenia od jego braku po jego ciężką postać, ale także monitorować zmiany w jego przebiegu na osi czasu.

Ujęcie ZUA w DSM-5 pozwala na unikanie trudności diagnostycznych takich, jak niedoszacowanie problemu alkoholowego. Przykładem może być tzw. niepatologiczne picie alkoholu. Okazuje się, że nawet jeśli ktoś pije codziennie, ale niewielkie ilości alkoholu lub zdarzają mu się sporadyczne stany zatrucia, to nie zawsze w jego przypadku dojdzie do rozpoznania choroby [1, 2]. Klasyfikacja DSM-5 pozwala także na zmniejszenie prawdopodobieństwa rozpoznawania uzależnienia u osób pijących w sposób ryzykowny [7]. W dotychczas przyjmowanym paradygmacie uzależnienie od alkoholu było traktowane jako choroba przewlekła i nieuleczalna [8–11]. Natomiast autorzy DSM-5 podkreślają, że było to błędne spojrzenie na tę chorobę i powodowało konsekwencje nie tylko diagnostyczne, ale także związane z leczeniem. Koncentracja na leczeniu osób z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu, którym proponowano terapię ukierunkowaną na abstynencję alkoholową, doprowadziła do pomijania osób pijących szkodliwie. Szacuje się, że dla około czterech milionów osób w Polsce, pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie nie było właściwych propozycji terapeutycznych [12].

Konceptualizacja ZUA w DSM-5 uzasadnia wprowadzanie do lecznictwa programów ograniczania picia celem zmiany wzorca picia na mniej szkodliwy dla zdrowia. Różne instytucje na świecie, obok wskazywania na zasadność udziału w programach abstynencyjnych dla osób głęboko uzależnionych, rekomendują także programy ograniczania picia dla osób z mniej nasilonymi ZUA [13, 14]. W Polsce Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych opracowała i rekomenduje program ograniczania picia ([www.parpa.pl](http://www.parpa.pl)), który jest także dostępny na

platformie www PARP-y (zakładka Lecznictwo odwykowe/Programy ograniczania picia) i w aplikacji telefonicznej E-POP [15]. Przez badaczy postulowana jest potrzeba tworzenia nowych narzędzi badawczych oceniających problemy związane ze spożywaniem alkoholu [16]. Jednym z takich narzędzi jest prezentowana Skala Picia Problemowego (SPP), która nie tylko pozwala na ocenę, czy u pacjenta występuje problem uzależnienia, ale także pozwala na ocenę głębokości problemu i identyfikację wynikających z picia największych trudności osoby badanej w kontekście obszarów jej funkcjonowania.

### Charakterystyka Skali Picia Problemowego

Skala Picia Problemowego (SPP) jest narzędziem autorskim opartym na koncepcji zaburzeń używania alkoholu, analizowanych w klasyfikacji DSM-5 [1]. SPP składa się z 22 pozycji: każde z 11 kryteriów zaburzeń związanych z używaniem alkoholu jest oceniane poprzez ustosunkowanie się do dwóch stwierdzeń.

Celem stosowania SPP jest szacunkowa ocena nasilenia bieżących problemów alkoholowych pacjenta, analizowanych w czterech wymiarach: upośledzonej kontroli zachowań alkoholowych, upośledzenia funkcjonowania społecznego, ryzykownego używania substancji oraz w wymiarze farmakologicznym.

Wymiar upośledzonej kontroli uznawany jest za fundamentalny aspekt zaburzeń używania alkoholu. Obejmuje pierwsze cztery kryteria według DSM-5, odnoszące się do przeżywanego głodu alkoholu oraz zdolności do kontrolowania picia. Pierwsze kryterium w tym wymiarze dotyczy częstości spożywania alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano. Drugie kryterium obejmuje zjawiska związane z uporczywym pragnieniem picia alkoholu lub towarzyszącym temu nieudanym próbom jego ograniczenia lub kontrolowania. Kryterium trzecie obejmuje zachowania związane z poświęcaniem dużej ilości czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i niwelowaniem skutków picia. Czwarte skupia się na analizie głodu alkoholowego lub silnego pragnienia picia alkoholu.

Drugi wymiar objawów zaburzeń używania alkoholu dotyczy obecności problemów społecznych wynikających z nadużywania alkoholu, które diagnozuje się w oparciu o kolejne kryteria: piąte kryterium dotyczące związku pomiędzy spożywaniem alkoholu a wypełnianiem ważnych obowiązków, szóste – świadomości szkód w obszarze społecznym wynikającym z picia alkoholu i kryterium siódme, odnoszące się do postępujących zmian w stylu życia osoby pijącej, polegających na osłabieniu dotychczasowych ważnych zainteresowań na rzecz picia alkoholu.

Trzeci wymiar, ryzykowne używanie alkoholu, obejmuje kryteria objawowe: ósme, dotyczące powtarzającego się picia alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne i dziewiąte – kontynuowania picia alkoholu mimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, spowodowanych lub zaostrzających się z powodu picia.

Kolejnym obszarem zaburzeń używania alkoholu jest wymiar farmakologiczny, obejmujący – kryteria odnoszące się do mechanizmów neurobiologicznych. Jest on kluczowy dla rozpoznawania zaburzeń używania alkoholu. Dziesiąte kryterium

objawowe w DSM-5 dotyczy tolerancji, natomiast jedenaste kryterium związane jest z zespołem abstynencyjnym [1, 17].

Osoba wypełniająca SPP dokonuje oceny własnego zachowania na skali od 0 do 2, gdzie 0 oznacza brak danego doświadczenia lub występujące czasami, 1 – często występujące, a 2 – występujące prawie zawsze. Przy każdym z 11 kryteriów diagnostycznych możliwe jest otrzymanie od 0 do 4 punktów. Jeżeli osoba badana uzyskuje co najmniej jeden punkt w każdym z dwóch itemów danego kryterium objawowego (czyli co najmniej dwa punkty) kryterium to można uznać za spełnione.

Interpretacja SPP ma charakter ilościowy oraz jakościowy. Ilościowa ocena dotyczy liczby kryteriów, które osoba oceniła wyżej niż 0, a więc uzyskała co najmniej jeden punkt w dwóch pytaniach dotyczących tego samego kryterium. Następuje zliczenie kryteriów i na tej podstawie można stwierdzić, czy poziom zaburzeń związanych z używaniem alkoholu jest na poziomie lekkim, umiarkowanym czy ciężkim. Analiza jakościowa dotyczy natomiast charakterystyki zachowań i prawdopodobnych problemów w funkcjonowaniu związanych ze spełnieniem określonego kryterium [15]. Tabela 1 zawiera arkusz Skali Picia Problemowego.

Tabela 1. Arkusz Skali Picia Problemowego

Skala Picia Problemowego – SPP	
autorstwa: Barbary Bętkowskiej-Korpały, Roberta Modrzyńskiego, Jolanty Celebuckiej, Justyny Kotowskiej, Katarzyny Olszewskiej-Turek	
Instrukcja: Poniżej znajdują się 22 stwierdzenia dotyczące picia alkoholu. Przeczytaj je uważnie i przy każdym zdaniu zaznacz krzyżykiem jedną odpowiedź, która najlepiej opisuje Twój sposób picia w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Niezależnie od odpowiedzi określ, średnio ile razy w miesiącu opisywane zachowanie występowało.	
1	Zdarza mi się upić lub słyszeć od innych, że za dużo wypilem/am <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
2	Spędzam więcej czasu na picu alkoholu, niż zamierzałem/am <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
3	Wypijam więcej alkoholu, niż chciałem/am <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
4	Kiedy zaczynam pić, trudno jest mi przestać <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

5	Piję alkohol podczas wykonywania różnych obowiązków <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
6	Staram się, by nie było widać, że piłem/am alkohol <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
7	W sytuacjach zdenerwowania, niepokoju, radości lub odczuwania innych emocji myślę, by się napić lub po prostu sięgam po alkohol <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
8	Mam silną chęć napicia się alkoholu <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
9	Zdarza mi się zaniedbywać obowiązki domowe z powodu picia alkoholu <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
10	Mam coraz większe trudności w wypełnianiu zobowiązań w pracy z powodu picia alkoholu <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
11	Piję nadal mimo, że bliscy proszą mnie, bym mniej pił/a <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
12	Piję dalej mimo, że pogarsza to moje relacje z innymi ludźmi <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze
13	Zaniedbuję dotychczasowe zainteresowania z powodu picia alkoholu <input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Prawie zawsze

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

14	<p>Chętniej spotykam się ze znajomymi, z którymi mogę się napić, niż z niepijącymi</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> Często</p> <p><input type="checkbox"/> Prawie zawsze</p>
15	<p>Zdarza mi się podejmować pod wpływem alkoholu zachowania ryzykowne dla życia lub zdrowia, np. kierowanie pojazdem, uprawianie przygodnego seksu, uczestniczenie w bójkach lub w kłótniach</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> Często</p> <p><input type="checkbox"/> Prawie zawsze</p>
16	<p>Zwracano mi uwagę, że będąc pod wpływem alkoholu zachowuję się w sposób niebezpieczny dla zdrowia swojego i/lub innych</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> Często</p> <p><input type="checkbox"/> Prawie zawsze</p>
17	<p>Piję nadal, mimo że wiem, iż alkohol pogarsza moje zdrowie i kondycję fizyczną</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> Często</p> <p><input type="checkbox"/> Prawie zawsze</p>
18	<p>Piję nadal, mimo że wiem, iż alkohol nie rozwiąże w dłuższej perspektywie moich trudności emocjonalnych</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> Często</p> <p><input type="checkbox"/> Prawie zawsze</p>
19	<p>Wypijam więcej alkoholu niż kiedyś</p> <p><input type="checkbox"/> Tyle samo (lub mniej, bo tak zdecydowałem/am)</p> <p><input type="checkbox"/> Więcej</p> <p><input type="checkbox"/> Dużo więcej</p>
20	<p>Upijam się mniejszą ilością alkoholu niż kiedyś</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> Często</p> <p><input type="checkbox"/> Prawie zawsze</p>
21	<p>Kiedy trzeźwieję, źle się czuję fizycznie i psychicznie np. odczuwam niepokój, jestem drażliwy/a, mam wahania nastroju, problemy ze snem, nudności, drżenie rąk</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> Często</p> <p><input type="checkbox"/> Prawie zawsze</p>
22	<p>Piję alkohol w celu poprawienia złego samopoczucia, które mam po wcześniejszym picu alkoholu</p> <p><input type="checkbox"/> Nigdy lub czasami lub nie dotyczy</p> <p><input type="checkbox"/> Często</p> <p><input type="checkbox"/> Prawie zawsze</p>

Celem badania jest przedstawienie wartości psychometrycznych SPP badającej nasilenie zaburzeń używania alkoholu, konceptualizowanych zgodnie z klasyfikacją DSM-5 [1].

### **Materiał i metoda**

W badaniu zastosowano adaptowane autorskie narzędzie, czyli Skalę Picia Problemowego (SPP) oraz Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych (AUDIT, *Alcohol Use Disorder Identification Test*) opracowany przez WHO, który posłużył do badania trafności SPP. AUDIT został powszechnie uznany jako „złoty standard” w zakresie oceny obecności aktualnych zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Po wprowadzeniu nowego podręcznika DSM-5 wyniki prowadzonych badań nad właściwościami psychometrycznymi AUDIT wykazały, że nadal stanowi on obowiązującą procedurę w badaniach przesiewowych [16, 18]. Stąd autorzy niniejszego badania wykorzystali w swoich analizach ten test do oceny trafności oraz rzetelności skali SPP.

Psychometryczne właściwości testu AUDIT w wielu populacjach analizowanych pod względem czynników socjodemograficznych i kulturowych są bardzo wysokie: wyniki alfa Cronbacha mieszczą się w zakresie od 0,80 do 0,94, a stabilność czasowa wynosi  $r = 0,88$ . Wynik testu AUDIT jest dobrym predyktorem problemów zdrowotnych i społecznych związanych z konsumpcją alkoholu [19]. AUDIT został tak skonstruowany, aby służył w wielu kręgach kulturowych. Został przetłumaczony na wiele języków, między innymi na język polski [20-22].

### **Procedura przygotowania SPP**

Do pracy nad skalą SPP przystąpiono w 2018 roku. W pierwszym etapie grupa specjalistów pracujących w lecznictwie uzależnień opracowała, na podstawie literatury i doświadczenia klinicznego, po kilka pytań diagnostycznych do każdego kryterium ZUA według DSM-5. W kolejnym etapie, w wyniku oceny jakościowej i zgodności w grupie klinicystów, wyłoniono po dwa stwierdzenia diagnostyczne do każdego kryterium. Odbywało się to w ten sposób, że wcześniej 48 sędziów kompetentnych wyłoniło najbardziej trafne stwierdzenia dotyczące każdego z jedenastu kryteriów. Poproszono ich o zaznaczenie swojej oceny przy każdym stwierdzeniu na skali od 1 do 6, gdzie 1 oznaczało, że dana pozycja w ogóle nie odnosi się do konceptualizacji kryterium, a 6 oznaczało, że odnosi się w pełni. Na tej podstawie wyodrębniono 22 itemy (po dwa na każde kryterium), które uzyskały najwyższe oceny pod względem zgodności z przyjętym opisem kryterium [17]. W trzecim etapie przeprowadzono pilotażowe badania skalą SPP oraz AUDIT w grupie 70 osób dorosłych (pacjentów placówek uzależnień, a także osób o różnej charakterystyce socjodemograficznej i zdrowotnej) z prośbą o uwagi dotyczące sformułowanych itemów w SPP. W czwartym etapie analizowano uwagi oraz doprecyzowano itemy SPP pod względem treściowym i językowym.

## Osoby badane

Badania oceniające właściwości psychometryczne SPP przeprowadzono w grupie 708 osób pełnoletnich (49,15% kobiet i 50,85% mężczyzn) pochodzących z różnych środowisk. Średnia wieku badanych wynosiła 35,5 roku (SD = 13,72). Blisko 40% badanych mieściło się w grupie wiekowej 21–30 lat, 22% – w przedziale wiekowym 31–40 lat, 32,5% w grupie 41–60 lat, 5,5% stanowiły osoby w wieku powyżej 61 roku życia. 67,28% osób było w związkach małżeńskich lub partnerskich. Grupę badaną stanowiły osoby, które wyraziły zgodę na udział w badaniu, niezależnie od obecności czy też nasilenia problemów alkoholowych i ogólnego stanu. Tabela 2 przedstawia rozkład osób ze względu na obecność lub brak rozpoznania uzależnienia oraz płć w oparciu o punktację w teście AUDIT.

Tabela 2. Spełnione kryterium uzależnienia ze względu na płć

		AUDIT_Uzależnienie					
		Nieuzależniony		Uzależniony		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Płć	K	300	57,25	48	26,23	348	49,22
	M	224	42,75	135	73,77	359	50,78
	Ogółem	524	74,12	183	25,88	707	100,00

$\chi^2(1) = 52,23; p < 0,001$

Rekrutacja przebiegała na dwa sposoby. Pierwszym było zaproszenie do udziału w projekcie osób leczonych z powodu uzależnienia w poradniach, gdzie terapię podejmują osoby z różnymi rozpoznaniem. Drugi sposób rekrutacji zakładał zastosowanie metody „kuli śnieżnej”. Punktem wyjścia były osoby o różnej charakterystyce socjodemograficznej. Założonym kryterium wykluczenia z badania był brak zgody na udział w badaniu lub jej wycofanie w trakcie badania.

## Procedura badania

Badania były anonimowe, jednorazowe. Osoby pochodzące z różnych środowisk uzyskiwały informację o celu badania i możliwości zrezygnowania z udziału w nim. Następnie, po wyrażeniu zgody, wypełniały kwestionariusze. Zgodnie z instrukcją AUDIT badani proszeni byli o podanie płci i wieku. Badanie trwało do 30 minut. Osoby wypełniały kwestionariusze w dowolnym, dogodnym dla siebie momencie, z możliwością robienia przerw. Badanie to miało charakter eksploracyjny i nie było obciążone ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych u badanych. Osoby w nim uczestniczące nie odniosły materialnych korzyści z udziału w badaniu. Chętni mogli zgłosić się do osoby badającej o przedstawienie wyniku. Następnie wyniki testów były wprowadzane do stworzonej bazy danych.



## Wyniki

W celu weryfikacji istnienia założonych czynników (Trudności w kontroli picia; Problemy w funkcjonowaniu społecznym; Ryzykowne używanie substancji; Zależność farmakologiczna) przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową. Z uwagi na to, że poszczególne pytania były oceniane na skali porządkowej z trzema poziomami, a tym samym nie można było zakładać, że rozkład wyników w każdym pytaniu jest zbliżony do normalnego, zastosowano odporny estymator DWLS. Analizy wykonano za pomocą pakietu lavaan [23] w środowisku R [25]. Wyniki wskazały na bardzo dobre dopasowanie modelu: CFI = 0,991; TLI = 0,990; SRMR = 0,039; RMSEA = 0,048 [0,043; 0,053].

### Analiza trafności SPP

Trafność kryterialną kwestionariusza SPP oszacowano wykorzystując statystykę r-Pearsona, korelując wyniki uzyskane w Skali Picia Problemowego z wynikiem kwestionariusza AUDIT. Tabela 3 przedstawia korelacje uzyskane dla poszczególnych wymiarów, kryteriów i sumy wyników SPP.

Tabela 3. Wyniki dla trafności kryterialnej kwestionariusza SPP i AUDIT

Zmienna zależna SPP: wymiar, kryterium, suma wyników	AUDIT Suma
Wymiar: Trudności w kontroli picia	0,86**
Kryterium 1: Częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas, niż zamierzano	0,78**
Kryterium 2: Uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia	0,79**
Kryterium 3: Poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, pić i niwelowaniem skutków picia	0,67**
Kryterium 4: Głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia	0,76**
Wymiar: Problemy w funkcjonowaniu społecznym	0,82**
Kryterium 5: Nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbywanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu	0,66**
Kryterium 6: Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu	0,75**
Kryterium 7: Ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych	0,77**
Wymiar: Ryzykowne używanie substancji	0,78**
Kryterium 8: Powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa	0,58**

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Kryterium 9: Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu	0,75**
Wymiar: Zależność farmakologiczna	0,77**
Kryterium 10: Ujawnienie się tolerancji na alkohol związane z potrzebą znacznie zwiększonej ilości alkoholu (aż do zatrucia) dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu	0,62**
Kryterium 11: Występowanie zespołu abstynencyjnego	0,76**
Suma wyników SPP	0,88**

\*\*  $p < 0,01$

Analiza wyników wskazuje na wysoką trafność kryterialną wyniku ogólnego ( $r = 0,88$ ,  $p < 0,01$ ). Wyniki w poszczególnych wymiarach wahają się od  $r = 0,86$  (Trudności w kontroli picia) do  $r = 0,77$  (Zależność farmakologiczna). Można zatem uznać, że siła związku pomiędzy poszczególnymi wymiarami SPP i AUDIT jest wysoka. Ze względu na poszczególne kryteria uzyskane wyniki oscylują od  $r = 0,79$  (Uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczania lub kontrolowania picia) do  $r = 0,58$  (Powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa). Siła związku waha się od przeciętnego do wysokiego. Wszystkie uzyskane wyniki uzyskały istotność statystyczną. Dodatkowo uzyskane istotnie wyższe wyniki u osób leczących się z powodu uzależnienia mogą być traktowane jako wskaźnik wysokiej trafności omawianej skali.

### Rzetelność

Rzetelność kwestionariusza określa dokładność, z jaką on mierzy opisywane zjawisko. Spośród wielu metod oceny rzetelności autorzy wybrali analizę zgodności wewnętrznej (*internal consistency measures of reliability*). Metoda ta polega na badaniu zgodności odpowiedzi osób badanych na poszczególne pytania testu.

Oceny dokonuje się poprzez wyznaczenie tzw. współczynnika alfa Cronbacha. Przyjmuje się, że kwestionariusz cechuje rzetelność, gdy uzyskuje on wartości współczynnika alfa  $> 0,70$ ; a wysoka rzetelność, gdy wskaźnik ten przekracza 0,80. Ocenę rzetelności Skali Picia Problemowego przedstawia Tabela 4.

Tabela 4. Ocena rzetelności Skali Picia Problemowego w poszczególnych wymiarach DSM-5

Wymiar DSM-5 i suma wyników SPP	Alfa Cronbacha	Rzetelność międzypółkowa <sup>1</sup>
Trudności w kontroli picia	0,91	0,89
Problemy w funkcjonowaniu społecznym	0,88	0,88
Ryzykowne używanie substancji	0,78	0,65

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Zależność farmakologiczna	0,70	0,68
Suma wyników SPP	0,96	0,95

<sup>1</sup> Rzetelność międzypółkowa z korektą Spearmana-Browna

Rzetelności wewnętrznej nie obliczono dla poszczególnych 11 kryteriów, ponieważ każde kryterium składa się tylko z dwóch itemów.

Z uzyskanych danych wynika, iż ogólna wartość wskaźnika w SPP wynosi 0,95, co oznacza, że kwestionariusz cechuje wysoki poziom rzetelności. Poszczególne wartości współczynników alfa wahają się w określonych obszarach od 0,89 (obszar: Trudności w kontroli picia) do 0,65 (obszar: Ryzykowne używanie substancji). W żadnym z obszarów wyniki nie były niższe od 0,60. Przedstawiona analiza pokazuje wysoką rzetelność większości obszarów, co oznacza, że Skala Picia Problemowego jest narzędziem, które można stosować w praktyce klinicznej. Należy jednak zachować ostrożność przy interpretacji ryzykownego używania substancji i zależności farmakologicznej.

Uzyskane wyniki poddano także analizie pod kątem różnic międzypłciowych. Tabela 5 zawiera szczegółowy opis różnic pod względem obszarów, jak i poszczególnych kryteriów.

Tabela 5. Różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie badanych zmiennych SPP: wymiarów, kryteriów i sumy

Zmienna zależna SPP: wymiar, kryterium, suma wyników	Średnie		SD		t	df	$\eta^2$	p
	K	M	K	M				
Trudności w kontroli picia	2,86	4,99	3,66	4,45	-6,84	687	0,06	<0,001
Kryterium 1	0,62	1,24	0,99	1,33	-6,97	699	0,06	<0,001
Kryterium 2	0,81	1,55	1,15	1,41	-7,69	700	0,08	<0,001
Kryterium 3	0,67	1,05	0,95	1,11	-4,89	706	0,03	<0,001
Kryterium 4	0,74	1,11	1,08	1,23	-4,27	697	0,03	<0,001
Problemy w funkcjonowaniu społecznym	1,52	2,93	2,43	3,08	-6,67	692	0,06	<0,001
Kryterium 5	0,29	0,66	0,74	1,03	-5,52	705	0,04	<0,001
Kryterium 6	0,45	1,03	0,92	1,23	-7,12	702	0,07	<0,001
Kryterium 7	0,79	1,24	1,07	1,20	-5,25	697	0,04	<0,001
Ryzykowne używanie substancji	1,18	1,98	1,69	1,99	-5,69	698	0,04	<0,001
Kryterium 8	0,31	0,63	0,71	0,97	-5,01	702	0,03	<0,001
Kryterium 9	0,87	1,35	1,22	1,36	-4,93	701	0,03	<0,001
Zależność farmakologiczna	1,39	2,10	1,62	1,97	-5,14	687	0,04	<0,001
Kryterium 10	0,81	1,02	0,93	1,06	-2,81	693	0,01	0,005

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Kryterium 11	0,52	1,07	0,90	1,23	-6,81	701	0,06	<0,001
Suma wyników SPP	7,15	12,15	8,78	10,74	-6,52	652	0,06	<0,001

t – test t – Studenta ;df – stopienie swobody;  $\eta^2$  – eta kwadrat ;p – poziom istotności

Analiza wyników wskazuje, że występują istotne różnice między kobietami i mężczyznami na poziomie wyniku ogólnego SPP, jak i poszczególnych obszarów i kryteriów. Siłę różnicy w wyniku ogólnym ( $\eta^2 = 0,06$ ,  $p < 0,001$ ) należy interpretować jako średnią.

Kobiety uzyskują ogólnie istotnie niższe wyniki w SPP w porównaniu z mężczyznami, co pozostaje spójne z wiedzą kliniczną na temat różnic międzypłciowych w zakresie ZUA. Uzyskany wynik potwierdza konieczność ujmowania różnic płciowych w diagnozie problemów alkoholowych.

Kolejnym etapem była analiza różnic pomiędzy osobami leczącymi się z powodu ZUA i osobami nieleczącymi się z powodu problemów alkoholowych (Tabela 6).

**Tabela 6. Różnice w zakresie badanych zmiennych SPP: wymiarów, kryteriów i sumy pomiędzy osobami z rozpoznaniem ZUA, leczącymi się w placówce uzależnień, a osobami nieleczącymi się**

Zmienna zależna SPP: wymiar, kryterium, suma wyników	N		Średnie		SD		U	p
	Nieleczący się	Leczący się	NL	L	NL	L		
Trudności w kontroli picia	587	97	3,15	8,71	3,65	4,25	9768,0	<0,001
Kryterium 1	598	97	0,73	2,18	1,05	1,39	12700,0	<0,001
Kryterium 2	598	97	0,97	2,57	1,21	1,28	11495,0	<0,001
Kryterium 3	604	97	0,69	1,97	0,93	1,13	12199,0	<0,001
Kryterium 4	597	97	0,76	2,00	1,06	1,26	13582,0	<0,001
Problemy w funkcjonowaniu społecznym	593	94	1,70	5,66	2,41	3,19	9437,5	<0,001
Kryterium 5	604	96	0,32	1,47	0,75	1,21	13278,0	<0,001
Kryterium 6	601	96	0,54	2,06	0,96	1,25	10339,0	<0,001
Kryterium 7	596	96	0,84	2,09	1,04	1,25	13175,5	<0,001
Ryzykowne używanie substancji	596	96	1,34	3,14	1,77	1,91	13893,5	<0,001
Kryterium 8	600	97	0,41	0,86	0,83	1,00	21407,5	<0,001
Kryterium 9	599	96	0,94	2,29	1,22	1,31	13397,5	<0,001
Zależność farmakologiczna	587	95	1,45	3,64	1,59	2,15	12130,0	<0,001
Kryterium 10	591	97	0,80	1,62	,93	1,19	17346,5	<0,001
Kryterium 11	599	97	0,58	2,14	0,92	1,31	10596,5	<0,001
Suma wyników SPP	557	91	7,78	21,32	8,72	10,43	8685,5	<0,001

SD – odchylenie standardowe; U – wartość Testu Manna – Whitney; p – poziom istotności

Analiza wyników wskazuje, że osoby, które podjęły leczenie z powodu uzależnienia uzyskują istotnie wyższe wskaźniki we wszystkich kryteriach, wymiarach oraz sumie wyników SPP ( $U = 8685,5$ ;  $p < 0,001$ ), co można uznać za dodatkowy wskaźnik wysokiej trafności narzędzia.

Kolejnym etapem analiz było sprawdzenie rozkładu osób uzależnionych pod kątem wyników SPP (wynik ogólny i szczegółowe) i AUDIT. Tabela 7 przedstawia szczegółowe dane na temat występowania uzależnienia pod kątem wyników AUDIT i SP. Z uwagi na znaczną różnorodność grup, przeprowadzono analizę nieparametryczną.

Tabela 7. SPP i AUDIT a uzależnienie (w świetle kryterium 20 pkt z AUDIT)

Zmienna zależna SPP: wymiar, kryterium suma wyników	N		Średnie		SD		U	p
	Nie-uzależnieni	Uzależnieni	NU	UZ	NU	UZ		
Trudności w kontroli picia	506	181	2,08	9,13	2,70	3,20	5349,50	<0,001
Kryterium 1	517	182	0,44	2,34	0,78	1,12	9345,00	<0,001
Kryterium 2	519	181	0,66	2,68	0,98	1,07	9841,50	<0,001
Kryterium 3	522	184	0,52	1,86	0,82	1,01	15717,00	<0,001
Kryterium 4	515	182	0,46	2,25	0,81	1,03	9644,50	<0,001
Problemy w funkcjonowaniu społecznym	512	180	0,96	5,83	1,57	2,58	4817,00	<0,001
Kryterium 5	522	183	0,13	1,45	0,46	1,13	15825,00	<0,001
Kryterium 6	519	183	0,28	2,05	0,68	1,10	8901,00	<0,001
Kryterium 7	515	182	0,56	2,29	0,81	1,02	10163,00	<0,001
Ryzykowne używanie substancji	516	181	0,82	3,75	1,31	1,61	8105,50	<0,001
Kryterium 8	520	182	0,20	1,25	0,54	1,12	21404,00	<0,001
Kryterium 9	517	183	0,62	2,51	0,98	1,12	11371,00	<0,001
Zależność farmakologiczna	506	181	1,02	3,78	1,24	1,73	9634,00	<0,001
Kryterium 10	510	183	0,61	1,78	0,80	1,02	18007,50	<0,001
Kryterium 11	518	183	0,35	2,07	0,66	1,14	10965,50	<0,001
Suma wyników SPP	478	173	4,96	22,59	6,05	7,40	3526,00	<0,001

SD – odchylenie standardowe, U – wartość testu Manna – Whitney; p – poziom istotności

Analiza wyników wskazuje, że występują istotne różnice pomiędzy osobami uzależnionymi i nieuzależnionymi, zwłaszcza na poziomie wyniku ogólnego: 4,96 vs 22,59. Uzyskane dane dodatkowo wspierają tezę o wysokiej trafności kwestionariusza SPP.

## Dyskusja

Przedstawione badanie miało na celu sprawdzenie i wykazanie właściwości psychometrycznych nowego narzędzia – Skali Picia Problemowego – utworzonego w ramach aplikacji i strony internetowej projektu e-POP ([www.e-pop.pl](http://www.e-pop.pl)), przeznaczonego do analizy ilościowej oraz jakościowej sposobu spożywania alkoholu. Wysokie wyniki trafności i rzetelności oznaczają, że SPP adekwatnie mierzy problemy związane z piciem alkoholu, wyłaniając kobiety i mężczyzn spożywających alkohol o niskim ryzyku szkód, pijących ryzykownie oraz szkodliwie, oraz tych, u których występuje duże prawdopodobieństwo uzależnienia od alkoholu.

Podejścia w kategoriałne ICD-10 i kategoriałno-dymansjonalne w DSM-5 nie wykluczają się, lecz uzupełniają, stąd możliwa jest analiza ilościowa i jakościowa uzyskanych odpowiedzi i wyników w prezentowanej skali SPP. Badanie prowadzono w zróżnicowanej grupie osób o różnym stopniu zaburzeń używania alkoholu, od abstynentów, poprzez osoby pijące ryzykownie i szkodliwie, po osoby uzależnione od alkoholu. W klasyfikacji ICD-10 termin „ryzykowne spożywanie alkoholu” nie występuje, jakkolwiek wydaje się być ważnym elementem diagnozy. Obejmuje liczną grupę osób spożywających alkohol, która często była pomijana w dotychczasowym systemie leczenia. Lukę tę uzupełnia w pewnym stopniu fakt, że przy interpretacji testu AUDIT ważna jest zarówno liczba uzyskanych punktów, jak i rozkład odpowiedzi w poszczególnych obszarach problemowych [12], a tymi obszarami są picie ryzykowne, picie szkodliwe i objawy uzależnienia. Stąd połączenie wyników testu AUDIT oraz diagnozy na podstawie ICD-10 pozwoliło na kategoriałno-dymansjonalne rozumienie uzależnienia od alkoholu. Z kolei Skala Picia Problemowego, bazująca na DSM-5 i ujęcie spożywania alkoholu na continuum od braku problemów alkoholowych po głębokie zaburzenie jego używania, pozwala na pełniejszą charakterystykę tego zjawiska. Efektywne rozwiązywanie problemów alkoholowych wymaga stworzenia systemu pomocy dla osób, które spożywają alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy, zanim dojdzie do kumulacji szkód, w tym do uzależnienia [12].

Skala SPP jako narzędzie diagnostyczne może być pomocne w postawieniu pełnej i trafnej diagnozy klinicznej. Wyniki w skali, analizowane pod kątem ilościowym i jakościowym, stanowić mogą dla diagnozy bazę o charakterze nozologicznym i psychologicznym. Narzędzie, jakim jest SPP, wpisuje się w perspektywę zindywidualizowanego podejścia do leczenia pacjenta i ułatwia realizowanie spójnych oddziaływań terapeutycznych poprzez uzupełnienie informacji uzyskanych z wywiadu klinicznego.

Kolejnym praktycznym aspektem zastosowania wyników z SPP jest ich wykorzystanie do trafnej i adekwatnej kwalifikacji do programów leczenia na podstawie analizy ilościowej (wynik punktowy) oraz jakościowej (analiza odpowiedzi pod kątem czterech kategorii DSM-5) [25], zarówno na początku, czyli przy kwalifikacji do programu leczenia, jak i na dalszych etapach oddziaływań terapeutycznych. Konstrukcja narzędzia pozwala na uchwycenie zmian z uwzględnieniem czterech wymiarów funkcjonowania pacjenta w kontekście używania alkoholu, co daje możliwość rekonstrukcji indywidualnego planu terapeutycznego, jeśli pożądane zmiany w procesie terapii nie zachodzą [1,17,26].

### Wnioski:

1. Analiza wyników badań wykazała bardzo dobre parametry statystyczne SPP:
  - a. Uzyskano bardzo wysoką rzetelność wewnętrzną, zwłaszcza dla wymiarów: Trudności w kontroli picia, Problemy w funkcjonowaniu społecznym. Należy zachować ostrożność diagnostyczną przy obszarach: Ryzykowne używanie substancji i Zależność farmakologiczna.
  - b. Uzyskano wysokie korelacje wyników SPP i AUDIT, które świadczą o wysokiej trafności SPP, co wskazuje, że omawiane narzędzie spełni swoje zadanie w praktyce klinicznej jako narzędzie przesiewowe.
2. Analiza uzyskanych wyników pozwala stosować SPP w diagnozie ZUA, kwalifikacji do programów leczenia oraz ewaluacji oddziaływań terapeutycznych.

### Piśmiennictwo

1. Gałęcki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz SK, Wciórka J, red. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
2. Morrison J. *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
3. edwards ac, gillespie na, aggen sh. kendler ks. *assessment of modified DSM-5 diagnosis of alcohol use disorder in a genetically informative population*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2013; 37(3): 443–451.
4. Martin CS, Verges A, Langenbucher JW, Littlefield A, Chung T, Clark DB. *Algorithm analysis of the DSM-5 Alcohol Withdrawal Symptom*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2017; 42(6): 1073–1083.
5. McCabe SE, West BT, Jutkiewicz EM, Boyd CJ. *Multiple DSM-5 substance use disorders: A national study of US adults*. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 2017; 32: 1–10.
6. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. *Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002*. *Addiction* 2005; 100(3): 281–292.
7. Bartoli F, Carra G, Crocamo G, Grocamo C, Clerici M. *From DSM-IV to DSM-5 alcohol use disorder: An overview of epidemiological data*. *Addict. Behav.* 2015; 41: 46–50.
8. Saunders JB. *Substance dependence and non-dependence In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Classification of Diseases (ICD): Can an identical conceptualization be achieved?* *Addiction* 2006; 101(1): 48–58.
9. Takahashi T, Lapham G, Chavez LJ, Lee AK, Williams EC, Richards JE, Greenberg D, Rubinsky A, Berger D, Hawkins EJ, Merrill JO, Bradley KA. *Comparison of DSM-IV and DSM-5 criteria for alcohol use disorders in VA primary care patients with frequent heavy drinking enrolled in a trial*. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 2017; 12(17): 1–10.
10. Mohler-Kuo M, Foster S, Gmel G, Dey M, Dermota P. *DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorder among young Swiss men*. *Addiction* 2015; 110(3): 429–440.
11. Yoshimura A, Komodo Y, Higuchi S. *Exploration of core symptoms for the diagnosis of alcohol dependence in the ICD-10*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2016; 40(11): 2409–2417.
12. Fudała J. *Rozpoznawanie osób pijących w sposób ryzykowny i szkodliwy*. W: Bętkowska-Korpała B, red. *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*. Warszawa: PARPA; 2008.

13. NIAAA. *Helping patients who drink too much: A clinician's guide, updated 2005 edition*. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/cliniciansguide2005/guide.pdf> (data dostępu: 20.04.2020).
14. NICE. *Alcohol USE disorders, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. <http://guidance.nice.org.uk/CG115> (data dostępu: 10.03.2020).
15. Bętkowska-Korpała B, Modrzyński R, Celebucka J, Kotowska J, Olszewska-Turek K. *Podręcznik E-POP dla terapeutów uzależnień*. Warszawa: PARPA; 2020.
16. Tonera P, Behnke JR, Andersena P, McCambridge J. *Alcohol screening and assessment measures for young people: A systematic review and meta-analysis of validation studies*. *Drug. Alcohol. Depend.* 2019; 202: 39–49.
17. Bętkowska-Korpała B, Modrzyński R, Kotowska J, Olszewska K, Celebucka J. *Wywiad diagnostyczny zaburzenia używania alkoholu – klasyfikacja DSM-5 w kontekście wyzwań dla leczenia odwykowego*. *Psychoter.* 2019; 1(188): 75–91.
18. Moehring A, Rumpf HJ, Hapke U, Bischof G, John U, Meyer C. *Diagnostic performance of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting DSM-5 alcohol use disorders in the general population*. *Drug. Alcohol. Depend.* 2019; 204: 107530. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.06.032.
19. Deady M. *A review of screening, assessment and outcome measures for drug and alcohol settings*. [https://www.drugsandalcohol.ie/18266/1/NADA\\_A\\_Review\\_of\\_Screening%2C\\_Assessment\\_and\\_Outcome\\_Measures\\_for\\_Drug\\_and\\_Alcohol\\_Settings.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/18266/1/NADA_A_Review_of_Screening%2C_Assessment_and_Outcome_Measures_for_Drug_and_Alcohol_Settings.pdf) (data dostępu 20.03.2020).
20. Babor F, de La Fuente RJ, Saunders J, Grant M. *Test rozpoznawania zaburzeń związanych z piciem alkoholu AUDIT*. Warszawa: PARPA; 1993.
21. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test guidelines for use in primary care*. Geneva: WHO; 2001.
22. Noorbakhsh S, Shams J, Faghihimohamadi M, Zahiroddin H, Hallgren M, Kallmen H. *Psychometric properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and prevalence of alcohol use among Iranian psychiatric outpatients*. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy* 2018; 13(1): 1–8. Doi: 10.1186/s13011-018-0141-x.
23. Rosseel, Y. *Lavaan: An R package for structural equation modeling*. *J. Statist. Software* 2012; 48(2): 1–36.
24. R Core Team. *R: a language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2018. URL <https://www.R-project.org/>.
25. Jakubczyk A, Wojnar M. *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(3): 373–386.
26. Bętkowska-Korpała B, Ryniak J. *Diagnoza kliniczna w leczeniu uzależnień*. W: Bętkowska-Korpała B, red. *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*. Warszawa: PARPA; 2008.

Adres: Barbara Bętkowska-Korpała  
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,  
Katedra Psychiatrii, Zakład Psychologii Lekarskiej  
30-688 Kraków, ul. Macieja Jakubowskiego 2 Bud. B1.09  
e-mail: barbara.betkowska-korpaala@uj.edu.pl

Otrzymano: 24.05.2020

Zrecenzowano: 20.08.2020

Otrzymano po poprawie: 1.11.2020

Przyjęto do druku: 29.11.2020