



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 4 (80) 2017

NR 4

2017

SPIS TREŚCI

Prawo

STATUS PRAWNY ZGODY NA LECZENIE UZALEŻNIONEGO PACJENTA MAŁOLETNIEGO. WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska 1

Analiza

DARKNET I RYNEK NARKOTYKOWY

Filip Nawara..... 5

Profilaktyka

STANDARDY I KIERUNKI PRACY PROFILAKTYCZNEJ Z RODZINĄ

Wiesław Poleszak 10

BIOLOGICZNY KONTEKST REZYLIENCJI – IMPLIKACJE DLA PROFILAKTYKI

Piotr Kwiatkowski 16

Uzależnienia behawioralne

BARIERY W DOSTĘPIE DO LECZENIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska..... 21

Leczenie, redukcja szkód

TRÓJSKŁADNIKOWA TEORIA POSTAW JAKO PODSTAWA PLANOWANIA DZIAŁAŃ PARTYWORKERSKICH

Ireneusz Siudem, Joanna Siudem..... 26

Badania, raporty

NARKOTYK ZWANY AMFETAMINĄ

Jessica Nali..... 34

NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – CORAZ GROŹNIEJSZE

Artur Malczewski 40

Profilaktyka

WDRAŻANIE KATALOGU USŁUG SPOŁECZNYCH W ZAKRESIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMU E-UZALEŻNIEŃ W RAMY LOKALNEGO SYSTEMU EDUKACJI CZ. II

Maciej Dębski..... 44

Internet

LEGALNE KONOPIE W STANACH ZJEDNOCZONYCH IV okładka

Przedmiotem niniejszego artykułu jest analiza wybranych zagadnień dotyczących sytuacji prawnej uzależnionych pacjentów małoletnich. Zastanowimy się, kiedy mogą oni samodzielnie wyrazić zgodę na leczenie, a kiedy wymagana będzie zgoda zastępcza, np. wyrażona przez rodziców.

STATUS PRAWNY ZGODY NA LECZENIE UZALEŻNIONEGO PACJENTA MAŁOLETNIEGO. WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Uzależnienie od substancji psychotropowych lub środków odurzających może dotyczyć osób w różnym wieku, w tym takich, które nie są pełnoletnie. WHO definiuje uzależnienie jako psychiczny, a niekiedy fizyczny stan wynikający z interakcji między organizmem a środkiem uzależniającym, charakteryzujący się zmianą zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania tego środka w sposób ciągły lub okresowy, w celu doznania jego wpływu na psychikę, a niekiedy, aby uniknąć przykrych objawów wynikających z jego braku¹. Przedmiotem niniejszego opracowania jest analiza wybranych zagadnień dotyczących sytuacji prawnej uzależnionych pacjentów małoletnich; zastanowimy się, kiedy mogą oni samodzielnie wyrazić zgodę na leczenie, a kiedy wymagana będzie zgoda zastępcza, np. wyrażona przez rodziców.

Zgoda pacjenta – uwagi ogólne

Autonomia jest podstawową zasadą dopuszczalności udzielania jakichkolwiek świadczeń medycznych, co znajduje potwierdzenie w orzecznictwie, czego przykładem jest m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 31 marca 2006 roku (sygn. IACa 973/05). Zgodnie z nim **zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną** nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy. Lekarz musi zatem uzyskać zgodę pacjenta na wszelkie zabiegi medyczne, nie tylko terapeutyczne, lecz także na inne, mające charakter diagnostyczny. Zabiegi te, częstokroć pozbawione bezpośredniego celu leczniczego, łączą się nierzadko z ryzykiem dla zdrowia pacjenta, który powinien o ich przedmiocie wiedzieć². Dla przykładu, w ocenie Sądu Najwyższego³ badania naczyniowe sta-

nowią fazę wstępną do podjęcia zabiegu operacyjnego i wymagają także zgody pacjenta. W innym orzeczeniu Sąd Najwyższy zauważył, że pobranie wycinka skóry dla celów badania histopatologicznego dopuszczalne jest tylko za zgodą pacjenta i jeżeli takie pobranie – bez zgody pacjenta – wywołało rozstrój zdrowia lub inną szkodę na osobie, może ono powodować odpowiedzialność za szkodę, choćby nawet dokonane zostało zgodnie z wymaganiami sztuki lekarskiej w zakresie diagnozy raka skóry⁴.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵ (dalej: upp), **pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń medycznych**. Ponadto, zgodnie z art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej, w przypadku osoby niepełnoletniej, lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę, o ile jest ona zdolna do świadomego wyrażenia tej zgody. Aby zgoda była skuteczna, lekarz powinien należycie **poinformować pacjenta o:**

- jego stanie zdrowia,
- rozpoznaniu,
- proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstwach zastosowania albo zaniechania wybranych metod diagnostycznych i leczniczych,
- wynikach leczenia,
- rokowaniu.

Informacje przekazywane małoletnim pacjentom powinny mieć odpowiednią formę i być dopasowane do ich wieku i możliwości pojmowania. Jak już wspomniano, nie może być mowy o prawnie wiążącej

zgody bez odpowiednich informacji, które powinny poprzedzać jej wyrażenie. Konieczne jest zwiększenie świadomości, że nawet podpis pacjenta na formularzu mówiącym o świadomej i poinformowanej zgodzie nie jest równoznaczny z wypełnieniem obowiązków informacyjnych. W przypadku sporu w tym zakresie i sprawy sądowej decydujące będą okoliczności danego stanu faktycznego i zebrany materiał dowodowy.

Status prawny zgody uzależnionego pacjenta małoletniego

Skuteczność zgody małoletniego pacjenta, który jest uzależniony od narkotyków i ma zostać poddany interwencji medycznej, zależy od wielu czynników. Jak już wspomniano, pacjent, który ukończył 16 lat ma prawo do **samodzielnego** wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Oprócz określonego wieku, prawo wymaga, aby dana osoba była w stanie świadomie wyrazić swoją wolę. Jeżeli pacjent nie ukończył 16. roku życia, lekarz na przeprowadzenie badania lub innych świadczeń medycznych powinien uzyskać tzw. **zgodę zastępczą** od przedstawiciela ustawowego takiego pacjenta⁶. Przedstawicielem ustawowym osoby małoletniej mogą być rodzice, kurator lub opiekun, o czym stanowią przepisy art. 92, 99 i 145 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego⁷ (dalej: kro). Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka, o ile nie pozbawiono ich władzy rodzicielskiej, sami nie są osobami małoletnimi (chyba że są małżeństwem) albo ubezwłasnowolnionymi. Jeżeli rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka, wówczas każde z nich może działać samodzielnie. O istotnych sprawach dziecka, rodzice rozstrzygają wspólnie, a w braku porozumienia rozstrzyga sąd opiekuńczy. Warto zatem rozważyć, w jakich sytuacjach wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych będzie wymagało wspólnego stanowiska rodziców. Bez wątpienia nie możemy przyjąć, że zawsze jest to niezbędne, ponieważ rodziłoby zbyt wiele praktycznych trudności. Każdorazowo wymóg zgody obojga rodziców zależeć powinien od okoliczności faktycznych danej sprawy. W przypadku, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo są nieznani, sąd opiekuńczy ustanawia **opiekuna**⁸, który powinien uzyskiwać zgodę sądu we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby małoletniego. Jak słusznie zauważa

M. Malczewska, opiekun w ważniejszych sprawach powinien przed podjęciem decyzji wysłuchać osoby, nad którą sprawuje pieczę oraz uwzględniać w miarę możliwości jej zdanie⁹. Wysłuchanie, o którym mowa powyżej, powinno być bez wątpienia uzależnione od stanu zdrowia pacjenta oraz jego możliwości intelektualnych. Ponadto sąd, podejmując decyzję w zakresie zgody, powinien mieć możliwość zapoznania się z opinią pacjenta, którą przedstawił swojemu opiekunowi. Jeżeli opiekun nie może dalej sprawować opieki, sąd opiekuńczy powinien ustanowić **kuratora**, określając w postanowieniu jego uprawnienia.

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego nie zgadza się na wykonanie przez lekarza zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu **zgody sądu opiekuńczego** (art. 34 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁰ dalej: uzl). Ponadto badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym (art. 33 ust. 1 uzl). W takiej sytuacji lekarz ma obowiązek, w miarę możliwości, skonsultowania się z drugim lekarzem oraz odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej. Art. 29 ust. 2 uzl¹¹ przewiduje dodatkowo możliwość zatrzymania pacjenta w podmiocie leczniczym, pomimo żądania jego wypisania przez przedstawiciela ustawowego, nie tylko w okolicznościach przewidzianych w uzl, ale również wtedy, gdy pacjent przebywa w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i z uwagi na stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń medycznych. W ocenie ustawodawcy takie okoliczności uzasadniają pobyt małoletniego w podmiocie leczniczym do czasu rozstrzygnięcia sprawy przez właściwy sąd opiekuńczy, który jest niezwłocznie zawiadamiany o odmowie wypisania z podmiotu leczniczego i przyczynach zaistniałej sytuacji. Sądem właściwym jest sąd rejonowy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych. Jak

słusznie zauważyła D. Karkowska, wskazane regulacje stanowią ograniczenie autonomii woli przedstawiciela ustawowego i sąd powinien oceniać ich konieczność na podstawie obiektywnych kryteriów¹². Krytycznie należy ocenić również brak doprecyzowania w przepisach prawa, kto może zatrzymać małoletniego pacjenta, w sytuacji, w której przedstawiciel ustawowy żąda jego wypisania – czy wystarczy stanowisko lekarza prowadzącego, dyżurującego, czy może niezbędna będzie interwencja ordynatora? W doktrynie pojawiła się propozycja, aby procedura postępowania na wypadek takich okoliczności została uregulowana w regulaminie organizacyjnym placówki, podawanym do wiadomości pacjentów i ich przedstawicieli¹³, co zasługuje na aprobatę. Należy jednak pamiętać, że przepisy prawa mówią o możliwości pozostawienia pacjenta w danej placówce, pomimo sprzeciwu jego przedstawiciela ustawowego, a nie o powinności (obowiązku).

W praktyce może się pojawić rozbieżność pomiędzy decyzją małoletniego i jego przedstawiciela ustawowego albo sprzeciw jednego i drugiego. Zgodnie z treścią art. 17 upp, pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest **zezwole nie sądu opiekuńczego**. Jak już wspomniano, co do zasady sądem opiekuńczym właściwym do rozstrzygania w zakresie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest sąd rejonowy miejsca zamieszkania pacjenta, którego postępowanie dotyczy, a w przypadku braku miejsca zamieszkania sąd rejonowy jego pobytu. Zgodnie z treścią art. 569 § 1 kodeksu postępowania cywilnego¹⁴, jeżeli brak i tej podstawy, właściwy jest sąd rejonowy dla m.st. Warszawy. Istnieje jednak wyjątek, w myśl art. 32 ust. 10 uzl sądem rejonowym (opiekuńczym) właściwym miejscowo do udzielenia zezwolenia na wykonanie czynności medycznej jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane, co zasługuje na aprobatę. Lekarz składa wniosek na piśmie, a sąd rozpatruje wniosek na posiedzeniu niejawnym. W przypadkach nagłych sąd opiekuńczy wydaje jednak z urzędu odpowiednie zarządzenie w trybie uproszczonym, bez przeprowadzenia rozprawy, nawet w stosunku do osób, które nie podlegają jego właściwości miejscowej, zawiadamiając o tym sąd miejscowo właściwy.

Zgoda oraz sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanemu przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko, zgoda powinna mieć formę pisemną. Zdarzają się sytuacje, w których pacjent uzależniony od narkotyków ze względu na swój wiek lub stan zdrowia znajduje się pod opieką innej osoby np. cioci/wujka, babci/dziadka, sąsiadki/sąsiada lub wolontariuszy. Te wszystkie osoby z prawnego punktu widzenia mogą być jego opiekunami faktycznymi (art. 31 ust. 8 uzl). Decydującym elementem jest to, czy dana osoba sprawuje stałą pieczę nad pacjentem, a nie więzi krwi.

Należy zwrócić uwagę na różnicę w zakresie kompetencji przedstawiciela ustawowego i opiekuna faktycznego.

Opiekun faktyczny może wyrazić zgodę jedynie na badanie. Przez badanie należy rozumieć podstawowe czynności lekarza polegające na oględzinach ciała i badaniu fizykalnym¹⁵. Chodzi tu o rutynowe i nie-stwarzające ryzyka czynności medyczne, które nie ingerują znacznie w integralność cielesną¹⁶. Wydaje się, że opiekun powinien być również wysłuchany przez sąd opiekuńczy przy podjęciu decyzji w przedmiocie poddania małoletniego pozostałym interwencjom medycznym, gdyby zachodziła konieczność przeprowadzenia takiej interwencji, a nie było możliwości skontaktowania się z jego przedstawicielem ustawowym¹⁷. Opiekun faktyczny nie może wyrazić skutecznej zgody zastępczej na zabieg operacyjny lub inną metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta. W praktyce oznacza to, że zdanie osób najbliższych, które nie sprawują stałej pieczy nad pacjentem, nie ma znaczenia na gruncie przepisów uzl. Ich opinia może zostać wzięta pod uwagę tylko co do samego badania pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody lub małoletniego, gdyby można było przyjąć, że są opiekunami faktycznymi¹⁸.

Wiek pacjenta

Ustalenie sztywnej granicy wieku jest często krytykowane w doktrynie, ponieważ osoba, która nie ukończyła 16 lat, może być zdolna do świadomego uczestnictwa w postępowaniu leczniczym, i odwrotnie, osoba, która ma więcej niż 16 lat nie jest wystarczająco dojrzała do

podejmowania takich decyzji. Ponadto granica 16 lat nie współgra z regulacjami polskiego prawa cywilnego, w których ustawodawca posługuje się granicą lat 18, jako momentem uzyskania pełnej zdolności do czynności prawnych. Jako argument przemawiający za zmianą przepisów, możemy przywołać również kryterium uzyskania ograniczonej zdolności do czynności prawnych, czyli po ukończeniu 13 lat. Ponadto zgodnie z ustawą o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁹, w przypadku gdy dawcą szpiku jest małoletni powyżej lat 13, wymagana jest także jego zgoda. Podobnie jest w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, tj. do przerwania ciąży w przypadku małoletniej powyżej 13. roku życia wymagana jest również jej pisemna zgoda, natomiast poniżej 13. roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. Mając powyższe na uwadze, należy podkreślić, że w aktualnym systemie prawa obowiązują z reguły niższe granice wiekowe dla ważności zgody dziecka (zwykle 13 lat) i często brak jest przekonującego uzasadnienia dla takiego zróżnicowania. Warto też przypomnieć, że Konwencja o prawach dziecka zrywa ze sztywnymi granicami wiekowymi, wskazując na potrzebę odwołania się do stopnia dojrzałości dziecka i zgodnie m.in. z treścią art. 12 Państwa-Strony zapewniają dziecku, które jest zdolne do kształtowania swych własnych poglądów, prawo do swobodnego wyrażania własnych poglądów we wszystkich sprawach dotyczących dziecka, przyjmując je z należytą wagą, stosownie do wieku oraz dojrzałości dziecka. Zwrócił na to uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich we wniosku skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego, którego zdaniem decyzja o poddaniu się czynności medycznej jest przejawem realizacji prawa podmiotowego jednostki do dysponowania swoją osobą, gwarantowanego konstytucyjnie²⁰. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich zasady wyrażania zgody na leczenie przez osoby małoletnie nie respektują autonomii pacjenta, który nie ukończył jeszcze 16 lat, ignorując jego rzeczywiste rozeznanie co do swego stanu zdrowia i procesu leczenia. Rzecznik Praw Obywatelskich wyraził przekonanie, że dzieci powinny współdecydować – wcześniej i w stopniu odpowiednim do wieku – o realizacji przysługujących im jako pacjentom praw. Na poparcie swej tezy odwołał się do przepisów prawa cywilnego, przyznających

małoletnim powyżej lat 13 ograniczoną zdolność do czynności prawnych (art. 15 i 17 kodeksu cywilnego²¹). Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 11 października 2011 roku²², odnosząc się do stanowiska Rzecznika Praw Obywatelskich, podniósł, że „wydaje się oczywiste, że generalne uzależnienie wymagania osobistej zgody małoletniego pacjenta od poziomu jego rozwoju wiązałoby się z koniecznością stworzenia instytucjonalnej kontroli tego poziomu w każdym indywidualnym wypadku. Oznaczałoby to z kolei konieczność zapewnienia profesjonalnej służby w każdym niemal zakładzie opieki zdrowotnej. Opóźniałoby także udzielenie pomocy lekarskiej. Inna możliwość, tj. pozostawienie decyzji w kwestii rozeznania pacjenta swobodzie personelu medycznego powołanego do przeprowadzenia zasadniczych czynności leczniczych (przyjęcie do szpitala, zabieg, badanie), w ocenie Trybunału mogłaby prowadzić do znacznie poważniejszych naruszeń praw pacjentów niż te, które – zdaniem wnioskodawcy – mają miejsce na gruncie obowiązujących przepisów²³”.

Uwagi końcowe

Przyznanie prawa do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi, który ukończył 16 lat, jest zgodne z art. 6 ust. 2 Konwencji o ochronie praw człowieka oraz godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny oraz art. 12 Konwencji praw dziecka²⁴. Zgoda małoletniego jest wymagana zarówno w przypadku zwykłych czynności medycznych, jak i czynności stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Ponadto, mimo że ustawodawca posługuje się jedynie kryterium wieku, w przypadku pacjentów uzależnionych od narkotyków konieczna jest jeszcze weryfikacja kompetencji i faktycznej zdolności do wyrażenia zgody. Jak słusznie zauważył M. Safjan, w każdym wypadku wystąpienia niezdolności do wyrażenia zgody, pomimo ukończenia 16 lat, powinna być uczyniona stosowna wzmianka w dokumentacji medycznej, określająca przyczynę zaistniałej sytuacji²⁵.

Prawo pacjenta do samostanowienia ma dwa aspekty: negatywny i pozytywny. „W aspekcie pozytywnym przejawia się w kierowaniu pod adresem lekarza żądania wykonania określonego świadczenia medycznego lub zastosowania określonej metody lub

środka medycznego. Takie życzenie pacjenta powinno być przez lekarza rozważone, ale niekoniecznie uwzględnione, zwłaszcza gdy według jego osądu pozostawałoby w kolizji ze wskazaniami wynikającymi z wiedzy medycznej. Odmienne sytuacja przedstawia się w przypadku, gdy mamy do czynienia z prawem do samostanowienia pacjenta w jego aspekcie negatywnym. Lekarz powinien zawsze być związany brakiem zgody pacjenta na określone świadczenia medyczne i poza przypadkami wyraźnie określonymi w ustawie, nie ma prawa działać wbrew jego woli pod groźbą odpowiedzialności karnej z art. 192 k.k. lub innego przepisu kodeksu karnego, a także odpowiedzialności zawodowej²⁶.

Przypisy

- ¹ WHO Expert Committee on Drug Dependence. Sixteenth report. Geneva, World Health Organization, 1969 (WHO Technical Report Series, No.407, za: Staniszek M., Substancje uzależniające i typu uzależnień [w:] Farmakoterapia w stanach uzależnień, Warszawa 1987, s. 26.
- ² M. Nesterowicz, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, Warszawa 2017, s. 167.
- ³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 1981 r., II CR 74/81.
- ⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 września 1997 r., I CR 188/97.
- ⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.
- ⁶ E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2014, s. 469.

- ⁷ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 2012 r., poz. 788 z późn. zm.
- ⁸ Art. 94 § 3 kro. w zw. z art. 145 kro.
- ⁹ M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza ..., op. cit., s. 604.
- ¹⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późn. zm.
- ¹¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.
- ¹² D. Karkowska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Lex on-line, Komentarz do art. 16.
- ¹³ Ibidem.
- ¹⁴ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. 1964 nr 43 poz. 296.
- ¹⁵ T. Dukiet-Nagórska, Świadoma zgoda w ustawodawstwie polskim, Prawo i Medycyna nr 6-7, 2000, s. 78.
- ¹⁶ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2010, s. 141.
- ¹⁷ M. Safjan, Prawo i medycyna – ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny, 1998, s. 46.
- ¹⁸ M. Nestorowicz, Prawo medyczne, Toruń 2005 s. 99; Safjan M., Prawo i medycyna, op. cit., s. 45.
- ¹⁹ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r., o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U.2005.169.1411 z późn. zm.
- ²⁰ Szczegółowe stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich znajduje się z wyroku Trybunału Konstytucyjnego K16/10 dostępnym na stronie www.isap.sejm.gov.pl.
- ²¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93.
- ²² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011 r., K 16/2010.
- ²³ Ibidem.
- ²⁴ Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Dz. U. 1991.120.526.
- ²⁵ M. Safjan, Prawo i medycyna..., op. cit., s. 55.
- ²⁶ E. Zielińska, Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym, Prawo i Medycyna nr 5, 2000, s. 73.

Czarne rynki internetowe funkcjonują od 2011 roku i oferują cały przekrój nielegalnych towarów, od broni i fałszywych dokumentów po narkotyki. Te ostatnie stanowią trzon nielegalnego handlu w sieci.

DARKNET I RYNEK NARKOTYKOWY

Filip Nawara
Fundacja Praesterno

Nielegalny handel w tzw. ciemnej lub ukrytej sieci (ang. *darknet*) daje klientom i sprzedawcom globalny dostęp do narkotyków, które kupuje się jak w zwykłym sklepie internetowym i odbiera w postaci przesyłki kurierskiej lub pocztowej. Stanowi poważne wyzwanie dla organów ścigania, ponieważ cała infrastruktura rynków darknetowych nastawiona jest na utrzymanie anonimowości uczestników i zacieranie śladów. Jaka jest jednak skala tego zjawiska i jego wpływ na kształt tradycyjnego handlu narkotykami?

Rynek narkotykowy w UE

Wartość rynku narkotykowego w Europie szacuje się średnio na 24 mld euro – na narkotyki w ciągu roku wydaje się od 21 do 31 mld euro. Najpopularniejszą substancją jest cannabis (marihuana, haszysz), obejmująca 38% rynku detalicznego o wartości ok 9,3 mld euro. W dalszej kolejności są heroina, jeden z najbardziej szkodliwych społecznie narkotyków, kokaina, będąca najpopularniejszą substancją wśród stymulantów, a po

niej stymulanty syntetyczne: amfetamina, MDMA i metamfetamina.

Warto dodać, że w ostatnich latach odnotowuje się wzrost dostępności heroiny i kokainy, co może mieć związek z rozwojem rynków internetowych.

Produkcja i przemysł

Cannabis w formie suszu pochodzi w Europie m.in. z rodzimych upraw, w które na dużą skalę zaangażowane są zorganizowane grupy przestępcze. Haszysz, czyli żywica konopi, pochodzi głównie z Maroka i Afganistanu, skąd jest ona przemycana w ilościach, o których informują organy ścigania przy okazji przejęć towaru. W 2014 roku w Europie i Turcji przechwycono ponad 600 ton haszyszu.

Europa jest również dużym producentem i eksporterem syntetycznych stymulantów – MDMA i amfetaminy, produkowanych na dużą skalę w Belgii i Holandii, oraz metamfetaminy, pochodzącej najczęściej z Czech.

Heroina sprowadzana jest do Europy z Afganistanu przez Kaukaz (szlak północny) lub przez Afrykę Północną. Również przez Afrykę sprowadzana jest pochodząca z Ameryki Południowej kokaina; drugi szlak wiedzie z Wysp Karaibskich przez Hiszpanię lub bezpośrednio do Wielkiej Brytanii i centralnej Europy.

Przemysł najczęściej odbywa się drogą morską lub drogą powietrzną. Zwraca się uwagę na sprzyjający przemysłowi, narastający od lat ruch we wszystkich odmianach

transportu: od statków kontenerowych, przez ruch ciężarowy, po przewozy samolotowe.

W największym porcie kontenerowym Europy, w Rotterdamie, dziennie przeładowuje się ponad 20 tys. kontenerów (7,4 mln rocznie) o masie netto przekraczającej 350 tys. ton, co daje 127 mln ton rocznie – 4-krotnie więcej niż w roku 1990.

Podobnie ma się rzecz z pasażerskim ruchem samolotowym. Lotniska w Hiszpanii przyjęły w 2014 roku 196 mln pasażerów, o 30 mln więcej niż w 2004 roku.

Zorganizowana przestępczość

W przemysł na dużą i wielką skalę zaangażowane są zorganizowane grupy przestępcze. Ważne jest, aby zdawać sobie sprawę, że obrót nielegalnymi substancjami nie jest wyodrębnioną działalnością, a częścią kontinuum biznesowego, zasilającą inne nielegalne, szkodliwe dla społeczeństw i obywateli praktyki. Zaliczają się do nich pranie pieniędzy i korupcja, m.in. na szczeblu władz samorządowych (zwłaszcza w regionach wystawionych na przemysł), ale też w dużych instytucjach prywatnych, jak banki, kancelarie prawnicze, przedsiębiorstwa, które wykorzystuje się do prania pieniędzy.

Infrastruktura i trasy przemysłnicze mogą być wykorzystywane również do innych działań niż przemysł narkotyków. Mówi się w tym kontekście najczęściej o przewozie broni i nielegalnych imigrantów, za którymi idzie nierzadko handel ludźmi i niewolnictwo, jak ma to miejsce np. na nielegalnych, zamkniętych plantacjach marihuany prowadzonych przez mafie wietnamskie, gdzie wykorzystuje się ludzi sprowadzonych do pracy z Azji.

Handel w internecie

Rozpatrując kwestie handlu narkotykami, rozdziela się dwie główne grupy aktywne na tym polu, tj. przestępczość zorganizowaną, obracającą hurtowymi ilościami, oraz handlarzy detalicznych, do których zalicza się

Tabela 1. Roczne wydatki obywateli UE i szacowane spożycie.

	mld euro	użycie (tony)
marihuana	9,3	580-900
haszysz		570-880
heroína	6,8	121-160
kokaina	5,7	72-110
amfetamina	1,8	52-100
MDMA/ecstasy	0,67	>80 mln tabl.

Tabela 2. Ilości przejęć poszczególnych narkotyków w Europie i Turcji w tonach.

marihuana	232
haszysz	606
heroína	>21
kokaina	62
stymulanty syntetyczne	>7

Tabela 3. Przyjęty podział wielkości transakcji.

	cannabis (g)	opiaty (g)
handel detaliczny	<100	<1
handel średniego szczebla	100-999	1-999
hurt	>1000	>1000
najczęściej nabywane ilości	5 g	1 g

dilerów dostarczających towar bezpośrednio do użytkowników oraz handlarzy „średniego szczebla”, obracających ilościami większymi niż detaliczne, lecz nie hurtowymi. Ta grupa okazuje się głównym beneficjentem powstania czarnych rynków internetowych.

Jak działa ciemna sieć?

Zawartość internetu dzieli się na dwie sfery – otwartą, tzw. surface web lub clear web, oraz zamkniętą, deep web. Surface web, to wszelkie treści dostępne dla wyszukiwarek, czyli dla każdego, kto posiada adres lub trafi na stronę. Deep web to zasoby „zamknięte”, m.in. wymagające logowania fora, zasoby firm, instytucji czy bibliotek dostępne przy użyciu haseł itp. Te niewidoczne dla wyszukiwarek treści stanowią 96% zasobów sieci. Darknet, czyli sieć ciemna, to nie tylko zamknięta, ale też na różne sposoby ukrywana nielegalna zawartość. To w darknecie powstają rynki internetowe, na których można zamówić narkotyki. Ze względu na stosowane technologie i infrastrukturę, rynki te określa się mianem „skrojonych na miarę” dla nielegalnej działalności. Podstawową ich cechą jest dbałość o anonimowość, albo, innymi słowy – o niewykrywalność uczestników.

Anonimowość

Anonimowość gwarantowana jest przez kilka technologii stosowanych przez użytkowników oraz właścicieli nielegalnych rynków.

Podstawą są specjalne przeglądarki internetowe o nazwie Tor, korzystające z tzw. sieci cebulkowych – jest

to technologia anonimizacji użyteczna w bardzo wielu sytuacjach, w których ważne jest zachowanie prywatności. Ich przykłady można znaleźć na stronie projektu Tor (www.torproject.org). Większość technologii wykorzystywanych przez czarne rynki ma zastosowanie w legalnym świecie, chroniąc przed analityką, kradzieżą danych czy inwigilacją z jednej strony, a podglądaniem i śledzeniem przez np. złodziei z drugiej. Świat kryminalny używa tych samych narzędzi, które przed nim chronią.

Przeglądarki Tor nie łączą komputera klienta (naszego) bezpośrednio z serwerem, na którym znajduje się dany adres – lecz poprzez kilka innych komputerów w sieci Tor, rozproszonych po różnych miejscach na świecie. W ten sposób trudno jest określić, kto i skąd łączył się z danym adresem.

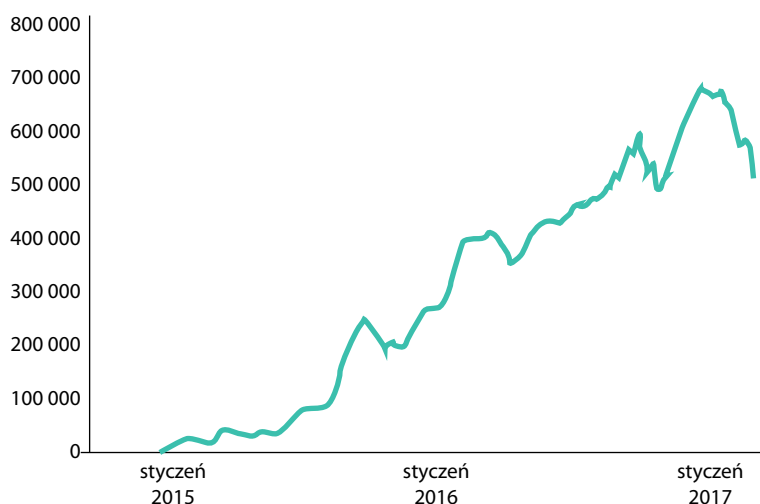
Również adresy nielegalnych rynków są ukryte – są to ciągi znaków przypominające automatycznie generowane hasła, których funkcjonuje zazwyczaj kilka lub kilkanaście naraz, i które są stale zmieniane, tak że trzeba posiadać dostęp do aktualnych informacji, czy to z odpowiednich stron, czy od partnerów.

Infrastruktura

Powyższe technologie stanowią podstawową barierę chroniącą przed kolekcjonowaniem danych na temat użytkowników sieci. Jest ona stosunkowo łatwa do ominięcia przez profesjonalistów, co jednak wymaga nakładów pracy i czasu. Pozostałe rozwiązania zależą już od danego rynku, który z reguły działa podobnie jak zwykły serwis internetowy w rodzaju eBay czy Allegro. Na serwisach tych funkcjonuje zwykła wyszukiwarka, można oceniać sprzedawców i komentować towary, panuje konkurencja cen i marketing. Istnieje też zazwyczaj możliwość skomunikowania się ze sprzedawcą przez e-mail, przy użyciu szyfrowania.

Płatności odbywają się w walutach internetowych, jak popularny bitcoin, ale niektóre rynki wprowadzają swoją walutę. Ponieważ przepływ wirtualnych pieniędzy może być śledzony, stosuje się różne rozwiązania zacierające ślady, jak mieszanie transakcji kilku lub kilkuset klientów w jeden depozyt, z którego na-

Rys. 1. Wzrost dziennych obrotów rynku Alphabay (w tys. euro).



stępnie wypłacane są kwoty odbiorcom, lub dzielenie przelewanych kwot na równe części, przez co cały rynek operuje jednym nominałem.

Nie są to metody niemożliwe do rozszyfrowania, jednak w znacznym stopniu utrudniają one połączenie transakcji z jej „autorami”, zwłaszcza wobec dodatkowych trudności przy transakcjach międzynarodowych, czy czynników leżących po stronie operatorów internetowych. To wszystko sprawia, że organy ścigania koncentrują się na najbardziej aktywnych uczestnikach. W ten sposób tożsamość większości klientów i sprzedawców jest bardzo trudna do wykrycia i połączenia z nielegalnymi procedurami – to jest element przesądzający o ścisłym dostosowaniu do nielegalnej działalności.

Rozwój rynków

Pierwszy duży rynek darknetowy powstał w 2011 roku pod nazwą Silk Road (jedwabny szlak) i był w tym czasie jedynym tego rodzaju prosperującym na szeroką skalę serwisem. Był też wyjątkiem, w porównaniu do późniejszych, powstałych po zamknięciu go przez FBI w 2014 roku, ponieważ w jego ramach zawiązała się aktywna i dość bliska społeczność. Na forum silkroadowym powstały wątki nie tylko dotyczące substancji i sprzedawców, ale też różnego rodzaju grupy pomocowe i fachowe, w których działali wolontaryjnie np. chemicy i lekarze. Dzięki temu na forum znajdowały się sprawdzone informacje o substancjach psychoaktywnych i ich składzie oraz wszelkiego rodzaju porady, obejmujące redukcję szkód czy wychodzenie z nałogu.

Wielu uczestników społeczności, w rozmowach on-line z badaczami, wypowiadało się pozytywnie o skutkach, jakie miały dla nich rozmowy na forum. Były przypadki rozpoczęcia leczenia czy poprawy zdrowia dzięki poradom otrzymanym od lekarzy itp. (EMCDDA, 2016, 21). Jako pozytywny element nabywania narkotyków przez internet oceniane były też dobra jakość substancji oraz brak potrzeby spotkań „twarzą w twarz” z osobami ze środowisk przestępczych.

Tabela 4. Trwałość czarnych rynków internetowych.

powyżej 3 lat	3
2–3 lata	9
1–2 lata	13
krócej	78 (średnio 4 msc.)

Obroty na rynkach internetowych są stosunkowo małe. Ilości substancji zabezpieczone przy akcjach organów ścigania nie dorównują choćby w minimalnym stopniu przejściom przemytów. W maju 2017 roku służby niemieckie i austriackie przeprowadziły akcję Porto, w czasie której zdemaskowano 697 osób i przejęto 6 tys. przesyłek pocztowych. Zarekwirowano przy tym 210 kg substancji, z czego 175 kg w kopertach (średnio 30 g na przesyłkę).

Dla porównania, we wrześniu 2015 roku, we włoskim porcie Cagliari przejęto 20 ton haszyszu z Maroka, a w Antwerpii w 2014 roku w trzech udaremnionych przemytach przejęto susz konopi o łącznej wadze 13,5 tony.

Nie należy jednak na podstawie takich danych deprecjonować wagi rozwijających się rynków internetowych. Największy z nich, zamknięty w 2017 roku przez międzynarodowe organy ścigania – Alphabay, osiągał dzienne obroty w wysokości 600 tys. euro.

Alphabay, początkowo strona handlująca kradzionymi numerami kart kredytowych, zyskała popularność po zamknięciu dwóch dużych rynków sprzedających narkotyki. W ciągu półtora roku produkty cannabis i stymulanty stanowiły 2/3 towarów tego rynku, aktywnego w 24 krajach na całym świecie, z obrotami 600 tys. euro dziennie.

Odporność rynków internetowych

Po zamknięciu Silk Road i przejściu jego serwerów, na pewien, niedługi czas nielegalny handel w sieci przygasł. Wkrótce jednak pojawiło się kilka nowych serwisów darknetowych, z których część, jak Valhalla czy Dream Market, istnieje do dziś. Zarówno autorzy opracowań, jak i policja zwracają uwagę na ogromną elastyczność sieci pod tym względem. Każde przejście nielegalnego rynku skutkowało rozproszeniem się jego uczestników i powstaniem kilku mniejszych serwisów o tym samym charakterze.

Tabela 5. Przyczyny zamknięcia rynków.

exit scam	31
samolikwidacja	24
akcja policyjna	14
atak hakerski/deanonimizacja	11

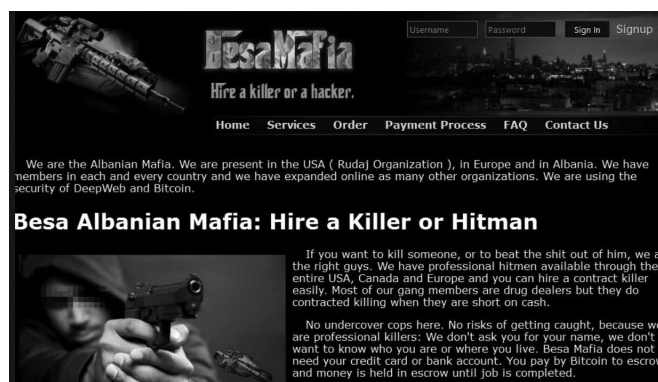
W sumie, od końca 2011 roku do II połowy 2017 roku powstały 103 rynki. W drugiej połowie 2017 roku funkcjonowało ich 14. Widać z tego, że elastyczność czarnych rynków przekłada się na ich krótkotrwałość: 12 rynków istniało powyżej dwóch lat, a 13 od roku do dwóch lat. Pozostałe średnio 4 miesiące.

Spśród 89 rynków, które zniknęły, 14 zostało zlikwidowanych przez organy ścigania – pozostałe uległy samorozwiązaniu lub zostały „zwinięte” przez założycieli bez wiedzy uczestników. Ten ostatni proceder określany jest mianem *exit scam*, co dosłownie oznacza „przekręt wyjścia” i polega na niespodziewanym zamknięciu rynku i przywłaszczeniu przez właścicieli kryptowalut z kont użytkowników i tzw. depozytów. Depozyt to forma zabezpieczenia transakcji przez serwis: kupujący składa w nim opłatę, którą uruchamia dopiero po otrzymaniu przesyłki. Warto zaznaczyć, że najczęściej zamknąć, bo 31 z 89 odbyło się przez „przekręty”.

Oszustwa

Choć czarne rynki internetowe dają użytkownikom poczucie bezpieczeństwa, związane z ukryciem przed organami ścigania oraz brakiem bezpośredniego kontaktu z dilerami, to jednak nie są one wolne od właściwych sobie oszustw.

Jednym z nich są wspomniane *exit scams*, ale nie jedynym. Raporty wspominają o praktyce doxingu, czyli szantażu lub handlu danymi osób kupujących, które muszą podać swoje prawdziwe dane do przesyłki.



BesaMafia – fałszywa strona proponująca zabójstwa na zlecenie, w rzeczywistości wyłudzała od klientów pieniądze. Napis głosi: po 6 miesiącach naciągania przestępców na bitcoiny i kradzieży ponad 100 BTC (65 tys. dolarów) strona została zamknięta. Nikt nigdy nie został zamordowany ani pobity.

Słaba strona sieci – rzeczywistość

Policja i organy ścigania mają poważnie utrudnione zadanie w zwalczaniu ukrytych rynków internetowych. Z jednej strony na przeszkodzie stoją mechanizmy anonimizacji użytkowników i transakcji, te jednak są możliwe do rozpracowania, choć wymaga to wielu nakładów. Służą temu m.in. dane pozyskiwane z serwerów i komputerów przejętych podczas akcji policyjnych. W przypadku likwidacji rynku przez założycieli, dane te są niedostępne. Stale sygnalizuje się też trudności przy współpracy międzynarodowej. Poszczególne państwa, nawet w obrębie UE, mają zbyt duże różnice w prawie i procedurach, aby ta współpraca była dostatecznie sprawna. Dotyczy to choćby przepisów nakładających obowiązek przechowywania danych przez dostarczycieli internetu – bez których w wielu przypadkach policja traci tropy.

Wskazuje się również na coraz częstsze umieszczanie serwerów w „chmurze”, przez co nie mają one stałej lokalizacji, w której znajdują się dane. Wkrótce spodziewane jest wykorzystanie na potrzeby darknetu rozproszonych sieci w rodzaju peer-to-peer – czyli takich, z których obecnie korzystają pirackie strony do pobierania multimediów. Przy ciągłych zmianach technologii i technik, z których korzystają uczestnicy czarnych rynków internetowych, organom ścigania pozostają nadal metody bardziej oczywiste. Jedną z nich jest wykrywanie paczek pocztowych zawierających nielegalne substancje. To stosunkowo prosty sposób na zablokowanie transakcji i pozyskanie danych klientów – w dodatku w najbliższym czasie wiele się w tej materii nie zmieni, ponieważ, koniec końców, zakupiona substancja musi fizycznie dotrzeć do nabywcy, a poczta i firmy wysyłkowe nadal są jedynym kanałem, przez jaki może się to odbyć.

Bariery i przewidywania

Rynki internetowe wymagają od uczestników określonych kompetencji informatycznych – użycie odrębnej przeglądarki, odnajdywanie adresów, kodowanie korespondencji, obsługa kryptowalut – wszystkie te elementy czynią darknet trudno dostępnym dla szerokiego grona użytkowników. Związana jest z tym stosunkowo niewielka, choć znacząca, jak wskazuje się w opracowaniach – skala obrotów. Szacuje się, że przez nieco ponad 3 lata, od końca listopada 2011 roku do lutego 2015 roku, przychód z handlu przez internet wyniósł ok. 180 mln euro, z czego w lokalizacjach

europejskich było to 79 mln euro (40%). Ilość sprzedanych narkotyków w tym okresie osiągnęła pułap min. 15 ton w skali świata, z czego 30% zakupiono w Europie. W porównaniu z wartością całego rynku narkotykowego, liczoną w dziesiątkach miliardów euro, sprzedaż internetowo-wysyłkowa stanowi margines. Badacze spodziewają się jednak rozwoju tego rynku, analogicznie do legalnej sprzedaży przez internet. Nie wiadomo natomiast, jaki będzie udział w nim przestępczości zorganizowanej, której wpływy charakteryzuje terytorialność. Charakterystyki niektórych sprzedawców, jak i metody stosowane przy np. maskowaniu przesyłek, bliskie są tym znanym z innych działań zorganizowanych grup przestępczych. Mimo to na rynkach funkcjonuje wielu „pośredników” sprzedających spore ilości, którzy nie pasują do znanych profili przestępców.

Większość substancji na rynku internetowym w Europie sprzedawana jest w ilościach detalicznych – zwłaszcza cannabis i kokaina – lub w ilościach „średnich”, co ma miejsce w przypadku heroiny i stymulantów syntetycznych. Przewiduje się, że te dwa segmenty zdominują czarny rynek internetowy. Nie przewiduje się zatrzymania w najbliższym czasie samego zjawiska handlu narkotykami w internecie.

Źródła:

EMCDDA, Europol, 2017: Drugs and the darknet.
 EMCDDA, 2016: Insights 21, The internet and drug markets.
 EMCDDA, Europol, 2016: EU Drug Markets Report.
www.europol.europa.eu
www.deepdotweb.com
www.torproject.org

W literaturze przedmiotu (por. Gaś, 2006) wyróżnia się pięć obszarów działań profilaktycznych. Należą do nich działania ukierunkowane na jednostkę, rodzinę, grupę rówieśniczą, środowisko szkolne i lokalną społeczność. Poddając analizie i refleksji ilość oferowanych programów dla każdego z wyróżnionych środowisk, dostrzega się wyraźny brak symetrii.

STANDARDY I KIERUNKI PRACY PROFILAKTYCZNEJ Z RODZINĄ

Wiesław Poleszak

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Wprowadzenie

Dość intensywnie eksplorujemy profilaktycznie środowisko szkolne (niezależnie od jego jakości i skuteczności). Fakt, że szkoła jest zobowiązana do przygotowania programu wychowawczo-profilaktycznego (a przed 1 września 2017 roku wychowawczego i profilaktycznego) jest niewątpliwym sukcesem polskiej profilaktyki. Elementem działań profilaktycznych w szkole są interwencje skierowane do uczniów jako jednostek. Przykładem może być program „Szkolna Interwencja Profilaktyczna”, opracowany przez zespół: Anna Borucka, Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Agnieszka Pisarska, Krzysztof Ostaszewski z Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Borucka, Okulicz-Kozaryn, Pisarska, 2003) czy „Interwencja Wychowawczo-Profilaktyczna”, opracowana przez

Zbigniewa B. Gasia i Wiesława Poleszaka (2009). Wiele inicjatyw profilaktycznych w tym obszarze prowadzą także szkolni psycholodzy i pedagodzy.

Na rynku programów profilaktycznych znajduje się wiele propozycji wykorzystujących wpływ rówieśniczy w profilaktyce zachowań problemowych. Chociażby Młodzieżowe Ochotnicze Pogotowie Rówieśnicze, program, który został opracowany przez Witolda Skrzypczyka oraz zespół ośrodka PROM z Łodzi, czy szereg programów Zbigniewa B. Gasia („Program Rówieśniczych Doradców”, „Program Aktywizacji Samorządów Szkolnych”, „Program Adaptacyjny” i inne).

W banku programów rekomendowanych znajdują się także programy profilaktyki środowiskowej np. Środowiskowa Profilaktyka Uzależnień. Program opracowany i realizowany przez Towarzystwo Nowa Kuźnia z Lublina. Poza tym programem wiele inicjatyw na rzecz profilaktyki

podejmują bezpośrednio jednostki samorządowe (dni profilaktyki, pikniki profilaktyczne, konkursy itp.).

Wśród programów rekomendowanych znajdują się także propozycje działań adresowanych do rodziców i rodzin. Należą do nich dwa programy: Szkoła dla Rodziców i Wychowawców, program opracowany przez Joannę Sakowską, i „Program Wzmacniania Rodziny”, realizowany przez Fundację Na Rzecz Zapobiegania Narkomanii MARATON. To dwa bardzo różne programy. Pierwszy z poziomu profilaktyki uniwersalnej, drugi selektywnej. Intencją powyższego przeglądu było unaocznienie pewnego rodzaju asymetrii w działaniach profilaktycznych. Dwa programy profilaktyczne adresowane do rodziny, czyli środowiska kluczowego dla rozwoju i wychowania dziecka, to stosunkowo mało. Jakie powinny być standardy pracy profilaktycznej z rodziną?

Standard i standardy profilaktyczne

Standardy możemy odnosić do wytwarzanych produktów, jak i świadczenia usług. W profilaktyce mogą one dotyczyć budowania programów, ale także jakości proponowanych działań czy usług. W związku z powyższym standard to pożądaný i opisany wzorzec zachowań, składających się na usługę o jak najwyższej jakości wykonania. Inaczej ujmując, to jak najlepszy sposób realizacji danego działania, usługi czy produktu (por. Imai, Kaizen, 2006). Standardy są sposobem na uzyskanie powtarzalnych, poświadanych zachowań w złożonym systemie organizacyjnym. Tworzymy je wtedy, gdy na rynku pojawia się wiele produktów o zróżnicowanej jakości. Krótko mówiąc – standaryzacja to etap, w którym dojrzelismy jako społeczeństwo do dbania o jakość produktów i usług.

Standard oznacza typowość (wzorzec) działań, która wynika z przyjętego sposobu postępowania, ze stosowanych w określonych warunkach procedur lub zwyczajów, które zapewnić mają wypełnienie zadań na określonym poziomie i o określonej jakości. Takie rozumienie standardu leży u podstaw systemu programów rekomendowanych. Jak podaje Domańska-Szaruga (2009), podstawowym wymaganiem kierowanym pod adresem standardu jest, by skutek użycia standardu był zgodny z oczekiwanym, tzn. realizacja zadania według wzorca powinna przebiegać zgodnie z zamierzeniem i tak, żeby efekt działania był zgodny z zamierzonym. W ten sposób, dzięki standardom, tworzą się odpowiednie nawyki skutecznego działania.

Jak podaje K. Ostaszewski (2016), przez „standardy profilaktyki” rozumiemy najbardziej poświadane cechy profilaktyki, a więc takie działania i takie programy, które z dużym prawdopodobieństwem okażą się skuteczne w swym działaniu. Wiedzę o tym, które cechy profilaktyki, i które programy profilaktyczne są skuteczne, czerpiemy z badań naukowych oraz z ewaluacji działań profilaktycznych. W związku z powyższym, jakie należy przyjąć standardy pracy profilaktycznej z rodziną?

Systemowe uzasadnienie współpracy z rodzinami

Pierwszym i najważniejszym standardem pracy z rodziną jest potraktowanie jej jako systemu. Jak wspomniano powyżej, dziecko wzrasta w rodzinie i jest to najlepsze środowisko dla jego rozwoju. Jest ono częścią tego środowiska. Praca z dzieckiem w oderwaniu od rodziny owocuje w najlepszym wypadku neutralizacją wypracowanych zmian. Młody człowiek jako słabszy element systemu ma małe szanse dostosować system rodzinny do swoich potrzeb. To raczej system wymusi na nim powrót do starych nawyków działania. Stąd interwencja profilaktyczna bez zaangażowania rodziny jest z góry skazana na niepowodzenie lub na ograniczony sukces, odroczony w czasie. Problemy dzieci i młodzieży w wielu przypadkach zależą od jakości funkcjonowania systemu rodzinnego, a skoro problemy mają charakter systemowy, to głównym **obiektem oddziaływań profilaktycznych powinien być cały system rodzinny**.

Jeśli przyjmuje się, że problemy są własnością systemu, to muszą być **ujmowane w świetle tego, jak dany system funkcjonuje**. To kolejny ważny warunek skutecznej profilaktyki. Bez **rzetelnej diagnozy systemu rodzinnego** nie można zidentyfikować etiologii problemów dziecka. Zrozumienie natury mechanizmów trudności w systemie rodzinnym daje szanse na skuteczne wsparcie i pozyskanie rodziny do współpracy w procesie zmiany.

Jest wiele koncepcji wyjaśniających, czym jest i jak funkcjonuje rodzina. Jedną z nich jest MODEL CIRCUMPLEX Olsona (Margasiński, 2010). Zakłada on, iż rodzina jest systemem funkcjonującym na podstawie trzech wymiarów:

- spójność (*cohesion*),
- elastyczność (*flexibility*) oraz
- procesy komunikacyjne (*communication*).

Spójność – to więź emocjonalna między członkami rodziny, a jej wskaźniki to: bliskość emocjonalna, granice

psychologiczne, koalicje rodzinne, czas i przestrzeń życia, kontakty towarzyskie, sposoby podejmowania decyzji. Elastyczność – to jakość i stopień zachodzących w rodzinie zmian związanych z przywództwem, pełnionymi rolami i zasadami wzajemnych relacji, a jej wskaźniki to: zakres przywództwa, style prowadzenia negocjacji, podejmowane role czy zasady określające związki między członkami rodziny.

Komunikacja – to umiejętności efektywnego porozumiewania się wykorzystywane w małżeństwie i rodzinie. To wymiar pomocniczy, umożliwiający zmianę poziomu spójności i elastyczności.

Różne nasilenie tych wymiarów i ich wzajemne konfiguracje sprawiają, że system rodzinny jest:

- niepowtarzalny,
- osiąga różny poziom funkcjonalności/dysfunkcjonalności,
- posiada specyficzne ograniczenia i możliwości rozwoju.

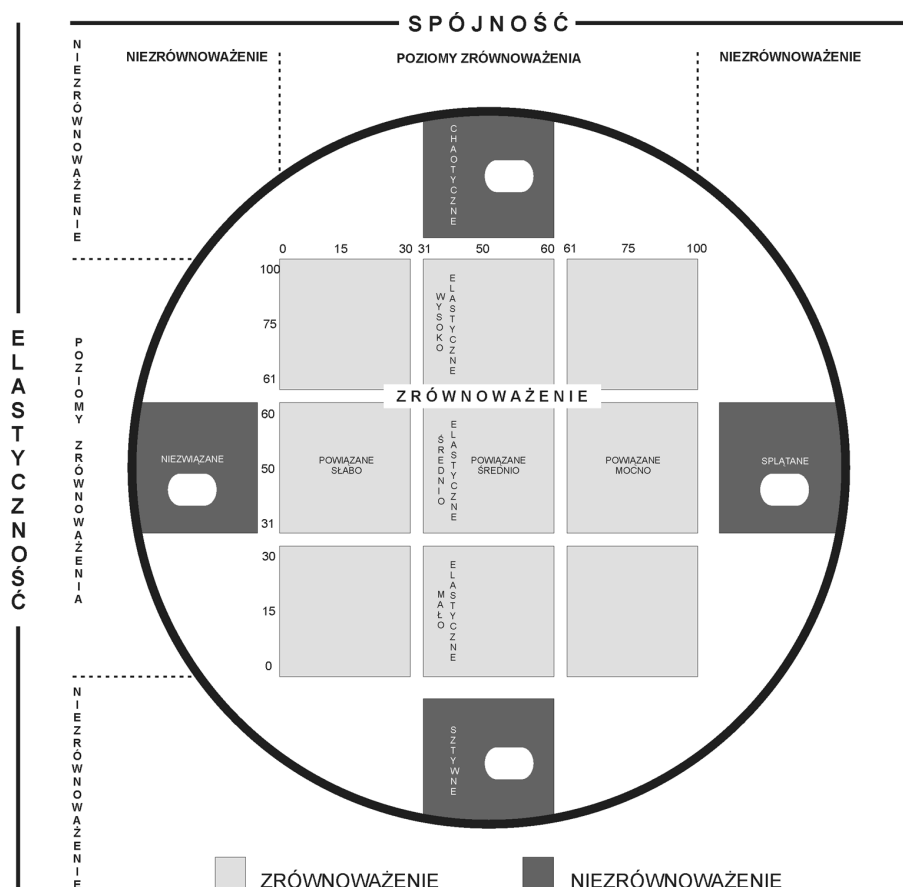
Wobec powyższego, jakość funkcjonowania systemu rodzinnego zaowocować może stworzeniem warunków do wzrostu (czynniki chroniące) lub dysfunkcji (czynniki ryzyka). Zdaniem Zbigniewa Gasia (2006) do czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z rodziną możemy zaliczyć te zamieszczone w tabeli na s. 13.

Kolejnym kluczowym elementem profilaktyki wobec rodziny jest podejście do niej. Rozumie się przez to, jak traktujemy rodzinę, czy jest ona dla nas partnerem czy obszarem interwencji. Inaczej to ujmując, czy jest ona przedmiotem oddziaływań, czy też podmiotem. Wynikiem tego podejścia mogą być dwa różne procesy, a mianowicie:

- rodzina w profilaktyce,
- profilaktyka w rodzinie (por. Gaś, 2017).

Podjęcie **rodzina w profilaktyce** będzie się charakteryzować interwencją wynikającą z zewnętrznej diagnozy uzasadnionej względami społecznymi. Najczęściej proces ten uruchamiany jest przez szkołę lub pracowników pomocy społecznej na skutek problemów wychowawczych z dzieckiem. Wówczas rodzina staje się

Rys. 1. Wersja graficzna Modelu Kołowego opracowana na podstawie kwestionariusza FACES IV (za: Olson, Gorall, 2006).



Źródło: Margasiński (2010).

obiektem interwencji, jest włączana do standardowego programu profilaktycznego lub uruchamia się wobec niej procedury interwencyjne. Zgodnie ze zjawiskiem reaktancji, proces ten nieuchronnie prowadzić będzie do wywołania oporu rodziny przed proponowaną zmianą (por. Soderlund, 2010). Nakłady na pracę z tą rodziną będą rosły, a szanse na skuteczność malały. Ocena tej ostatniej będzie prowadzona zewnętrznie, a więc przy ograniczonym dostępie do informacji. W tym podejściu rodzina odbiera działania profilaktyczne jako obce i narzucone, a więc nie asymiluje ich i nie adaptuje się do nich. W konsekwencji nie uczy się nowych rozwiązań, a nawet uważa je za zagrażające. Prowadzi to do nieufności wobec wszelkich działań profilaktycznych zarówno realizowanych obecnie, jak i w przyszłości. Inne podejście w profilaktyce na rzecz rodziny, to wejście **z profilaktyką do rodziny**. W tym podejściu rodzina jest podmiotem oddziaływań. Znaczy to, że motywacja do pracy profilaktycznej pochodzi z samej rodziny, na skutek autodiagnozy wynikającej z subiektywnego poczucia dyskomfortu, jakiego doświadcza. Ta refleksja wymaga dostarczenia młodym ludziom zakładającym rodzinę rzetelnych informacji o jej funkcjonowaniu i źródłach wsparcia w sytuacjach kryzysowych. Spełnienie tych warunków zaowocuje otwarciem się rodziny na zmianę i współpracę ze specjalistami zajmującymi się profilaktyką. Powinno to zaowocować przygotowaniem programu opartego na zapotrzebowaniu rodziny (na podstawie wybranej koncepcji rodziny). Przygotowany program będzie na miarę problemów rodziny, a miarą jego skuteczności oddziaływań będzie subiektywne poczucie funkcjonalności członków rodziny. Źródłem informacji do pomiaru skuteczności będą członkowie rodziny. Takie

podejście powinno zaowocować zmianą podejścia do profilaktyki i wzrostem jej skuteczności.

Za przyjęciem tego ostatniego podejścia przemawiają odkrycia Prochaski, DiClemente (2008) oraz Millera, Rollnicka (2002), które wskazują, że podstawą skutecznej zmiany są:

- współpraca – uwzględniająca szacunek dla poglądów, wartości i wiedzy osoby wspomaganej,
- wydobywanie – wykorzystanie zasobów osoby wspomaganej do wprowadzenia zmiany oraz
- wspieranie autonomii – wewnętrzna motywacja oraz język zmiany wspiera proces zmiany.

Powodem do zmiany podejścia profilaktycznego wobec rodziny może być przekonanie, że skoro zdrowie i rozwój jednostki oraz społeczeństwa jest wartością społeczną, to nie może być niszczone na skutek nieprzemyślanych działań społecznych. Należy szukać najbardziej optymalnych sposobów oddziaływań profilaktycznych, które będą uwzględniały założenie, że wychowanie i profilaktyka to szereg działań zmierzających do dzielenia odpowiedzialności za jednostkę i jej otoczenie, a zwłaszcza rodzinę.

Kierunki działań profilaktycznych na rzecz rodziny

Ważnym standardem działań profilaktycznych jest wykorzystanie jak największej ilości strategii profilaktycznych w pracy z odbiorcami. Zasadą jest tu próba dotarcia poprzez jak największą liczbę kanałów wywoływania zmiany. Powszechnie w profilaktyce wykorzystujemy sześć strategii działań profilaktycznych. Należy do nich strategia: informacyjna, edukacyjna, działań alternatywnych, interwencyjna, zmian środowiskowych i zmian

RODZINA	CZYNNIKI RYZYKA	CZYNNIKI CHRONIĄCE
	• chaotyczne środowisko rodzinne • niska skuteczność rodziców • brak wsparcia ze strony rodziców • aprobata dla zachowań niekonwencjonalnych • brak dojrzałych więzi w rodzinie • niekonsekwentna lub nieskuteczna dyscyplina w rodzinie • rodzicielskie wzorce zachowań dysfunkcyjnych	• silne i pozytywne więzi rodzinne • rodzicielska kontrola zachowania dzieci • jasne zasady zachowania • zaangażowanie rodziców w życie dzieci • współpraca rodziców ze szkołą i grupą religijną • konwencjonalizm społeczny

Źródło: Gaś (2006).

przepisów (por. Gaś, 2006; Poleszak, 2013). Co można zaproponować na poziomie każdej ze strategii w pracy profilaktycznej na rzecz rodziny?

Na poziomie działań informacyjnych

- Systematyczne prowadzenie badań na temat zachowań ryzykownych i **rzetelne prezentowanie wyników** szerokiej populacji rodziców – podstawą zaangażowania się w profilaktykę są rzetelne informacje na temat procesów, które zachodzą w rodzinie. Świadomość zagrożeń jest jednym z głównych motywów podejmowania działań profilaktycznych. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że pogadanka dla rodziców to nie to samo co profesjonalny program profilaktyczny oparty na strategii informacyjnej.
- Prowadzenie społecznych kampanii informacyjnych ukierunkowanych na ukazywanie czynników chroniących, leżących po stronie rodziny – to jeden z ważniejszych, choć mało w Polsce wykorzystywany sposób komunikowania się z odbiorcami działań profilaktycznych. To, że kampanie informacyjne działają, nie trzeba przekonywać. Wystarczy zwrócić uwagę na rynek reklam w Polsce i uświadomić sobie, jakie środki są wydawane na ten cel. Żaden przedsiębiorca nie traciłby pieniędzy, gdyby reklamy nie przynosiły mu konkretnej rozpoznawalności.
- W tym obszarze tej strategii profilaktycznej należałoby zwrócić uwagę na uświadamianie kluczowych wartości i celów wychowawczych, gdyż w wielu obszarach działania rodziców i szkoły rozchodzą się one.
- Prowadzenie społecznych kampanii informacyjnych ukierunkowanych na uwrażliwianie rodziców na zagrożenia dzieci i młodzieży – to odpowiedź na pojawiające się negatywne trendy zachowań wśród dzieci i młodzieży. Wielu rodziców nie reaguje na problemy dzieci, nie dlatego, że nie chce, ale dlatego, że o nich nie wie, albo nie chce w nie uwierzyć (wyparcie to mechanizm obronny). Rzetelna kampania informacyjna mobilizuje do przyjrzenia się problemowi. Pamiętać należy, że rzetelna oznacza dostarczanie wiedzy, a nie straszenie i manipulowanie informacjami.
- Odwoływanie się do języka korzyści i wartości we wszelkich przekazach adresowanych do rodziców – to, co najlepiej działa w motywowaniu do zmiany, to

odwoływanie się do wartości cenionych przez rodziców (patrz dorobek dialogu motywującego).

Na poziomie działań edukacyjnych

- Uczenie rodziców umiejętności budowania silnych i pozytywnych więzi rodzinnych – ta potrzeba wynika ze specyfiki czasów, w których żyjemy. Wielość codziennych zajęć sprawia, że coraz trudniej nam spotkać się w ramach całej rodziny. Wobec tego potrzeba świadomych decyzji i działań ukierunkowanych na budowanie i podtrzymywanie satysfakcjonujących więzi rodzinnych.
- Uczenie konstruktywnych sposobów sprawowania kontroli rodzicielskiej, zwłaszcza w zakresie korzystania z internetu – z badań wynika (niepublikowane wyniki badań na zlecenie MEN), że świat mediów społecznościowych to miejsce, gdzie drogi rodziców i dzieci zasadniczo się rozchodzą. Internet to nie tylko źródło pozytywnej wiedzy, ale też obszar wielu zagrożeń. Należy się nauczyć w nim poruszać.
- Uczenie umiejętności wychowawczych – do wielu umiejętności wychowawczych dorasta się z wiekiem, a dzieci doświadczające trudności rozwojowych nie chcą czekać na sprawność wychowawczą rodzica. Stąd warto podejmować działania edukacyjne ukierunkowane na wspieranie rodziców, dopóki rodzice bywają w szkole na wywiadówkach (klasy 1-3). Później znacznie trudniej do nich dotrzeć w szerszej grupie.
- Szkolenie specjalistów z zakresu włączania rodziny do działań profilaktycznych – praca z rodziną to jeden z bardziej wymagających obszarów działań profilaktycznych. Należy się do niego dobrze przygotować, bo lepszy brak interwencji niż nieudolna interwencja profilaktyczna, która zamyka rodzinę na wszelkie późniejsze działania.

Na poziomie działań alternatywnych

- Angażowanie rodziców do wspólnego z dziećmi spędzania czasu wolnego – to doskonały sposób na budowanie więzi rodzinnych, poznawania problemów dzieci, ale też rozmów wychowawczych.
- Tworzenie warunków do wspólnego spędzania czasu wolnego przez rodziny – cenne są te propozycje, które odpowiadają na potrzeby dzieci i młodzieży (np. lodo-

wisko, ścianka wspinaczkowa). Warunkiem korzystania z takich propozycji powinna być obecność całej rodziny.

- Tworzenie miejsc do bezpłatnego i konstruktywnego spędzania czasu wolnego – to oferta dla rodziców gorzej sytuowanych, którzy mogą atrakcyjnie spędzić czas z dziećmi.

Na poziomie interwencji

- Umiejętne wsparcie rodzin doświadczających trudności wychowawczych – to forma wsparcia profilaktycznego rodziny tam, gdzie umiejętności rodzicielskie nie wystarczają. To obszar działań między wsparciem w rozwoju a zaburzeniem. Przestrzeń mało eksplorowana przez specjalistów, a niezwykle podatna na korektę.
- Wsparcie wychowawcze rodziców samotnie wychowujących dzieci (programy wspierające samotnie wychowujące matki) – samotny rodzic jest podwójnie obciążony obowiązkami i brakiem czasu. Co w rodzinie robi dwoje rodziców, to przy samotnym rodzicielstwie robi jedno. Dlatego potrzebne jest jego wsparcie w poradzeniu sobie z trudnościami wychowawczymi.
- Budowanie lokalnych koalicji (szkoła, parafia, samorząd, NGO) na rzecz profilaktyki – z badań fokusowych w obszarze profilaktyki wynika, że wiele działań się powiela lub jest rozproszonych. Potrzeba usprawnienia komunikacji, wyznaczenia wspólnych celów i współpracy w ich realizacji. To zadanie dla samorządów lokalnych.

Na poziomie zmian przepisów

- Promowanie konwencjonalnych wartości – wartości to drogowskazy prowadzące do satysfakcjonującego życia. Potrzeba zdecydowanych działań równoważących zjawiska anomii moralnej i relatywizowania wartości.
- Włączanie rodziców do podejmowania odpowiedzialności za działania profilaktyczne – wspomniano powyżej, że bez dzielenia odpowiedzialności za zdrowe środowisko płacimy wszyscy. Stąd potrzeba angażowania rodziców w działania profilaktyczne; to od nich zależy skuteczność wychowania i profilaktyki.
- Formułowanie regulaminów ograniczających dysfunkcyjne działania rodziców (np. masowe usprawiedliwianie nieobecności) – nie wszyscy rodzice osiągnęli dojrzałość wychowawczą. Część z nich

podejmuje działania destrukcyjne w interwencjach wychowawczych ze szkodą dla dzieci i siebie samych.

- Przełożenie akcentów w polityce społecznej z modelu rodzina w profilaktyce na model profilaktyka rodziny – pozwoli to na uruchomienie potencjału profilaktycznego rodziny, a jednocześnie ograniczy opór rodziny przed zmianą.

Na poziomie zmian środowiskowych

- Budowanie koalicji na rzecz profilaktyki – prawo składania do budowania lokalnych programów profilaktyki uzależnień. Niejednokrotnie są to programy bardzo dobre, ale warto byłoby je obudować silnymi zespołami. Ludźmi, którzy chcą rozwiązać problemy, a nie tylko zrealizować zadania.
- Współpraca instytucji i organizacji na rzecz profilaktyki w rodzinie – to z jednej strony oszczędności, a z drugiej wzmocnienie wpływu i większa skuteczność.
- Budowanie zespołów interdyscyplinarnych na rzecz prowadzenia działań profilaktycznych – to formuła, która sprawdza się (jeśli jest prawidłowo realizowana) w przeciwdziałaniu przemocy. Warto byłoby skorzystać z tej metodologii do podniesienia jakości działań profilaktycznych.
- Ograniczanie zachowań dysfunkcyjnych (zasada zero tolerancji) – zasada ta pozwala postawić granicę w zachowaniach dysfunkcyjnych, zmniejszając płynące z nich zyski, co podnosi motywację do zmiany. Rodzice powinni ponosić większą odpowiedzialność za zaniedbania wychowawcze.
- Autentyczna współpraca szkoły i rodziny – w środowisku szkolnym częściej spotykamy symulowane działania współpracy niż autentyczne zaangażowanie obu stron do wspólnej pracy na rzecz wychowania i profilaktyki.

Bibliografia

- Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., „Ocena przydatności i funkcjonowania metody interwencji profilaktycznej w szkole”, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, t. VII, 2003, s. 157-172.
- Domańska-Szaruga B., *Budowanie relacji z klientem*, Wydawnictwo Studio EMKA, Warszawa 2009.
- Gaś Z.B., „Profilaktyka w szkole”, WSiP, Warszawa 2006.
- Imai M., Kaizen G., „Zdroworozsądkowe, niskokosztowe podejście do zarządzania”, MT Biznes, Warszawa.
- Margasiński A., „Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu”, Impuls, Kraków 2010.

Miller W.R., Rollnick S., „Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Borucka A., „Szkolna interwencja wobec uczniów sięgających po substancje psychoaktywne”, Serwis Informacyjny Narkomania, 3 (22), 2003, 27-34.

Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Pisarska A., „Wprowadzenie do szkół metody interwencji wobec ucznia sięgającego po środki psychoaktywne – bariery we współpracy z rodzicami i ich pokonywanie”, Medycyna Wieków Rozwojowego, t. VII, 2003, 173-192.

Ostaszewski K., „Standardy profilaktyki”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016.

Poleszak W.P., „Interwencja wychowawcza w pracy pedagoga”, Poradnik Pedagoga Szkolnego, Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza, Warszawa 2009.

Poleszak W.P., „Nowe media – zagrożenia i szanse dla profilaktyki zachowań dysfunkcyjnych” (w:) Pyżalski J. (red.), Wychowanie dzieci i młodzieży w erze cyfrowej. WSP, Łódź 2013.

Prochaska J.O., Norcross J.C., Diclemente C.C., „Zmiana na dobre”, Instytut Amity, Warszawa 2008.

Sakowska J., „Szkola dla rodziców i wychowawców”, część I, materiały dla prowadzących zajęcia, CMPPP, Warszawa 2008.

Sakowska J., Puchała E., „Szkola dla rodziców i wychowawców”, część II, materiały dla prowadzących zajęcia, CMPPP, Warszawa 2008.

Soderlund L., „Motivational interviewing in theory and practice”, Linköping University Dissertations No. 1198, Linköping, Sweden 2010.

W latach 50. ubiegłego wieku zapoczątkowano badania nad zjawiskiem resilience. Pierwszy duży program przeprowadziła Werner (1994, 1989) na jednej z hawajskich wysp. Badania podłużne miały początkowo dotyczyć uwarunkowań patologii rozwoju, lecz w kolejnych pomiarach panelu wyodrębniono sporą grupę dzieci, które nie ulegały zaburzeniom, pomimo obciążenia wieloma współwystępującymi czynnikami ryzyka zaburzeń.

BIOLOGICZNY KONTEKST REZYLIENCJI – IMPLIKACJE DLA PROFILAKTYKI

Piotr Kwiatkowski

Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Wrocławski

Mniej więcej 1/3 mocno obciążonej populacji z jakichś powodów nie ulegała patologizującym wpływom. Werner prowadziła obserwacje tej grupy przez blisko 40 lat. Autorka należy do pierwszych, którzy określili zestaw czynników predykcyjnych dla pozytywnej adaptacji. Wykazała też, że pozytywna adaptacja nie jest cechą bezwzględnie stabilną. Stwierdziła, że 1/3 początkowo resilientnej populacji ujawnia jednak później pewne zaburzenia. Z drugiej strony w populacji początkowo nieresilientnej w późniejszym okresie rozwoju zaobserwowano istotne zmiany na korzyść (co można by nazwać odroczoną resiliencją). W tych pionierskich badaniach ujawniono zatem istnienie różnych trajektorii pozytywnej adaptacji i znaleziono argumenty wspierające pojmowanie pozytywnej adaptacji w kategoriach procesu rozwojowego. Takie procesualne ujęcie dominuje w świadomości współczesnych badaczy zjawiska resiliencji. Łączy się z nim przekonanie o konieczności prowadzenia badań longitudinalnych w omawianej dziedzinie. Trudno z tym przekonaniem dyskutować, gdyż – z definicji – o resilience mówimy wykazawszy najpierw występowanie

obciążenia czynnikami ryzyka, a później wystąpienie jednej z kilku pozytywnych ewentualności, czyli: (1) braku uchwytanych zaburzeń, (2) relatywnie szybkiego powrotu do normy po początkowym obniżeniu poziomu funkcjonowania, (3) przetrwania przeciwności losu z relatywnie niewielkim uszczerbkiem, a niekiedy nawet (4) polepszenia funkcjonowania czy wzmocnienia kompetencji (odbudowanie się z nadwyżką) po doznanej traumie. Odkrycie zjawiska resilience implikuje wyodrębnienie zmiennych sprzyjających pozytywnej adaptacji, czyli wskazanie czynników predykcyjnych wobec tego zjawiska samodzielnie lub/i w interakcji z innymi czynnikami. Z tej perspektywy istotne są różne modele oddziaływania takich czynników. Wydaje się, że kluczowe są tu dwie kategorie zaproponowane przez Garnezy’ego, a „przejęte” przez innych autorów (Garnezy, Masten i Tellegen, 1984).

Równoważenie ryzyka

Pierwszy z tych modeli określony został jako równoważenie ryzyka. Oznacza on sytuację, w której obok

dotatniej korelacji zaburzenia z poprzedzającym go czynnikiem ryzyka obserwowana jest ujemna korelacja zaburzenia z czynnikiem chroniącym. Pozytywny wpływ czynnika chroniącego zachodzi wówczas niezależnie od negatywnego wpływu czynników ryzyka. Z tej perspektywy zamiast mówić o protekcji należałoby mówić o promowaniu dobrostanu lub pomyślnego przebiegu rozwoju. Drugi model określany jest jako redukcja ryzyka (buforowanie). W tym przypadku kluczowym zjawiskiem jest interakcja czynnika ryzyka z czynnikiem chroniącym, a dokładniej sytuacja, w której określona wartość czynnika współwystępującego z obciążeniem czynnikiem ryzyka zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia do poziomu typowego dla osób nieobciążonych. Sądzę, że tylko w odniesieniu do tego układu uzasadnione jest pojęcie protekcji i używanie terminu czynnika ochronnego. Zdaniem Sameroffa oba rodzaje czynników – protekcyjne i promujące dobrostan – są ważne z perspektywy pozytywnej adaptacji, bowiem dobre funkcjonowanie w cyklu życia może wynikać zarówno z oddziaływania pozytywnych zdarzeń w poprzednich okresach rozwoju, jak i z niwelowania wpływu zdarzeń negatywnych. Myślenie o resiliencji w kategoriach wpływu czynników protekcyjnych może razić uproszczeniem. Jeśli bowiem przyjąć założenia o podmiotowości człowieka i o istotnym udziale autokreacji w procesie rozwoju, to trudno uznać adaptację za efekt oddziaływania zewnętrznych czynników. Z tej perspektywy to nie jakieś czynniki zewnętrzne (w rozumieniu niekontrolowalne czy pozapodmiotowe) są źródłem pozytywnej adaptacji. Decydujące znaczenie ma zdolność jednostki do spożytkowania tych czynników. W powyższym rozumieniu należy zamienić pojęcie czynnika chroniącego na pojęcie zasobu adaptacji. Kategorie zasobowe zostały mocno wyeksponowane w kilku teoriach psychologicznych opisujących radzenie sobie ze stresem. Należy wymienić teorię zachowania zasobów Hobfolla oraz salutogenezę Antonovsky'ego, gdyż te ważne koncepcje można analizować w szerszej perspektywie samoregulacji. To oznacza, że w rozważaniach na temat resiliencji interesują nas właściwości człowieka jako jednostki samoregulującej się, czyli kierującej się własnym myśleniem, przeżywaniem i postępowaniem oraz kształtującej własne relacje z otoczeniem. Z tej perspektywy ekspozycja człowieka na jakieś czynniki chroniące jest mniej interesująca, aniżeli zdolność jednostki do wykorzystania potencjału rozwojowego tkwiącego w tych czynnikach. Weźmy pod uwagę przykład miłości rodzicielskiej, słusznie uznawanej za czynnik sprzyjający rozwojowi. Musimy zauważyć, że

miłość rodzicielska może być w różny sposób wykorzystywana przez dzieci i młodzież – z jednej strony powiemy o miłości jako pozytywnym mechanizmie kontroli społecznej (dzieci chcą spełniać oczekiwania rodziców, by nie sprawiać im przykrości, a przy okazji uzyskać określone profity), a z drugiej strony miłość rodziców może być przez dzieci wykorzystywana do manipulowania nimi. W powyższym sensie zdolność pozytywnej adaptacji budowana jest nie tyle przez miłość jako taką, lecz przez sposób, w jaki dziecko z tej miłości korzysta. Miłość rodzicielska, choć jest konieczna dla pozytywnej adaptacji, to jednak nie wystarcza do jej osiągnięcia. Musi być niejako obudowana oddziaływaniem wielu innych czynników, aby mogła przyczynić się do pozytywnej adaptacji. Z tej perspektywy możemy określić wychowanie w rodzinie jako proces nadbudowany na miłości rodzicielskiej, którego pomyślny przebieg implikuje stopniowe emancypowanie się dziecka – nabywanie przezeń zdolności mądrego stowienia o sobie. Jeśli więc mówimy o pozytywnej adaptacji (resilience) to uznajemy, że ostatecznie jest ona efektem działań podmiotowych – które wynikają z zaistnienia fuzji odporności i mądrości.

Resiliencja jako cecha

Opracowałem koncepcję *resiliencji jako cechy*, odwołując się do kilku kluczowych teorii oraz znajdując odniesienia do niej w wielu innych teoriach. Wspólnym mianownikiem tych wszystkich koncepcji, które mam na myśli, są (1) odniesienia do konstruktów *odporności* i *mądrości*, (2) odniesienia do samoregulacji i kierowania sobą oraz (3) odniesienia do procesu rozwojowego. Przyjąłem, że pojmując *indywidualną resiliencję* jako fuzję odporności i mądrości, warto uwzględnić w pierwszym rzędzie dwie teorie o rodowodzie psychodynamicznym oraz dwie teorie nawiązujące do paradygmatu poznawczego. Psychodynamiczne ujęcie reprezentuje bardzo wpływowa teoria rozwoju psychospołecznego Eriksona (1985, 1968) oraz nieco bardziej niszowa teoria troski o siebie (Khantzian i Mack, 1983). Wspólnym mianownikiem obu ujęć jest odwołanie się do struktur *ego* i *self* jako fundamentów efektywnej samoregulacji – w dużym uproszczeniu można powiedzieć, że *ego* rozumiemy jako mechanizmy, za pomocą których człowiek opanowuje rzeczywistość i kontroluje siebie jako składnik tej rzeczywistości. Mam na myśli sprawność regulacji czynności, dzięki którym jednostka utrzymuje w dynamicznej równowadze relację między sobą a otocze-

niem (realizuje własne potrzeby uwzględniając wymagania społeczne). Można powiedzieć, że *ego* jest strukturą osobowości odpowiedzialną za badanie i korygowanie relacji indywidualno-środowiskowej. Opisuje więc głównie to, co w procesie regulacji jest elastyczne i zmienne. Tymczasem struktura nazwana *self* (w teorii Eriksona powiemy raczej o tożsamości) określa to, co w regulacji jest trwałe, czyli zapisane w systemie wiedzy jako najważniejsze standardy, z którymi człowiek się identyfikuje. U Khantziana pojawiło się pojęcie *troski o siebie* jako dość złożonej kompetencji, której podstawy lokują się w obu obszarach (*ego* i *self*). Mam na myśli – odpowiednio – przyswojone na drodze internalizacji miłości i troski rodzicielskiej schematy dbania o siebie (*ego*) oraz uzasadnienie dbania o siebie w postaci postrzegania siebie samego jako wartości godnej ochrony (*self*). Oznacza to, że nabyte umiejętności życiowe i pozytywna koncepcja własnej osoby wzajemnie wzmacniają swoje funkcjonalności. Można powiedzieć, że mechanizmy *ego* i *self* pozwalają człowiekowi określić sensowny kierunek działania (co robić i dlaczego). Jednak sprawna regulacja wymaga poza tym dopasowania działania do kontekstu (określenia, jaki sposób działania jest najlepszy w danych warunkach) oraz zdolności utrzymania kierunku działania, pomimo trudności i zakłóceń różnej natury, ewentualnie rezygnacji, gdy – mówiąc obrazowo – skórka nie jest warta wyprawki. Ten aspekt samoregulacji lepiej niż teorie psychodynamiczne zdają się ujmować inne podejścia, wśród których szczególne znaczenie przypisałem koncepcjom krytycznego myślenia (Halpern, 2014; Facione, Giancarlo, Facione i Gainen, 1995) oraz koncepcjom inteligencji emocjonalnej (Petrides i Furnham, 2001; Salovey i Mayer, 1990). Przyjmuję, że warunkiem realizacji podmiotowej wizji samego siebie – czy jak ktoś woli realizacji wartości – jest zdolność wglądu, regulowania i wykorzystywania w działaniu własnych stanów mentalnych, a barierą dla podmiotowości jest bezrefleksyjne uleganie impulsom i „chodzenie na pasku” własnych emocji. Warunkiem niezbędnym do wywierania wpływu na bieg zdarzeń jest zdolność człowieka do wywierania wpływu na siebie, czyli samokontrola i charakter. Nadmierna (niekontrolowana) impulsywność i emocjonalność są oczywistymi barierami dla krytycznego myślenia lub szerzej mądrości (Sternberg, 2001, 1998). Nie oznacza to jednak, że namawiam czytelników do poddawania emocji racjonalnej kontroli. W pewnych okolicznościach jest to trudne, w niektórych wręcz niewykonalne, a w innych sytuacjach zamiast deliberować, lepiej zdać się na emocje i związane z nimi

automatyzmy. Nawiasem mówiąc – znaczną część życia spędzamy niejako na autopilocie, dając się nieść emocjom i intuicjom, a przejmując podmiotową kontrolę, gdy trzeba i mobilizując się, gdy warto. Słowem – podmiotem jesteśmy na dwa sposoby: (1) realizując bezwiednie lub intuicyjnie (czyli przy minimalnych kosztach fizjologicznych) cele związane z podmiotową wizją siebie i własnej przyszłości oraz (2) w obliczu uświadomienia sobie sytuacji zadaniowej, mobilizując się do sterowania aktywnością własnego umysłu (ze świadomością wartości i możliwości). Wydaje się, że jednym z ważniejszych warunków podmiotowości jest uważność (*mindfulness*), która zdaje się przenikać w równej mierze obszary kompetencji społecznej, samokontroli i koncepcji własnej osoby. Jest to stan lub – w niektórych ujęciach – zdolność do realistycznej i pogłębionej percepcji rzeczywistości, rozumienia zdarzeń, ich źródeł i możliwych konsekwencji bez obronnych deformacji uzyskiwany między innymi dzięki umiejętności regulacji poziomu pobudzenia emocjonalnego (obniżenia reaktywności). Umiejętność wprowadzania się w ten stan można wyćwiczyć drogą medytacji, lecz niektórzy ludzie dysponują nim o wiele łatwiej niż inni, a wynika to z zadatków biologicznych (Vago i Silbersweig, 2012).

Wpływ biologii

Związek biologii z umysłową sferą aktywności człowieka jest oczywisty. Dotyczy to procesów emocjonalnych, poznawczych, kontrolnych (wykonawczych) i metapoznawczych. Wszystkie te zjawiska mentalne można analizować przynajmniej z trzech perspektyw biologicznych. Pierwszą tworzy anatomia i fizjologia mózgu. Drugą wyznacza neurogenetyka. Trzecią – rozwój mózgu modyfikowany współgraniem genomu i środowiska – interakcjami i korelacjami genowo-środowiskowymi.

Na poziomie biologicznym szukamy różnic w budowie mózgu osób, które różnią się zdolnością do pozytywnej adaptacji w ogóle lub specyficznymi kompetencjami (poznawczymi, emocjonalnymi, wykonawczymi i metapoznawczymi). Wzmiankowanych różnic można poszukiwać w strukturach korowych i podkorowych oraz połączeniach między nimi. Cztery struktury mają tu kluczowe znaczenie: (1) układ limbiczny (kora obręczy, ciało migdałowate, hipokamp), (2) system jąder podstawnych (skorupa, gałka biała, jądro ogoniaste i jądro półleżące), (3) układ nagrody (połączenie brzuszno-pola nakrywkę z jądrem półleżącym) oraz (4) kora przedczołowa. Układ limbiczny jest źródłem

reakcji emocjonalnych o znaczeniu samozachowawczym (ciało migdałowate), źródłem reakcji na niespójności informacyjne (kora obręczy) oraz ośrodkiem regulującym zapamiętywanie (hipokamp). Jądra podstawne są bezpośrednio związane z regulacją zachowania, a ich funkcja jest realizowana dzięki połączeniom zwrotnym z korą mózgu i wzgórzem. Do niedawna sądzono, że jądra podstawne odgrywają zasadniczą rolę w sterowaniu aktywnością ruchową, ale obecnie wiadomo, że w analogiczny sposób struktury te uczestniczą w regulacji procesów umysłowych (emocjonalnych, poznawczych, wykonawczych i metapoznawczych). Jedną z funkcji tego systemu jest inicjowanie i kończenie czynności. Natręctwa i uzależnienia behawioralne mogą wiązać się z zakłóceniami w omawianym obszarze. System nagrody odgrywa istotną rolę w uczeniu się, ponieważ jest uaktywniany przez pozytywne bodźce lub sygnały zapowiadające ich wystąpienie oraz przez uwolnienie się od bodźca awersyjnego (doświadczenie ulgi). Kora przedczołowa jest rozległym obszarem odpowiedzialnym za wiele różnych funkcji. Obszar okołoczołowy uczestniczy w regulacji aktywności układu limbicznego (szczególnie istotne są powiązania między korą okołoczołową a ciałem migdałowatym). Obszar brzuszno-przyśrodkowy kory przedczołowej ma znaczenie w procesach decyzyjnych, gdyż warunkuje dostęp do tzw. *markerów somatycznych* (uaktywnianych w reakcji na wzrost ryzyka – deficyt w tym obszarze powoduje nieuzasadnione podejmowanie ryzyka lub niezdolność do podjęcia decyzji). Obszar przyśrodkowy kory przedczołowej ma znaczenie dla rozwoju tak zwanej *teorii umysłu* – tzn. uświadamiania sobie stanów umysłu innych ludzi, rozumienia ich intencji. Obszar grzbietowo-boczny kory przedczołowej ma znaczenie dla funkcji wykonawczych i decyduje o regulacyjnym wpływie norm społecznych.

Sprawna samoregulacja wynika z wzajemnego komunikowania się różnych obszarów mózgu. Sieć neuronalna działa dzięki połączeniom synaptycznym – w synapsie akson komórki presynaptycznej łączy się z dendrytami innych neuronów zwanych postsynaptycznymi. Komunikacja odbywa się głównie na drodze chemicznej – z zakończenia aksonu uwalniany jest neuroprzekaźnik, który przyłącza się do *receptorów* w zakończeniu dendrytu komórki postsynaptycznej, wywołując pobudzenie tej ostatniej, co umożliwia przekazanie impulsu dalej. Ważnymi strukturami synaps są *transportery*, czyli białka umożliwiające *wychwyt zwrotny neuroprzekaźnika* – „zasysanie” go z powrotem do komórki presynaptycznej zaraz po uwolnieniu.

Jest to jeden z mechanizmów regulacji poziomu neuroprzekaźnika w przestrzeni synaptycznej. Drugim mechanizmem jest dezaktywacja enzymatyczna (istotne są tu dwa czynniki: monoaminoooksydaza A, metylotransferaza katecholowa). Dla procesów samoregulacji kluczowe znaczenie mają szlaki neuronalne przesyłające impulsy za pomocą dopaminy, serotoniny, noradrenaliny, acetylocholiny i kwasu gamma-aminomasłowego (GABA). Odpowiednie geny kodują receptory, transportery oraz substancje czynne w procesie wytwarzania i dezaktywacji neuroprzekaźników. Geny zależnie od wariantu molekularnego (allelu) mogą być mniej lub bardziej aktywne, co ma wpływ na biologiczną aktywność struktur wytwarzanych na ich podstawie. Aktywność poszczególnych genów nie jest stała, lecz zmienia się pod wpływem czynników pozagenetycznych stosownie do potrzeb organizmu.

Znamy już wiele czynników genetycznych, które mają związek z resiliencją i mądrością (Russo, Murrough, Han, Charney i Nestler, 2012; Cicchetti i Rogosch, 2012; Feder, Nestler i Charney, 2009; Meeks i Jeste, 2009). Te same geny, choć inne ich warianty (allele), są predyspozycją do zaburzeń. Poniższe zestawienie obejmuje geny, których związek z resiliencją dokumentują badania naukowe:

- DAT1 – gen transportera dopaminy,
- DRD2 – gen receptora dopaminergicznego D2,
- DRD4 – gen receptora dopaminergicznego D4,
- NET – gen transportera noradrenaliny,
- 5-HTT – gen transportera serotoniny,
- MAO-A – gen monoaminoooksydazy A,
- COMT – gen metylotransferazy katecholowej,
- BDNF – gen mózgowego czynnika wzrostu,
- OXTR – gen receptora oksytocyny,
- CHMR – gen cholinergicznego receptora muskarynowego,
- GABRA 1 i 2 – geny receptorów systemu gabaergicznego typ 1 i 2,
- CRHR1 – gen receptora kortykoliberyny,
- FKBP5 – gen proteiny modulującej receptor kortyzolu w mózgu,
- NPY – gen neuropeptydu Y (w AUN i podwzgórz),
- HTR2A – gen postsynaptycznego receptora serotonergicznego,
- TPH1 – gen hydroksylazy tryptofanowej,
- DBH – gen β -hydroksylazy dopaminowej.

Wśród genów związanych z resiliencją można znaleźć nie tylko geny kodujące struktury synaptyczne. Pewne geny na przykład decydują o tworzeniu nowych komórek

nerwowych oraz synaps – mają więc związek z neuroplastycznością (przykładem jest BDNF – gen czynnika neurotroficznego pochodzenia mózgowego). Niektóre z genów ważnych dla rozwoju mózgu związane są z układem hormonalnym (regulacja poziomu oksytocyny i kortyzolu może mieć wpływ na emocjonalne funkcjonowanie człowieka). Na rozwój emocjonalności i samokontroli ma również wpływ poziom testosteronu (van Wingen, Mattern, Verkes, Buitelaar i Fernandez, 2010), a szczególne znaczenie zdaje się mieć stosunek testosteronu do kortyzolu (Terburg, Morgan i Van Honk, 2009). Wysoki poziom kortyzolu towarzyszący stresowi, jest wysoce niekorzystnym czynnikiem dla rozwoju emocjonalnego i zdolności samoregulacji, zwłaszcza we wczesnych fazach ontogenezy. Choć znaleziono wiele genów, które mogą mieć znaczenie dla resiliencji, to trzeba podkreślić, że wpływy pojedynczych genów na funkcjonowanie człowieka są słabe – predyktywna moc alleli genów względem zachowania sięga najwyżej kilku procent. Można to wyjaśnić na dwa sposoby. Po pierwsze, geny nie kodują zachowania. Zachowanie jest funkcją działania sieci neuronalnych regulowanych przez wiele genów i czynniki pozagenowe. Po drugie, geny wykazują zróżnicowaną aktywność zależną od oddziaływania środowiska i własnej aktywności człowieka. Mówimy o znaczeniu procesów epigenetycznych, czyli przyłączania DNA pewnych związków (np. reszt metylowych, acetylowych), które czasowo zmieniają właściwości DNA) lub zmian w strukturze chromatyny, która jest czymś w rodzaju nośnika dla DNA (zmiana w cząsteczkach chromatyny skutkuje zmianą w ułożeniu DNA, co nie pozostaje bez wpływu na proces jego transkrypcji). Decydujące dla kształtowania się mózgu są nie geny, lecz interakcje genowo-środowiskowe, a geny nie tylko regulują aktywność organizmu, lecz same podlegają regulacji.

Zakłócenia funkcjonowania mózgu (i związane z tym problemy adaptacyjne) występują, gdy niekorzystny allel genu spotyka się z niekorzystnym oddziaływaniem środowiska. Jest to rodzaj interakcji opisywany jako model *diathesis–stress* (podatność–stres). Na przykład kumulacja niekorzystnego allelu genu MAO-A z dziecięcą traumą skutkuje zaburzeniami zachowania, a w dalszym etapie ontogenezy antysocjalnym zaburzeniem osobowości (Byrd i Manuck, 2014; Beach, Brody, Gunter, Packer, Wernett, i Philibert, 2010; Kim-Cohen, Caspi, Taylor, Williams, Newcombe, Craig i Moffitt, 2006; Caspi, McClay, Moffitt i in., 2002). Jeśli dziecko nie posiada problematycznego allelu, to nie rozwija się u niego zaburzenie, nawet gdy ma

ono negatywne doświadczenia dzieciństwa. Kiedy dziecko posiada ów szkodliwy allel, lecz wychowywane jest bez przemocy czy zaniedbania, to również nie powstaje zaburzenie. Interakcja czynnika genetycznego i środowiskowego jest w tym przypadku na tyle silna, że w niektórych stanach USA postuluje się testowanie noworodków, aby szczególną opieką otoczyć rodziny dzieci predysponowanych do zaburzeń (Brooks-Crozier, 2011).

Warto zwrócić uwagę, że istnieje inny wzorec interakcji genowo-środowiskowej. Niektóre allele genów ważnych dla przystosowania decydują o zwiększonej podatności człowieka na oddziaływania środowiskowe w ogóle – nazywa się to modelem „na lepsze i na gorsze” (*for better or for worse*). Posiadacz określonego allelu jest uwrażliwiony na wpływ społeczny. Jeśli oddziaływanie środowiska jest niekorzystne, to nie ma on wielkiej szansy uchronić się przed zaburzeniem. Jeśli oddziaływanie środowiska jest pozytywne, to osoba z tym allelem rozwija się nadzwyczajnie dobrze (Belsky i Pluess, 2009). Niektóre geny układu dopaminergicznego i serotonergicznego są takimi czynnikami ogólnej wrażliwości.

Powyższe zjawiska mogą mieć znaczenie dla profilaktyki, lecz nie w sposób bezpośredni, gdyż nieprędko – o ile w ogóle – stanie się możliwe wykorzystanie informacji genetycznej dla ukierunkowania działań prewencyjnych (względny finansowy i etyczny są tu istotną przeszkodą). Można jednak używać informacji genetycznej w ściśle kontrolowanych procedurach naukowych ukierunkowanych na optymalizację wystandaryzowanych programów profilaktycznych. Takie badania były już przeprowadzane z pozytywnym skutkiem (Brody, Beach, Philibert, Chen i Murry, 2009; Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Pijlman, Mesman, i Juffer, 2008). Istnieje możliwość sprawdzenia, czy określony zestaw oddziaływań zmienia korzystnie zachowanie dzieci biologicznie predysponowanych do zaburzeń (Brody, Beach, Philibert, Chen, Lei, Murry i Brown, 2009; Shanahan, Vaisey, Erickson i Smolen, 2008; Shanahan, Erickson, Vaisey i Smolen, 2007) lub w innej perspektywie – na jakie jednostki dany program działa, a jakie pozostają na program odporne. Znaleźnienie sposobów skompensowania odporności na oddziaływania profilaktyczne może przyczynić się do poprawy efektywności tych ostatnich.

Bibliografia do artykułu znajduje się w redakcji.

Badania omówione w artykule zostały zrealizowane w okresie lipiec 2014 roku – październik 2015 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w ramach projektu pod nazwą „Dostępność leczenia dla problemowych i patologicznych hazardzistów w Warszawie”, sfinansowanego z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

BARIERY W DOSTĘPIE DO LECZENIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Rosnąca dostępność hazardu w ostatnim czasie, niska wiedza społeczna o zaburzeniach hazardowych i postrzeganie hazardu raczej w kategoriach moralnych, słabości charakteru, a nie w kategoriach choroby ma wpływ na społeczną akceptację tego typu zachowań (Petry, Blanco, 2013; St-Pierre i współ., 2014; Hing i współ., 2015). Leczenie podejmuje jedynie 10-20% osób, które spełniają kryteria dla postawienia diagnozy zaburzeń hazardowych, a prawie trzy czwarte nigdy nie poszukuje pomocy (Volberg i współ., 2006; Suurvali i współ., 2008; Slutske i współ., 2009). Leczenie częścię podejmują ci, których problemy są na bardziej zaawansowanym etapie uzależnienia (Pulford i współ., 2009). Leczenie dla osób z zaburzeniami hazardowymi prowadzone jest w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu bądź narkotyków. Oferta terapeutyczna jest najczęściej taka sama jak dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Nie ma placówek, które byłyby ukierunkowane na leczenie tylko zaburzeń hazardowych. Osoby z zaburzeniami hazardowymi, podobnie jak osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków, mogą podjąć leczenie w placówkach opieki stacjonarnej lub ambulatoryjnej, jak również mogą skorzystać ze wsparcia Anonimowych Hazardzistów. Dominuje podejście behawioralne, poznawcze bądź poznawczo-behawioralne. Krótkie interwencje nie są praktycznie wykorzystywane. Przyczyny niepodjęcia leczenia są złożone i obejmują czynniki społeczne, kulturowe, indywidualne i strukturalne. Celem artykułu jest prezentacja barier w zakresie leczenia zaburzeń hazardowych zidentyfikowanych w ramach badań nad dostępnością leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi, prowadzonych

na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Metoda

W badaniach wykorzystano metody jakościowe – technikę wywiadu semi-strukturyzowanego. Wywiady przeprowadzono z osobami z zaburzeniami hazardowymi, pracownikami socjalnymi, terapeutami zatrudnionymi w placówkach leczenia uzależnień, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i z lekarzami psychiatrami. Łącznie przeprowadzono 90 wywiadów. Dobór respondentów był celowy. Kryteriami włączenia do badania dla osób z zaburzeniami hazardowymi była diagnoza zaburzenia postawiona przez lekarza psychiatrę. Z kolei w przypadku profesjonalistów kryteriami włączenia do badania był status zatrudnienia w placówce, gdzie leczą się osoby z zaburzeniami hazardowymi i wykonywany zawód.

Przygotowano trzy rodzaje dyspozycji do wywiadów – dla osób z zaburzeniami hazardowymi, pracowników socjalnych oraz profesjonalistów zatrudnionych w sektorze medycznym.

Na prowadzenie badań terenowych otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej (nr 24/2015), działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Wyniki

Bariery indywidualne

Bariery w dostępie do leczenia mogą być wynikiem założeń programu terapeutycznego, które są trudne do zaakceptowania dla potencjalnych pacjentów. Wielu pacjentów

z zaburzeniami hazardowymi czuje strach i niechęć do mówienia o swoich problemach na forum grupy terapeutycznej. W ocenie respondentów konieczność mówienia o osobistych doświadczeniach i problemach związanych z hazardem wśród obcych osób może skutkować niepodjęciem leczenia. Konieczność przyznania przed sobą i przed bliskimi, rodziną, że jest się osobą uzależnioną, jest bezpośrednio związane z poczuciem wstydu.

Wstyd towarzyszy każdemu uzależnieniu. Ludzie piją latami, biorą narkotyki, grają i wstyd pojawia się w różnych sytuacjach. Z drugiej strony, podjęcie leczenia jest związane z całkowicie innym poczuciem wstydu. Ponieważ podjęcie leczenia jest przyznaniem się do występowania problemu, do którego przez lata nie chcieli się przyznać. Taki wstyd przed samym sobą: cholera, jestem hazardzistą, muszę podjąć leczenie. (TR2703M1) Przeświadczenie, że hazard nie jest chorobą i nie można się od niego uzależnić, jak również przekonanie o możliwości samowyleczenia w sytuacji wystąpienia zaburzenia również wpływa na podjęcie decyzji o rozpoczęciu terapii.

Na mityngu Anonimowych Hazardzistów dowiedziałem się, że to jest choroba. Wcześniej myślałem, że to ze mną jest coś nie tak, że jestem głupi itd. (G1504M1)

Trudnością w podjęciu leczenia, tak jak w przypadku każdej osoby uzależnionej, jest przekonanie, że samemu sobie poradzę, dam radę, jakoś to będzie. Na grupach terapeutycznych identyfikujemy trzy największe kłamstwa związane z uzależnieniem: pierwsze – jakoś to będzie, drugie – sam sobie poradzę i trzecie – od jutra nie piję, nie gram, nie ćpam. Są to życzenia, które nigdy się nie spełnią, nie mają na to szans. Terapia leczenia uzależnienia jest oparta na spotkaniach grupowych, których celem jest wzajemne wsparcie. (TR1902K1)

Inną barierą indywidualną jest brak motywacji do podjęcia leczenia. Zazwyczaj osoby z zaburzeniami hazardowymi nie widzą konieczności podejmowania terapii. Jeśli już to robią to najczęściej pod wpływem presji otoczenia (rodziny, partnera), a nie z własnej inicjatywy.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi są pod zewnętrzną presją, najczęściej rodziny. Kiedy rodzina zda sobie sprawę, że pieniądze znikają, powstają długi w związku z graniem, to nasila presję, co jest jednym z czynników przyczyniających się do podjęcia leczenia. (PS2804M1) Osoby z zaburzeniami hazardowymi są leczone w grupach terapeutycznych zdominowanych przez osoby

uzależnione od substancji. Przez to są one w mniejszości, mogą się czuć izolowane i niezrozumiane.

Zostałem przydzielony do grupy wraz z osobami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków lub z innymi psychoaktywnymi uzależnieniami. Czułem się samotny, ponieważ były tam tylko dwie osoby z zaburzeniami hazardowymi, jednak w późniejszym okresie leczenia byłem sam. Tematy poruszane podczas spotkań grupowych były odpowiednie dla osób uzależnionych od alkoholu, a nie dla osób z zaburzeniami hazardowymi. (G2505M1)

Istotną barierą w podejmowaniu leczenia jest strach przed stygmatyzacją. Poza otrzymaniem etykiety osoby uzależnionej, decyzja o rozpoczęciu terapii może wiązać się z ujawnieniem różnych faktów, takich jak kradzieże i oszustwa, utrata dużych ilości pieniędzy, które stawiają osobę z zaburzeniami hazardowymi w złym świetle. Osoby te mogą się spotkać z potępieniem ze strony otoczenia i brakiem zaufania, które nie zanika pomimo leczenia.

Ludzie nam nie ufają (osobom z zaburzeniami hazardowymi – autorzy), i to jest zrozumiałe. Ja również nie mogę sobie zaufać. Nieważne, jak długo nie gram, nigdy nie mogę obiecać, że nie zagram już do końca życia. Ostatnio, przyjaciel mojej żony pożyczył od niej pewną sumę pieniędzy. Oddał je mi, jednak moja żona była zaniepokojona, że nie oddał ich bezpośrednio jej. Ponieważ mogłem iść z nimi do kasyna. (G1504M2)

Niektóre formy leczenia są związane z większym poczuciem stygmatyzacji. Jednym z przykładów jest leczenie w placówkach opieki psychiatrycznej. Leczenie w tego typu placówkach związana jest z poczuciem stygmatyzacji wynikającym z postrzegania w tych kategoriach osób chorujących psychicznie. Innym typem wsparcia, które może stygmatyzować, jest korzystanie z oferty pomocy społecznej. Może się to wiązać z odczuwaniem życiowej porażki. Zgodnie z obowiązującymi w społeczeństwie przekonaniami, oferta tego typu instytucji adresowana jest do osób, które są słabo zintegrowane, bez żadnych dochodów i perspektyw na przyszłość.

Bariery strukturalne

Większość barier zidentyfikowanych w badaniu była związana ze strukturą i organizacją systemu leczenia i pomocy społecznej. Duża grupa barier dotyczyła jakości pomocy świadczonej osobom z zaburzeniami

hazardowymi, w tym programów leczenia, umiejętności terapeutów i relacji na linii pacjent–terapeuta. W ocenie większości pacjentów i profesjonalistów brakuje oferty leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi. Jedyne kilka placówek ma taki program. Osoby szukające pomocy najczęściej trafiają do placówek leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków, jednak ich oferta jest postrzegana jako nieadekwatna, niespełniająca potrzeb osób z zaburzeniami hazardowymi, ponieważ jest ukierunkowana na kwestie związane z substancjami. *Najczęściej pacjenci na grupie są przemieszani, osoby z zaburzeniami hazardowymi z uzależnionymi od alkoholu, to wtedy najczęściej rozmawiamy tylko o alkoholu albo o picu. A osoby z zaburzeniami hazardowymi muszą sobie przełożyć te treści programu na swoje uzależnienie.* (TR2603K2)

Niski odsetek osób z zaburzeniami hazardowymi w lecznictwie wynika z założeń programu terapeutycznego, który jest skoncentrowany na uzależnieniu od alkoholu lub narkotyków. Brakuje informacji na temat hazardu jako choroby. Materiały edukacyjne są przeznaczone przede wszystkim na potrzeby terapii osób uzależnionych od substancji. Sprawia to, że osoby z zaburzeniami hazardowymi mają poczucie nieadekwatności leczenia, co wpływa na nieutrzymywanie się w terapii.

Myślę, że powinny być inne materiały terapeutyczne dla osób uzależnionych od alkoholu i z zaburzeniami hazardowymi, na przykład te broszury, które dostajemy, są głównie dla uzależnionych od alkoholu. Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie są w stanie przełożyć języka, który jest skierowany do alkoholików na swoje uzależnienie. Myślę, to nie jest dla mnie, ponieważ mnie nie dotyczy. (G1004K2)

Te programy terapeutyczne są nieadekwatne, ponieważ wiele razy dostawaliśmy materiały od terapeutów, które były skierowane do osób uzależnionych od alkoholu i my musimy sami je modyfikować. Tu nie chodzi o zmianę samego słowa alkohol na hazard, ale to są różnice w samej chorobie. (G3003M2)

Niektóre bariery odnoszą się do natury kontaktów między pacjentem i personelem placówki. Zdarza się, że stosunek personelu do pacjentów charakteryzuje brak zaufania i chęć kontroli nad pacjentem. Przejawia się to na przykład w konieczności tłumaczenia się oraz szczegółowym wyjaśnianiu nieobecności na terapii. Takie procedury są trudne do zaakceptowania przez respondentów.

Musiałem odwołać jedno lub dwa spotkania indywidualne z terapeutą z powodu sytuacji w pracy, i tak dalej. Po prostu nie mogłem być na spotkaniu. Może jest to związane z brakiem zaufania do pacjentów, ale ja nie lubię takich pytań: dlaczego, co się stało? Pani z rejestracji naprawdę nie musi wiedzieć, co jest powodem mojej nieobecności na spotkaniu indywidualnym. (G3103M1)

Inne bariery wynikają ze zbyt małego doświadczenia zawodowego w zakresie leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi. Zdaniem pacjentów terapeuci nie mają doświadczeń w leczeniu tego typu uzależnienia. Niektórzy z nich prowadzą terapię, przenosząc doświadczenia z leczenia osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków.

Widziałem, że terapeuci poruszają się trochę intuicyjnie w tej dziedzinie, ich zachowanie nie wydawało się poparte doświadczeniem i wiedzą. (G3003M2)

W moim przypadku pierwszy terapeuta był specjalistą leczenia uzależnienia od alkoholu i ona powtarzała mi cały czas, że te uzależnienia są takie same, ale w pewnych obszarach nie są. (G2505M1)

W ocenie osób z zaburzeniami hazardowymi wielkość grupy terapeutycznej może być barierą, która zniechęca do podejmowania leczenia. Zbyt wiele osób w jednej grupie sprawia, że kontakt z terapeutą jest utrudniony i uniemożliwia aktywne uczestnictwo w terapii. W takich sytuacjach nie ma odpowiedniej ilości czasu na ćwiczenie umiejętności praktycznych.

Nie ma czasu na ćwiczenia, ponieważ jest zbyt dużo osób, zbyt dużo wypowiedzi, które trzeba skomentować, że te trzy godziny są niewystarczające. Grupy terapeutyczne powinny być mniejsze. Generalnie powinno być 8-10-12 osób, a w mojej jest 18. (G0806M1)

Inna grupa barier związana jest z kwestią dostępności leczenia. Jedną z nich jest czas oczekiwania na podjęcie terapii. Wielu respondentów twierdzi, że długi czas oczekiwania na leczenie wpływa na osłabienie motywacji do jego podjęcia.

Chciałem uzyskać pomoc natychmiast. Kiedy podniecenie opadło, zacząłem szukać mityngu dla Anonimowych Hazardzistów lub czegokolwiek, gdzie mogłem z kimś porozmawiać, gdyż dwa tygodnie wydawało się wiecznością. Dwa tygodnie to czternaście dni, kiedy towarzyszą ci silne emocje, nie grasz, ale trudno ci się powstrzymać, trudno jest sobie poradzić. Bez uczestnictwa w mityngu nie byłbym w stanie utrzymać abstynencji. (G1004K2)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi twierdziły, że godziny, w jakich odbywa się terapia, są nieadekwatne i jest trudno pogodzić wszystkie codzienne obowiązki (na przykład związane z pracą) z aktywnym uczestnictwem w leczeniu.

Można podjąć leczenie na oddziale dziennym, ale zaczyna się ono o 8 rano i kończy o 16, odbywa się codziennie przez dwa miesiące. Jest możliwość wzięcia zwolnienia lekarskiego, ale dwa miesiące to całkiem długo i można wypaść z rynku pracy. Zastanawiam się, co pracodawca by powiedział. (G2605M1)

Kolejną barierą jest ograniczony dostęp do darmowego leczenia dla osób, które nie mają ubezpieczenia. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, które są nieubezpieczone, koszty leczenia są pokrywane przez Ministerstwo Zdrowia. Jednak te zasady nie obejmują osób z zaburzeniami hazardowymi. Niektóre placówki nie mają podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na leczenie zaburzeń hazardowych. Oczywiście są prywatne placówki na rynku usług medycznych, które oferują terapię, ale w większości pacjenci nie mogą sobie na nie pozwolić. *Jest taka grupa pacjentów, która nie może podjąć leczenia – nieubezpieczeni. Nie możemy im pomóc, ponieważ są nieubezpieczeni. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków, pacjenci nieubezpieczeni są uprawnieni do otrzymania darmowej terapii. Jest ona finansowana z innych źródeł, z Ministerstwa Zdrowia. Nie ma środków na leczenie osób z zaburzeniami hazardowymi, którzy są nieubezpieczeni i jest to duży problem. (TR1902K1)*

Niektóre zasady leczenia mogą stanowić bariery, które są nie do przezwyciężenia. Pacjenci twierdzą, że uczestnictwo w terapii pochłania tyle czasu, że nie mają go na inne aktywności. Niektórzy pacjenci w ogóle nie biorą pod uwagę leczenia w placówkach stacjonarnych, ponieważ mają poczucie, że muszą pracować, żeby spłacić długi powstałe w wyniku grania.

Są placówki stacjonarne, które oferują leczenie osobom z zaburzeniami hazardowymi, ale dotychczas nie było zainteresowania. Oni chcą łączyć pracę z terapią, gdyż mają przekonanie, że muszą natychmiast ją podjąć, żeby spłacić długi. Mają silniejsze poczucie niż inni, którzy też mają długi powstałe w związku z ich uzależnieniem. (TR2603K2)

Niektóre bariery strukturalne były związane z rodzajem instytucji, w której byli zatrudnieni profesjonaliści. W przypadku placówek podstawowej opieki zdrowotnej

pacjenci nie wiedzą, czy zaburzenia hazardowe mogą być leczone przez lekarza pierwszego kontaktu. Istnieje powszechne przekonanie, że w tych placówkach leczy się tylko choroby somatyczne. Z kolei lekarze psychiatrzy twierdzą, że pacjenci nie wiedzą, że do odbycia konsultacji nie jest wymagane skierowanie. Barierą identyfikowaną zarówno wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak również wśród psychiatrów jest niedostateczna wiedza, którą posiadają na temat zaburzeń hazardowych. Większość barier występujących w sektorze opieki społecznej jest związana z biurokracją. Po pierwsze, problem hazardu nie jest wyodrębniony w formularzach zgłoszeniowych i nie jest rozpoznawany w diagnozie funkcjonowania społecznego. W efekcie zaburzenia hazardowe są najczęściej ujawniane poprzez zbieg okoliczności, na przykład kiedy rodzina o tym informuje lub zaburzenia hazardowe współwystępują z innymi chorobami.

Podczas dziesięciu lat mojego zatrudnienia w ośrodku pomocy społecznej może trzy lub cztery razy ktoś poinformował o zaburzeniach hazardowych. Wydaje mi się, że jest to związane ze specyfiką placówki, gdyż hazard nie występuje na liście przyczyn, które uprawniają do otrzymania pomocy. Czyli hazard nie jest włączony do kwestionariusza wywiadu ani do diagnozy. Jedynie przypadkiem pracownik socjalny może zauważyć występowanie zaburzeń hazardowych, na przykład kiedy rodzina o tym informuje lub są zaburzenia współwystępujące. (SW1103M1)

Po drugie, diagnoza zaburzeń hazardowych może budzić ambiwalencję w przyznaniu pomocy finansowej. Pracownicy mogą niechętnie udzielać tego rodzaju wsparcia, ponieważ w ich ocenie może być ono przeznaczone na granie.

W każdym przypadku szukamy przyczyn kłopotów finansowych, zastanawiamy się, dlaczego rodzina znajduje się w trudnej sytuacji. W tej konkretnej sytuacji klienci mają określony powód, aby ukrywać swój hazard, gdyż ustawa o pomocy społecznej jasno stwierdza, że odmawia się świadczeń tym, którzy je marnują. (SW1604K1)

Po trzecie procedury obowiązujące w pomocy społecznej nakładają na beneficjenta różnego rodzaju zobowiązania związane z koniecznością poddania się kontroli. Procedury te stanowią barierę, która zniechęca osoby z zaburzeniami hazardowymi do szukania pomocy w ośrodkach pomocy społecznej.

Wydaje mi się, że ośrodek pomocy społecznej będzie jednym z ostatnich miejsc, w których osoby z zaburzeniami hazardowymi będą poszukiwać pomocy. Ośrodek pomocy

społecznej jest instytucją kontroli i tak jest postrzegany. Więc klienci dobrze wiedzą, że jeśli zwrócą się do nas po pomoc, będą pod nadzorem. Ośrodek będzie ostatnim miejscem, w którym się pojawią, ponieważ już są kontrolowani, na przykład przez rodzinę. Nie będą chcieli mieć innego źródła kontroli. (SW1103M1)

Podsumowanie i wnioski

Badania dostępności leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi pozwalają na poznanie i zrozumienie potrzeb tej grupy pacjentów i przyczyniają się do modyfikacji oferty pomocy. Lepsze zaspokojenie potrzeb osób z zaburzeniami hazardowymi może się przełożyć na zwiększenie się odsetka pacjentów podejmujących leczenie i utrzymujących się w terapii.

Zidentyfikowane w badaniu bariery można podzielić na indywidualne, związane z wewnętrznymi przekonaniami, oraz strukturalne związane z kształtem systemu leczenia i pomocy. Wśród barier indywidualnych można wyróżnić strach i niechęć do mówienia o własnych problemach na forum grupy terapeutycznej, trudności w rozpoznaniu występowania uzależnienia i przyznania tego przed osobami znaczącymi. Przeważająca część osób z zaburzeniami hazardowymi nie widzi konieczności podejmowania leczenia, gdyż są przekonani, że jest ono przeznaczone dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Ponadto wierzą w możliwość samowyleczenia. Leczenie w placówkach opieki psychiatrycznej i korzystanie z usług pomocy społecznej jest również związane z poczuciem stygmatyzacji.

Znaczna część barier zidentyfikowanych w badaniu miała charakter strukturalny, związany z organizacją systemu pomocy. Przede wszystkim nie ma oferty terapeutycznej skierowanej wyłącznie do osób z zaburzeniami hazardowymi, a ta która jest, postrzegana jest jako nieadekwatna do potrzeb. W praktyce oznacza to, że tematyka zajęć nie jest związana z zaburzeniami hazardowymi, materiały nie odpowiadają konkretnym potrzebom. W rezultacie pacjenci nie angażują się w odpowiednim stopniu w leczenie, nie identyfikują się z grupą, mają poczucie odrzucenia i marginalizacji. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej, gdzie większość stanowią osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków, zniechęca do rozpoczęcia leczenia.

Cała grupa barier związana jest z relacjami między pacjentem i terapeutą oraz ich kompetencjami. Zdaniem

badanych terapeutów mają niewielkie doświadczenie w leczeniu zaburzeń związanych z hazardem, prowadzą terapię, pomimo braku wiedzy teoretycznej ani praktycznego doświadczenia. Personel ma tendencję do nadmiernej kontroli pacjentów, co stawia ich w roli osób, które nie zasługują na zaufanie.

Inne bariery strukturalne wskazane przez respondentów, odnoszą się do długiego czasu oczekiwania na leczenie, ograniczonych możliwości bezpłatnego leczenia (osoby z zaburzeniami hazardowymi, które nie mają ubezpieczenia nie mogą skorzystać z terapii), trudności w pogodzeniu terapii i zatrudnienia. Niektóre z barier dotyczą konkretnych instytucji. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej pacjenci nie wiedzą, że mogą uzyskać pomoc u lekarza pierwszego kontaktu w zakresie zaburzeń hazardowych, jak również nie wiedzą, że nie ma konieczności posiadania skierowania do lekarza psychiatry. W przypadku pomocy społecznej zaburzenia hazardowe nie są uwzględnione w formularzu diagnostycznym, jako problem uprawniający do uzyskania pomocy. W przypadku hazardu istnieje obawa, że udzielone wsparcie finansowe zostanie przeznaczone na granie.

Wyniki badań wskazują na konieczność prowadzenia edukacji społecznej na temat hazardu jako zachowania, od którego można się uzależnić oraz na temat możliwości uzyskania pomocy. Należy czynić starania, aby lepiej odpowiadać na potrzeby pacjentów i poprawiać jakość świadczonej pomocy. Powinny one w pierwszej kolejności obejmować lepsze przygotowanie terapeutów i innych profesjonalistów, którzy mogą mieć kontakt z osobami z zaburzeniami hazardowymi, brać pod uwagę trudności związane z diagnozowaniem zaburzenia, lepsze dopasowanie programu terapeutycznego do specyfiki hazardu, poprawę materiałów wykorzystywanych w trakcie terapii oraz, jeśli to możliwe, tworzenie grup terapeutycznych, gdzie przynajmniej kilku uczestników będzie z zaburzeniami hazardowymi.

Przypisy

¹ Sposób kodowania: TR – terapeuta; G – osoba z zaburzeniami hazardowymi; GP – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej; PS – psychiatra; S – pracownik socjalny; XXXX – numer wywiadu; M – mężczyzna, K – kobieta; Y – numer wywiadu przeprowadzony tego samego dnia.

Bibliografia

Hing N., Russell A., Gainsbury S., Nuske E., „The Public Stigma of Problem Gambling: Its Nature and Relative Intensity Compared to Other Health Conditions”, *Journal of Gambling Studies*, published online 20 October, 2015, 1-18.

Petry N.M., Blanco C., Auriacombe M., Borges G., Bucholz K., Crowley T. et al., „An Overview of rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5”, *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 2014, 493-502.

Pulford J., Bellringer M., Abbott M., Clarke D., Hodgins D., Williams J., Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 2009, 19-32.

Slutske W.S., Blaszczynski A., Martin N.G., „Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey”, *Twin Research & Human Genetics*, 12(5), 2009, 425-432.

St-Pierre R., Walker D., Derevensky J., Gupta R., „How Availability and Accessibility of Gambling Venues Influence Problem Gambling: A Review of the Literature”, *Gaming Law Review & Economics*, 18(2), 2014, 150-172.

Suurvali H., Hodgins D., Toneatto T., Cunningham J., „Treatment seeking among Ontario problem gamblers: results of a population survey”, *Psychiatric Services*, 59(11), 2008, 1343-1346.

Volberg R.A., Nysse-Carris K.L., Gerstein D.R., „California problem gambling prevalence survey. Final Report”, 2006, available on 12.01.2016 http://www.standupca.org/reports/CA_Problem_Gambling_Prevalence_Survey-Final_Report.pdf

Trójskładnikowa teoria postaw z założenia daje możliwość konstruowania działań systemowych. Zastosowanie jej w partyworkingu jest możliwe zarówno w działaniach profilaktycznych, jak i w programach redukcji szkód, prowadzonych nawet jednocześnie w tych samych miejscach. Autorom tych oddziaływań teoria ta daje podstawę naukową, umożliwiającą zarówno uporządkowanie stosowanych technik i klasyfikację celów, jak i przeprowadzenie rzetelnej ewaluacji.

TRÓJSKŁADNIKOWA TEORIA POSTAW JAKO PODSTAWA PLANOWANIA DZIAŁAŃ PARTYWORKERSKICH

Ireneusz Siudem, Joanna Siudem

Towarzystwo Nowa Kuźnia

Wprowadzenie

Kluby młodzieżowe, puby, dyskoteki są coraz częstszym miejscem działań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii. W Polsce z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2001–2002 zaczęło funkcjonować kilka takich programów. Obecnie jest ich ponad trzydzieści i ciągle jest to liczba niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Entuzjaści tego typu działań napotykają liczne trudności. Jedną z nich jest mała przychylność właścicieli i organizatorów imprez, którzy często upatrują w działaniach partyworkerskich próby negatywnej oceny ich działalności, mogącej spowodować zmniejszenie frekwencji na imprezach. Inną trudnością jest sprostanie wymaganiom narzucającym konieczność konstruowania programów na podstawie naukowych koncepcji, dające możliwość badania sku-

teczności realizowanych działań. Ewaluacja staje się tym bardziej trudna, gdyż nie ma koncepcji naukowych związanych z działaniami partyworkerskimi. Wymagałoby to przeprowadzenia konkretnych projektów badawczych w tym zakresie. Z drugiej strony działania partyworkerów odznaczają się dużą różnorodnością. Można tu wymienić sporadyczne wizyty pracowników poradni na imprezach, które traktowane są jako element rutynowej pracy i mają na celu utrzymanie kontaktu z klientami. Prowadzone są również systematyczne działania partyworkerów na imprezach, mające na celu nawiązanie kontaktu z osobami wymagającymi pomocy oraz doprowadzenie do sytuacji udzielenia tej pomocy. Istnieją programy, w których jako cel stawia się modyfikację przebiegu imprezy oraz ograniczenie używania na niej substancji psychoaktywnych. Te ostatnie klasyfikuje się jako programy profilaktyczne w prze-

ciwieństwie do większości działań partyworkerskich, które powszechnie funkcjonują w sferze redukcji szkód. W artykule tym zaprezentowano trójskładnikową teorię postaw, która może pomóc w uporządkowaniu i zaplanowaniu różnych działań partyworkerskich, stanowiąc jednocześnie naukową podstawę tworzonego programu. Inspiracją do wykorzystania tej koncepcji było porównanie celów i sposobów działań partyworkerskich podczas masowych imprez młodzieżowych, dużych dyskotek, imprez w klubach z celami kampanii społecznych, prowadzonych w zakresie przeciwdziałania narkomanii. W jednym i w drugim przypadku celem oddziaływania jest duża, zróżnicowana grupa ludzi. Bezpośredni kontakt ze wszystkimi członkami tej grupy jest niemożliwy. W jednym i drugim przypadku oczekuje się konkretnej zmiany zachowania. Dotyczy to zarówno programu redukcji szkód, w którym osoba uzależniona musi podjąć decyzję o podjęciu leczenia, bezpieczniejszym zażywaniu środków itp., jak i działań profilaktycznych, w efekcie których osoba przestanie interesować się narkotykami lub przestanie z nimi eksperymentować. W obu tych przypadkach zmiana zachowania wymaga zmiany lub modyfikacji postaw, wobec konkretnej sfery rzeczywistości, np. wobec radzenia sobie z uzależnieniem – w pierwszym przypadku lub też wobec narkotyków – w drugim. W konstrukcji reklam, działania mające na celu modyfikację postaw, są stosowane z powodzeniem od lat 70., dlatego w dalszej części artykułu poza definicjami postaw oraz opisem teorii trójskładnikowej i jej zastosowania w działaniach partyworkerskich, zaprezentowane zostały przykłady dwóch znanych kampanii społecznych, realizowanych w zakresie przeciwdziałania narkomanii, będących również ilustracją wykorzystania koncepcji zmiany postaw.

Definicja postawy

Termin „postawa” został wprowadzony przez W.J. Thomasa i F. Znanieckiego we wstępie do *Polish Peasant in Europe and America*, dla oznaczenia procesów indywidualnej świadomości determinujących zarówno aktualne, jak i potencjalne reakcje każdej osoby wobec świata społecznego. Według autorów postawa występuje zawsze wobec jakiejś wartości, natomiast za wartość uznają „jakikolwiek fakt mający empiryczną treść, dostępną dla członków

określonej grupy społecznej i znaczenie, zgodnie z którym jest albo może być obiektem działania” (za: Marody, 1976). Praca Znanieckiego i Thomasa przyczyniła się do wzrostu zainteresowania problematyką postaw. W Polsce tematyką tą zajmowali się m.in. S. Nowak, T. Mądrzycki i S. Mika. Ich badania w tym zakresie oraz rozwój psychologii społecznej spowodowały, że definicja postawy podlegała ciągłym przemianom i uproszczeniom. Obecnie, zgodnie z poglądem podzielanym przez większość psychologów społecznych, przyjmuje się, że postawą wobec dowolnego obiektu (zdarzenia, osoby) ogólnie można określić „względnie stałą skłonność do pozytywnego lub negatywnego ustosunkowania się człowieka do tego obiektu” (Wojciszke, 2000). Ustosunkowanie to może mieć charakter zarówno emocji, jak i mniej lub bardziej chłodnej oceny obiektu. Określone jest na kontinuum od stosunku skrajnie negatywnego (odrzuć obiektu) do stosunku skrajnie pozytywnego (całkowita akceptacja obiektu). Mądrzycki (1977) wyróżnił kluczowe właściwości postawy, którymi są: znak (pozytywny bądź negatywny) oraz natężenie (większe lub mniejsze), a także funkcja, zakres czy złożoność. Jednakże większość badań i teorii koncentruje się jedynie na znaku i natężeniu postawy (Wojciszke, 2000).

Koncepcje postaw

Wśród licznych teorii dotyczących problematyki postaw można wyodrębnić trzy grupy (Mika, 1982):

1. Teorie nawiązujące do tradycji behawiorystycznej lub psychologii uczenia się.
2. Teorie odnoszące się do koncepcji socjologicznej, w której zwraca się uwagę na stosunek nosiciela postawy do jej przedmiotu.
3. Teorie nawiązujące do koncepcji poznawczych w psychologii.

W pierwszych z nich szczególną uwagę zwraca się na zachowanie osobnika, jego reakcje wobec przedmiotów świata zewnętrznego. Podkreśla się, że zachowania te są powtarzające i konsekwentne – pojawiają się ilekroć występuje dana sytuacja czy dany przedmiot i które, co więcej, są do siebie podobne. Przedstawicielami tego nurtu są m.in. W.A. Scott, W.M. Fuson czy D. Droba (Mika, 1982).

Koncepcje nawiązujące do tradycji socjologicznej zwracają uwagę na stosunek osoby mającej daną postawę. Podkreślali to już Zaniecki i Thomas. Ich następcy określają ten

stosunek jako oceniający bądź emocjonalny. L.L. Thurstone przez postawę rozumie stopień natężenia pozytywnego lub negatywnego uczucia związanego z danym obiektem. Inni badacze, którzy także kładą nacisk na aspekt emocjonalny i oceniający to H.A. Murray, C.D. Morgan i M. Fishbein (Mika, 1982).

Koncepcje oparte na założeniach psychologii poznawczej, przyjmują, że postawa to nie tylko określone zachowanie czy stosunek oceniający lub emocjonalny wobec danego przedmiotu, lecz również odnoszące się do niego elementy poznawcze. Taki sposób rozumienia postawy jest utożsamiany z poglądami S.E. Ascha, M.J. Rosenberga, D. Krecha czy R.S. Crutchfielda (Mika, 1982).

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że na postawę składają się trzy, powiązane ze sobą elementy (Mądrzycki, 1977; Mika, 1982):

- poznawczy,
- uczuciowo-motywacyjny (emocjonalny),
- behawioralny (działanie i reakcje ekspresywne).

A zatem postawę można określić jako względnie stałą i zgodną organizację poznawczą, uczuciowo-motywacyjną i behawioralną podmiotu, związaną z danym przedmiotem czy grupą przedmiotów. W związku z tym można wyróżnić w postawie stronę wewnętrzną (wiedza i uczucia), która w znacznym stopniu może być uświadamiana i poddawana badaniom introspekcyjnym, a także stronę zewnętrzną (zachowanie), dostępną obiektywnemu poznaniu (Mądrzycki, 1977, Mika, 1982). Podobne rozumienie postawy prezentuje M.B. Smith, który także wyodrębnia składnik afektywny, poznawczy oraz behawioralny. Ponadto przyjmuje się, że Smith był pierwszym badaczem, który zaproponował trójskładnikową definicję postawy (Nowak, 1973).

Większość klasycznych teorii postaw opiera się na przedstawionej powyżej trójskładnikowej definicji. Pomimo iż koncepcja ta powstała około czterdzieści lat temu, obecnie na jej fundamentach powstaje wiele nowych teorii (Wojciszke, 2000). Są to m.in. modele perswazyjne, dwutorowe, poznawcze, postpoznawcze, jedno- lub dwukomponentowe, których podstawy teoretyczne różnią się od klasycznego rozumienia mechanizmu powstawania postawy. Jednakże biorąc pod uwagę uniwersalność, sprawdzoną skuteczność oraz powszechność stosowania w reklamach trójskładnikowej teorii postaw, koncepcja ta została wybrana również jako podstawa planowania działań partywotwórczych. Pozostałe korzyści wynikające

z przyjęcia tej teorii jako podstawowej zostaną omówione w dalszej części artykułu.

Mechanizmy zmiany postaw

Modyfikacja zachowania to główne zadanie, jakie stawiają specjaliści, terapeuci, profilaktycy, jak i partywotwórcy. To właśnie dlatego problematyka postaw w psychologii społecznej cieszy się niezwykle popularnością, gdyż istnieje przekonanie o silnym związku między postawą danego człowieka a jego zachowaniem. Oznacza to, że jeżeli dana osoba ma pozytywną postawę na dany temat, to będzie przejawiać zachowania wyrażające aprobatę wobec danego obiektu, a z kolei negatywnej postawie będą towarzyszyć zachowania wyrażające potępienie czy zwalczanie (Wojciszke, 2000). W tej sytuacji można założyć, że zachowanie człowieka zmieni się wraz z postawą, zaś najistotniejsze jest wiedzieć, jak tego dokonać.

Możliwości takie dają liczne mechanizmy psychologiczne, które z powodzeniem mogą być stosowane w działaniach na terenie imprez młodzieżowych, klubów i dyskotek. Jeden z najpopularniejszych opisuje teoria dysonansu poznawczego. Jej autorem L. Festinger. Twierdzi on, że zachowanie, które w jakimś sensie jest niezgodne z posiadaną postawą, wywołuje uczucie dyskomfortu – ludzie czują się źle, jeśli podejmują działania, które nie są zgodne z ich własnymi postawami. Na przykład osoba młoda, która czasami używa narkotyków, ponieważ uważa, że wszyscy to robią, może poczuć dyskomfort, gdy z wiarygodnego dla niej źródła dowiedzie się, że narkotyków używa niewielki odsetek młodych ludzi i że nie jest to niczym normalnym. Wówczas w człowieku powstaje motywacja, by pozbyć się tego dysonansu. Jeżeli osoba nie znajdzie odpowiedniego wyjaśnienia dla swojego zachowania, jedynym rozwiązaniem, jakie jej pozostanie, to zmiana postawy i związanego z nią zachowania (Crisp, Turner, 2009). Mechanizm ten odwołuje się do sfery poznawczej również w tym sensie, że do zmiany postawy można doprowadzić poprzez przekazanie człowiekowi sprzecznych z posiadanymi na dany temat informacji.

Innym mechanizmem jest oddziaływanie perswazyjne. W przeciwieństwie do dysonansu poznawczego, który prowadzi do zmiany postawy na skutek wewnętrznej niezgodności informacji, perswazja opiera się na zmianie postawy spowodowanej wyłącznie informacją zewnętrzną. Jest to niezwykle ciekawe zjawisko, gdy ludzie pod wpływem np. reklam telewizyjnych czy kampanii wyborczych

zmieniają swoje dotychczasowe poglądy. Mechanizm tych zmian tłumaczy teoria dwutorowości perswazji (Crisp, Turner, 2009). Zakłada ona, że istnieją dwie drogi, którymi przekaz perswazyjny może spowodować zmianę postawy. Ścieżki te różnią się pod względem intensywności wysiłku poznawczego potrzebnego do rozpracowania przekazu i zawartej w nim argumentacji. Są to: tor centralny i tor peryferyjny. Tor centralny jest bardziej skuteczny w sytuacji, gdy ludzie są zmotywowani i zdolni do dokładnego przemyślenia jego treści przekazu. W tym przypadku na ludzi wpływa siła i jakość argumentów. Tor peryferyjny jest bardziej skuteczny, gdy ludzie nie mają ochoty lub nie są w stanie przeanalizować dokładnie treści przekazu. W takiej sytuacji zwracają oni uwagę nie na jakość argumentów i siłę przekazu, tylko na jego atrakcyjność czy wielkość. Ma to duże znaczenie podczas konstruowania materiałów informacyjnych przekazywanych przez partyworkerów podczas imprez, może też być istotne, jeśli chodzi o wybór sposobu dystrybucji i przekazu materiałów. Inaczej powinna być skonstruowana ulotka, jeśli wiemy, że uczestnik imprezy przeczyta ją następnego dnia w skupieniu, a inaczej plakat, na który uczestnicy będą zerkać z daleka, ukradkiem, podczas zabawy na imprezie. W tym kontekście należy pamiętać, że partyworker jest również źródłem przekazu, a informacje przez niego przekazywane będą wywierały różny wpływ w zależności od sytuacji. Czasami większe znaczenie będzie miała treść i argumenty, jakich używa, w innych sytuacjach, by osiągnąć swój cel, będzie musiał bardziej zadbać o wygląd i sposób zachowania.

Istotny jest fakt, że postawy ukształtowane torem peryferyjnym są słabsze i bardziej podatne na kontrargumenty, w przeciwieństwie do postaw, które powstały torem centralnym. Wynika to z tego, że postawy ukształtowane torem peryferyjnym nie opierają się na zrozumieniu przekazu (Crisp, Turner, 2009).

Ciekawym mechanizmem zmiany postaw, możliwym do zastosowania podczas działań na imprezach młodzieżowych, jest perswazja oparta na modelu procesualnym McGuire (1985). Model ten zakłada, że efektywność komunikatu perswazyjnego zależy od co najmniej czterech wymienionych poniżej etapów jego przetwarzania:

1. Uwaga – komunikat musi zostać zauważony przez odbiorcę. Na przykład uczestnik imprezy w klubie musi dostrzec plakaty czy ulotki mówiące o negatywnych skutkach używania narkotyków, np.

zachęcające do brania udziału w imprezach bez narkotyków.

2. Zrozumienie – warunek ten zakłada, że odbiorca rozumie przekaz, np. ulotka o negatywnych skutkach używania narkotyków jest napisana językiem, który jest dostosowany do wieku odbiorcy.
3. Uleganie – akceptacja argumentów. Młody człowiek po przeczytaniu ulotki lub plakatu zgadza się z jej treścią, decyduje się nie używać narkotyków na imprezie.
4. Utrzymywanie zmiany – postawa ukształtowana pod wpływem perswazji utrzymuje się w czasie. Uczestnik imprezy, udając się do innego klubu, także zrezygnuje z sięgnięcia po narkotyki w trakcie zabawy.

Opisane tu modele mogą być skutecznymi narzędziami, służącymi do zmiany postaw, a co za tym idzie zachowania, w tym przypadku uczestników imprez młodzieżowych. Należy jednak zwrócić uwagę, że wywodzą się one z koncepcji poznawczych i do tej sfery funkcjonowania człowieka w dużej części się odwołują. Fakt ten niektórzy badacze traktują jako wadę, polegającą na bagatelizowaniu sfery emocjonalnej w kształtowaniu postawy oraz działań bezpośrednio stymulujących ludzkie zachowanie. Natomiast w trójskładnikowej teorii postaw można usunąć te ograniczenia.

Zmiana postaw – kampanie społeczne

Przy tworzeniu reklam powszechnie stosowana jest trójskładnikowa teoria postaw. Już Tadeusz Mądrzycki w 1977 roku pisał, że najwyższą skuteczność zmiany postawy osiąga się, oddziałując jednocześnie na wszystkie trzy jej składniki: poznawczy, emocjonalny i behawioralny (Mądrzycki, 1977).

W przypadku reklamy komercyjnej postawy wobec marki są zazwyczaj niezbyt silne oraz mało stabilne, więc łatwiej je zmienić pod wpływem dobrze skonstruowanej reklamy, niż ma to miejsce w przypadku postaw zmienianych w reklamach i kampaniach społecznych. Przykładem może być postawa wobec alkoholu – jest ona silna, gdyż często wiąże się z uzależnieniem. Jest również stabilna, gdyż jeżeli ktoś lubi pić alkohol, to rzadko kiedy nagle to zmienia. Jest też złożona. Ma charakter ambiwalentny, a wręcz część skojarzeń na temat alkoholu może być ukryta. Zmiana takiej postawy wobec alkoholu czy narkotyków może być dużo trudniejsza niż w przypadku np. postawy

wobec proszku do prania lub płynu do mycia naczyń (Maliszewski, 2007).

Próby zwiększenia skuteczności oddziaływania reklam społecznych spowodowały wzrost zainteresowania przekazem opartym na emocjach, a szczególnie emocjach pozytywnych. Jest to związane z wynikami badań prowadzonych w tym zakresie, na podstawie których w dalszym ciągu nie da się ustalić, jaki jest optymalny poziom natężenia negatywnych emocji w przekazie reklamy, który może skutecznie wpływać na zmianę postawy (Maliszewski, 2007, Petrykowska, 2014). Przekazowi emocjonalnemu towarzyszy oczywiście przekaz intelektualny oraz instrukcje behawioralne.

Przykładem pierwszych tego typu działań w Polsce jest kampania „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”, zrealizowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2005 i 2006 roku. Kampania była skierowana do rodziców i opiekunów dzieci w wieku szkolnym i była pierwszą w Polsce kampanią społeczną, która nie odwoływała się do emocji negatywnych, ale pozytywnie wzmacniała rodziców i opiekunów jako ważnych uczestników prewencyjnych działań antynarkotykowych. Kampania miała na celu ukształtowanie określonej postawy, w tym przypadku rodzicielskiej, dlatego można dokonać jej analizy w kontekście trzech składowych postawy:

1. Element poznawczy – jednym z celów kampanii było wyposażenie rodziców w podstawową wiedzę na temat sztuki wychowania, profilaktyki rodzinnej, a także substancji psychoaktywnych. Główny przekaz kampanii, z którym konfrontowali się rodzice (już na poziomie pierwszego kontaktu z plakatem kampanii), mówił o tym, że konkretne działania rodzicielskie mogą przekładać się na ochronę dzieci i młodzieży przed używaniem substancji psychoaktywnych.
2. Element emocjonalny – graficzne przedstawienie plakatu i hasło „Bliżej siebie, dalej od narkotyków”, a także inne treści przekazywane w kampanii miały na celu wzbudzenie w odbiorcach przekazu (rodzicach) określonych emocji pozytywnych: bliskości, zaangażowania, otwartości, szacunku – emocji, które towarzyszą tworzeniu i utrzymywaniu prawidłowej więzi emocjonalnej między rodzicem a dzieckiem.

3. Element behawioralny – kampania bezpośrednio pokazuje odbiorcom, jakie działania powinny podjąć, by ustrzec swoje dziecko przed sięgnięciem po substancje psychoaktywne. Na plakacie można znaleźć konkretną informację: „Rozmawiaj więcej ze swoim dzieckiem”, a także „Staraj się zrozumieć swoje dziecko” – zachęta do zwiększenia częstotliwości kontaktów między rodzicami a dziećmi. Ponadto na plakacie jest podany numer do antynarkotykowego telefonu zaufania, a także strona internetowa Antynarkotykowej Poradni Internetowej – co umożliwia rodzicom podjęcie określonych działań, w sytuacji szukania pomocy czy dodatkowych informacji.

Kampania ta odwołuje się do wszystkich trzech składników postawy – emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego, co ma perspektywicznie umożliwić jej zmianę. Jest to jednak cel odległy i idealistyczny, dlatego podkreślić należy, że już sama realizacja działań, uporządkowanych wg trzech składowych, ma duże znaczenie profilaktyczne, zanim cel ostateczny zostanie osiągnięty.

Drugim przykładem kampanii, która także opiera się na wyżej przedstawionej teorii postaw, jak i na pozytywnym przekazie, jest kampania „Narkotyki? Na co mi to”. Działania w ramach tej kampanii rozpoczęły się w 2011 roku z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W przeciwieństwie do kampanii „Bliżej siebie, dalej od narkotyków”, kampania „Narkotyki? Na co mi to” skierowana była nie do rodziców, a do młodzieży, głównie przed inicjacją narkotykową oraz do osób już eksperymentujących z narkotykami.

Również i w tym przypadku trzy składowe postawy pozwoliły na wyodrębnienie, dookreślenie i ukierunkowanie działań prowadzonych w ramach kampanii:

1. Element poznawczy – kampania „Na co mi to” jest pierwszą w Polsce kampanią informującą o tym, że większość młodych ludzi nie używa narkotyków, co ma potwierdzenie w badaniach naukowych. Poznawcza funkcja kampanii ma na celu kształtowanie przekonania, że nieużywanie narkotyków jest obecnie normą wśród nastolatków.
2. Element emocjonalny – kampania ma wzbudzać pozytywne uczucia w odbiorcach (młodzieży), tj. radość, satysfakcję, poczucie spełnienia, które można uzyskać, oddając się aktywnościom promowanym przez kampanię (widać to na plakatach).

3. Element behawioralny – jednym z zadań kampanii jest zaproponowanie młodym ludziom, jak można żyć, bawić się, uczyć czy pracować bez udziału narkotyków. Na plakatach prezentowani są nastolatki uprawiający różne sporty czy realizujący pasje, np. jazda na deskorolce.

W ten sposób skonstruowane kampanie, wykorzystujące trzy składowe postawy, umożliwiają zaplanowanie, przygotowanie i przeprowadzenie działań, które wydają się być kompletne w stosunku do założonych celów. Należy podkreślić jednak, że nawet jeśli idealistyczny i dalekosiężny cel, jakim jest zmiana postaw, nie zostanie osiągnięty, to i tak odnoszone są korzyści związane z realizacją poszczególnych zadań. W tym wypadku w pierwszej kampanii jest to zwiększenie świadomości dotyczącej roli więzi rodzinnych jako czynnika chroniącego przed używaniem substancji psychoaktywnych. W drugiej kampanii chodzi o zaakcentowanie roli, jaką pełni rozwój zainteresowań oraz prawidłowe zagospodarowanie czasu wolnego w profilaktyce uzależnień.

Cele działań partyworkerskich

Działania partyworkerskie w większej części zaliczane są do programów redukcji szkód, których celem jest zmniejszenie zdrowotnych i społecznych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, przy czym cel ten nie musi być osiągnięty poprzez ograniczenie używania tych substancji?

W tym kontekście istotne są dwa pytania, pierwsze: co chcemy osiągnąć, idąc na imprezę młodzieżową?, i drugie: w jaki sposób to zrobić?

Obecnie działania partyworkerskie sytuują się pomiędzy dwoma skrajnymi podejściami, które wyznaczają cele realizowanych programów. W pierwszym z nich zakłada się, że imprezy młodzieżowe powinny być wolne od narkotyków, gdyż tylko wtedy są bezpieczne. W związku z tym nadrzędnym celem oddziaływań w takich miejscach jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych, w idealnym przypadku do zera. Drugie podejście zakłada, że wyeliminowanie używania substancji nie jest możliwe, a jego próby mogą doprowadzić do nasilenia niebezpiecznych sytuacji, chodzi m.in. o migrację osób używających narkotyków z imprez do innych miejsc pozbawionych kontroli oraz mniej higienicznych, używania substancji „szkodliwych” – niewiadomego pochodzenia, rozwoju „podziemia” narkotykowego. Zwolennicy drugiego po-

dejścia często są za legalizacją narkotyków, która według nich zmniejszyłaby penalizację oraz ryzyko zatruć substancjami. Jednocześnie podkreślają konieczność rozwoju form pomocy osobom uzależnionym oraz używającym problemowo.

Jak można się spodziewać, oba podejścia narzucają również różne formy działania partyworkerów. W pierwszym są to działania zmierzające do zmiany postaw wobec substancji psychoaktywnych, promowanie trzeźwości i ograniczanie możliwości używania w konkretnym miejscu. W drugim podejściu dominują kontakty motywujące do podjęcia leczenia, zmiany stylu używania na bezpieczniejszy, skorzystania z pomocy specjalisty, czyli również wymagają modyfikacji postaw i zachowania.

Okazuje się, że oba podejścia nie muszą się całkowicie wykluczać, choć mają związek z nasileniem zjawiska narkomanii na danym terenie. Pierwsze z nich dominuje w środowiskach o małym nasileniu zjawiska, małej liczebności osób na imprezach młodzieżowych, małej anonimowości, dużej kontroli społecznej oraz przekonaniu władz i dorosłych mieszkańców, że narkomanię można wyeliminować. Na imprezach w takich miejscach większość osób nie używa narkotyków, jednak są tam osoby uzależnione i używające substancji psychoaktywnych oraz zdarza się, że organizacja imprezy, jej treść, dobór muzyki, zachowanie didżeja mogą sprzyjać używaniu. Drugie podejście jest charakterystyczne dla środowisk o dużym nasileniu narkomanii, w tym dużych imprez, gdzie powszechnie uznano, że skoro zjawiska nie można ograniczyć, należy zadbać przede wszystkim o bezpieczeństwo osób używających. Takie postępowanie jest typowe dla działań mających na celu redukcję szkód. Natomiast pierwsze podejście bardziej sprzyja działaniom profilaktycznym.

Pomiędzy opisywanymi, skrajnymi podejściami istnieje oczywiście kontinuum, natomiast konflikty pomiędzy ich zwolennikami słabną po zrozumieniu przez nich środowiskowych przyczyn różnic w postawach wobec zjawiska narkomanii, dlatego w praktyce podejścia te nie muszą się całkowicie wykluczać. Najistotniejszym jest wybór działań dostosowanych do specyfiki miejsca (rodzaju imprezy – klubu – środowiska – miasta – regionu). Natomiast w uporządkowaniu ich może pomóc trójskładnikowa teoria postaw, podobnie jak miało to miejsce w opisanych wcześniej kampaniach społecznych.

Planowanie działań partyworkerskich

Po raz pierwszy trójskładnikowa teoria postaw została zastosowana w programie „Ograniczania używania substancji psychoaktywnych w dyskotekach”, realizowanym przez Towarzystwo Nowa Kuźnia w Lublinie. W celu skonstruowania programu przeprowadzono badania wśród ponad 3000 młodych ludzi z województwa lubelskiego, nauczycieli, dorosłych – rodziców oraz obsługi i właścicieli dyskotek i klubów młodzieżowych. Jednym z istotnych efektów badań było określenie struktury uczestników imprez ze względu na używanie substancji psychoaktywnych. Okazało się, że struktura ta jest zróżnicowana: ponad 50% uczestników nie używa substancji. W drugiej połowie największą część stanowią użytkownicy alkoholu. Innych substancji psychoaktywnych używa ok. 25% wszystkich uczestników imprez, w tym 10% używa ich systematycznie na imprezach (na każdej imprezie), ok. 8% to osoby używające problemowo, a 2% to osoby uzależnione. Struktura ta zmienia się nieznacznie w zależności od rodzaju imprezy. Do najczęściej używanych narkotyków należą: marihuana, pochodne amfetaminy i mefedron.

Ukazana tu struktura pomogła podjąć decyzję o tym, by program ukierunkować na ograniczanie używania substancji oraz uchronić pozostałych uczestników (50% nieużywających) przed niekorzystnymi decyzjami. Specyficznej pomocy wymagały również osoby używające, używające problemowo i uzależnione. Jednocześnie liczebność uczestników uniemożliwiała nawiązanie bezpośredniego kontaktu z każdym z nich. Ta sytuacja upodobiła społeczność dyskotekową do adresatów kampanii społecznych, czyli mieszkańców określonego środowiska, zróżnicowanych pod wieloma względami oraz tak licznych, że wymaga to zastosowania, w dużej części, technik wpływu pośredniego.

Doprecyzowanie konstrukcji programu umożliwiły wnioski z badań osób używających substancji psychoaktywnych podczas imprez. Na ich podstawie stwierdzono, że: dyskoteki i kluby to miejsca sprzyjające używaniu środków, jednak osoby biorące narkotyki przyjmują je również w innych miejscach, a nie tylko na imprezach. Przyczyną inicjacji narkotykowej w dyskotekę jest przede wszystkim wpływ towarzystwa, następnie ciekawość i chęć ucieczki od problemów. Za istotne powody brania narkotyków w klubach i dyskotekach wymieniano również chęć lepszej zabawy, szpan i modę.

Używanie substancji psychoaktywnych (również na imprezach) zależy w dużej mierze od sytuacji rodzinnej, szkolnej i umiejętności zaspokajania potrzeb młodego człowieka. Chodzi przede wszystkim o to, że niekorzystna sytuacja i deprywacja potrzeb zwiększa podatność na uzależnienia, której podstawową składową jest podwyższone napięcie emocjonalne. Często towarzyszy mu poczucie niezadowolenia z siebie, rozdrażnienie lub stan depresyjno-lękowy.

Większość potrzeb młodzieży w okresie dojrzewania koncentruje się wokół przeżywanych emocji, związków międzyludzkich, atrakcyjności i sprawności fizycznej. W tym kontekście uczestnictwo w imprezach sprzyja zaspokajaniu tych potrzeb.

Charakterystyczne elementy dyskoteki, klubów, pubów, takie jak muzyka transowa, stroboskopowe światła itp., sprzyjają odprężeniu, zmniejszeniu poczucia kontroli i atmosferze bliskości – podobnie jak narkotyki, zmniejszające napięcie emocjonalne i znoszące zahamowania w kontaktach społecznych.

Ważnym czynnikiem sprzyjającym używaniu środków na imprezach klubowych jest brak odpowiednich reakcji ze strony dorosłych. Chodzi tu o skuteczne zakazy oraz oddziaływania socjotechniczne, mające na celu zmniejszenie negatywnego wpływu rówieśników. Chęć do używania środków podtrzymuje istnienie w świadomości młodzieży nieprawdziwych poglądów na temat ich działania, przeznaczenia i funkcji społecznej. Poglądy te służą zwykle uzasadnieniu potrzeby brania i jednocześnie ukryciu prawdziwych przyczyn sięgania po środki. Uzyskane wyniki badań, w tym opisane wnioski, pozwoliły na skonstruowanie modelu ukazującego przyczyny używania substancji podczas imprez młodzieżowych (rys. 1).

Analizując model, odwołujący się oczywiście do trójskładnikowej teorii postaw, można dość precyzyjnie zaplanować działania w klubie, na imprezie, dyskotekę czy cykl imprez. Istotą jest jednocześnie oddziaływanie na czynniki występujące w trzech sferach. Celami częściowymi tych działań będzie, w sferze emocjonalnej: osłabienie skojarzenia atmosfery imprez z narkotykami i z perspektywą zaspokojenia potrzeb. W sferze poznawczej – redukcja sytemu usprawiedliwień, zmiana źródła dowartościowania. W sferze behawioralnej – osłabienie działania negatywnych wzorców, wzmocnienie działania pozytywnych. Prawidłowo zaplanowane i zrealizowane działania powinny zamienić zaznaczone na zielono wpisy w modelu na kolejno: po narkotykach nie ma szans na

zaspokojenie potrzeb, gdy biorę nie jestem OK, branie tu jest niemożliwe.

Podsumowanie

Przedstawiony artykuł ma przede wszystkim na celu pokazanie możliwości, jakie daje trójskładnikowa teoria postaw w planowaniu działań partyworkerskich. Ze względu jednak na duże zróżnicowanie w tych działaniach oraz celach, jakie są w nich stawiane, zrezygnowano z prezentowania konkretnych technik, chcąc tym samym uniknąć narzucania i sugerowania gotowych rozwiązań, mając również na uwadze to, że program lubelski zalicza się do oddziaływań profilaktycznych, a nie, jak większość działań imprezowych, do programów redukcji szkód. Poza tym program konstruowany był dla konkretnego środowiska, różniącego się pod wieloma względami od innych regionów Polski.

W celu zaplanowania konkretnego działania w ramach każdej ze składowych postawy należy przede wszystkim przeprowadzić badania, dające możliwość poznania m.in. specyficznej dla danego regionu i środowiska sytuacji związanej z substancjami psychoaktywnymi, wiedzy o substancjach psychoaktywnych i stosowanego systemu usprawiedliwień, emocji i potrzeb związanych z używaniem substancji podczas imprez, źródeł przyzwolenia na używanie narkotyków.

Trójskładnikowa teoria postaw z założenia daje możliwość konstruowania działań systemowych, czego przykładem

mogą być opisane kampanie społeczne. Zastosowanie jej w partyworkingu jest możliwe zarówno w działaniach profilaktycznych, jak i w programach redukcji szkód, prowadzonych nawet jednocześnie w tych samych miejscach. Autorom tych oddziaływań teoria ta daje podstawę naukową, umożliwiającą zarówno uporządkowanie stosowanych technik i klasyfikację celów, jak i przeprowadzenie rzetelnej ewaluacji.

Bibliografia

- Crisp R.J., Turner R.N., „Psychologia społeczna”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- LaPierre R.T., „Attitudes vs. actions”, *Social Forces*, 13, 1934, 230-237
- Maliszewski N., „Koń trojański w reklamie społecznej”, *Medical Tribune Polska*, Warszawa 2007.
- Marody M., „Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy: analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1976.
- Mądrzycki T., „Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw”, WSiP, Warszawa 1977.
- McGuire W.J., „Attitudes and attitude change. Handbook of social psychology”, 2, 1985.
- Mika S., „Psychologia społeczna”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1982.
- Nowak S., „Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych” (w:) S. Nowak (red.), *Teorie postaw*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1973.
- Petrykowska J., „Sposoby wywierania wpływu na adresatów reklamy społecznej”, *Acta Universitatis Nicolai Copernici Zarządzanie*, 40, 2014, 39-46.
- Wojciszke B., „Postawy i ich zmiana” (w:) J. Strelau (red.), *Psychologia. podręcznik akademicki, tom 3 – Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.

Rys. 1. Model przyczyn używania substancji podczas imprez młodzieżowych.



Na czele klasyfikacji dotyczącej zapotrzebowania na leczenie z powodu używania amfetaminy znajduje się Wielka Brytania, ze wskaźnikiem 2673 osoby, a następnie Polska, Belgia, Holandia i Węgry. Kraje o najmniejszym zapotrzebowaniu na leczenie z powodu amfetaminy to Cypr i Portugalia (tylko jeden klient na kraj) oraz Malta, Rumunia i Słowenia (dwóch klientów).

NARKOTYK ZWANY AMFETAMINĄ

Jessica Nali

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Krótką historia leku i jego zastosowania medyczne

Amfetamina jest lekiem zsyntetyzowanym po raz pierwszy na Uniwersytecie w Berlinie w 1887 roku przez Lazara Edeleanu, rumuńskiego chemika, który zdecydował się nazwać tę substancję fenyloacetylopropyloaminą, o symbolu chemicznym C₉H₁₃N.

37 lat po jej odkryciu, substancja ta została opatentowana w roku 1924 dzięki badaniu przeprowadzonemu przez amerykańskiego chemika Gordona Allesa, którego celem było znalezienie syntetycznego substytutu farmakologicznego składnika przeszli: efedryny. W owym czasie składnik ten był bardzo skuteczny w leczeniu astmy, jednak jego uzyskanie było bardzo skomplikowane.

Założona w 1830 roku w Filadelfii firma farmaceutyczna Smith-Kline and French rozpoczęła sprzedaż amfetaminy w 1932 roku w formie inhalatora do nosa pod nazwą handlową Benzedryna, który był dostępny bez recepty. Substancja ta przeznaczona była dla osób zmagających się z katarą sienną, przeziębieniami i astmą. Jednak Agencja Żywności i Leków (FDA – agencja rządu Stanów Zjednoczonych), której zadaniem jest troska o zdrowie i bezpieczeństwo obywateli – w 1959 roku rozpoczęła regulację wprowadzania tego leku na rynek z uwagi na znaczne rozprzestrzenienie się i nadużywanie wyżej wymienionej substancji. W związku z tym od tego momentu Benzedrynę można było dostać jedynie, będąc w posiadaniu recepty od lekarza.

Od tamtego czasu, oprócz nadużywania substancji oraz korzystania z niej w charakterze środków wykrztuśnych przez osoby cierpiące na astmę, w niektórych krajach, takich jak Stany Zjednoczone, amfetamina jest wciąż używana pod ścisłą kontrolą w celach terapeutycznych: przepisuje się ją w ramach leczenia zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD), otyłości, choroby Parkinsona i narkolepsji.

W szczególności środki wykrztuśne mają tendencję do rozszerzania mięśni gładkich oskrzeli, ułatwiając oddychanie. Będąc w użyciu leki, dzielą się na trzy kategorie: agoniści receptorów β 2-adrenergicznych, leki przeciwmuskarynowe lub przeciwcholinergiczne oraz metyloksantyny będące naturalnymi środkami wykrztuśnymi występującymi w krzewie herbacianym, jednak również – w mniejszych ilościach – w kawowcu i kakaowcu.

W przypadku zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD), a także leczenia psychoterapeutycznego, osoby z tym zespołem w najtrudniejszych przypadkach mogą być poddane leczeniu farmakologicznemu. Wśród stosowanych leków, oprócz antydepresantów, takich jak atomoksetyna, oraz środków przeciw nadciśnieniu, takich jak guanfacyna, używane są również leki psychostymulujące, takie jak chlorowany metylofenidat – pochodna amfetaminy występująca pod nazwą handlową Ritalin – oraz substancje psychostymulujące na bazie amfetaminy występujące pod nazwą handlową Adderall.

Wyreżyserowany w 2000 roku przez Darrena Aronofskiego film „Requiem dla snu” pokazuje, jak powszechne jest stosowanie amfetaminy w Ameryce w ramach leczenia otyłości. Niemniej jednak warto zauważyć, że takie tabletki odchudzające na bazie amfetaminy mają bardzo mocne działanie, dlatego leczenie nigdy nie może trwać przez dłuższy czas, ponieważ metabolizm łatwo przyzwyczaja się do tej substancji, powodując wzrost tolerancji do momentu zablokowania pożądanego efektu. Podczas spożywania tych tabletek metabolizm przyspiesza, ale w momencie przerwania leczenia – powraca on do poprzedniego stanu i ponownie zwalnia. U osób starszych bardzo łatwo może wystąpić choroba Parkinsona. Jednym z głównych skutków tej choroby jest zmniejszenie poziomu neuroprzekaźnika zwanego dopaminą, produkowanego przez komórki nerwowe w istocie czarnej, odpowiedzialne za harmonijny ruch

ciała. W związku z tym w momencie, gdy choroba Parkinsona pojawia się na skutek degeneracji neuronów, osoba cierpi na drżenie rąk, ramion, nóg, szczęki i głowy, sztywność tułowia i kończyn, spowolnienie ruchów (bradykineza), niestabilność postawy oraz zaburzenia równowagi.

Leki na bazie amfetaminy mogą być również stosowane w ramach leczenia narkolepsji i hipersomnii. W tym wypadku również najczęściej przepisywanym lekiem jest metylofenidat (pod nazwą handlową Ritalin – stosowany także w leczeniu zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi).

Należy również odnotować, że amfetamina, podobnie jak inne narkotyki uznawane za doping, jest regularnie zażywana przez wielu zawodowych sportowców w celu zwiększenia siły fizycznej, obniżenia poczucia zmęczenia wynikającego z ciągłego stresu fizycznego, jakiemu są poddawani, oraz w celu utrzymania szczupłej figury, a w konsekwencji do poprawy osiągnięć sportowych i zwiększenia szans na wygraną.

Dowodzi tego między innymi Graziano Gasparre, który w 2013 roku zdecydował się na udzielenie wywiadu, w którym przyznał, że w czasie jego kolarskiej kariery nie tylko zażywał kokainę, ale także amfetaminę, która doprowadziła do powstania u niego guza odcyłu.

Zastosowania militarne

Walczyć bez poczucia zmęczenia, idź, nie patrząc przed siebie, a wszelki strach zniknie – to słowa syryjskiego handlarza narkotykami dotyczące substancji psychotropowej na bazie amfetaminy i teofiliny, sprzedawanej pod nazwą handlową Captagon, której aktywnym składnikiem jest fenetylina, związek o wzorze chemicznym $C_{18}H_{23}N_5O$, po raz pierwszy zsyntetyzowany w 1961 roku przez niemiecką firmę Degussa AG.

Zażywanie tego leku powoduje skutki uboczne zbliżone do tych, wywoływanych przez kokainę. Wśród tych skutków można wyróżnić: depresję, ospałość, bezsenność, niedożywienie, ciężką toksyczność naczyniową powodującą niedokrwienie i krwawienie; natomiast główne efekty fizjologiczne to podwyższona temperatura ciała, przyspieszone tętno, przyspieszony oddech oraz podwyższone ciśnienie. Pośród pożądaných skutków można zaobserwować znaczny spadek apetytu, wzrost tolerancji na ból i zmęczenie, a przede wszystkim zwiększone poczucie siły i wrażenie bycia niezwyciężonym.

Nieprzypadkowo substancja ta była używana podczas różnych działań wojennych oraz wiosną 2011 roku w Kijowie; z tych samych powodów siła, odwaga, moc i zaciekłość bojówek Państwa Islamskiego – Daesh przypisywane są działaniu Captagonu. Podobne skojarzenia przychodzi na myśl siła, odwaga, moc i zaciekłość grupy zbrojnej Al-Nusra oraz „zachodnich” członków Wolnej Armii Syrii (FSA).

Farmakologiczne aspekty amfetaminy

Struktura i wzór chemiczny amfetaminy – $C_9H_{13}N$ – oraz waga molekularna 135,2 g/mol pozwala wywnioskować, że związek ten tworzony jest przez obecność grupy metylowej i grupy fenylowej. Ponadto amfetamina, substancja psychostymulująca ośrodkowy układ nerwowy, występuje jako sympatykomimetyk lub amina adrenergiczna o bezpośrednim działaniu imitującym efekty stymulacji współczulnego układu nerwowego (odpowiedzialnego za reakcje ataku i ucieczki), powodowanym uwolnieniem pewnych neuroprzekazników, takich jak noradrenalina i acetylocholina za pomocą zakończeń nerwów pozazwojowych.

Wśród efektów można wyróżnić rozszerzenie źrenic, łzawienie oraz zwężenie naczyń tętniczych, w konsekwencji powodujące podwyższone ciśnienie, stymulację gruczołów nadnerczy, rozszerzenie oskrzeli i przyspieszone tętno.

Amfetamina, oprócz wzrostu noradrenaliny, powoduje również podwyższenie poziomu serotoniny i przede wszystkim dopaminy w jądrze półleżącym, wywołując spadek uczucia głodu, pragnienia i zmęczenia, a w konsekwencji zwiększenie poziomu koncentracji i poprawę nastroju.

W dzisiejszych czasach speed jest najbardziej rozpowszechnioną na rynku nielegalną formą amfetaminy. Na ogół narkotyk ten występuje w formie gęstego białego proszku i jest częściej przyjmowany donosowo lub wciągany nosem, niż połykany lub wstrzykiwany. W pierwszym wypadku efekty działania pojawiają się po 3 lub 5 minutach – zazwyczaj są one intensywne, ale trwają krócej (od 8 do 12 godzin) niż w przypadku podania dożylnego. Problemem związanym z wdychaniem jest możliwa zmiana funkcji noszdrzy, ponieważ istnieje prawdopodobieństwo, że część substancji nie zostanie wchłonięta i utknie w przegrodzie nosowej. W tym wypadku należy dokładnie wypłukać nos, aby

usunąć resztki substancji. W przypadku połknięcia efekty pojawiają się najczęściej po upływie 30 do 60 minut, jednak utrzymują się one dłużej, choć nie są tak intensywne jak podczas wdychania substancji. Mimo iż jest to najmniej niebezpieczny sposób podawania tej substancji, zaleca się zawsze owinąć ją papierową torebką przed zażyciem, ponieważ w tym wypadku największym ryzykiem jest to, że związek uszkodzi zęby, powodując ich erozję. Natomiast w przypadku podania dożylnego efekty mogą być na tyle intensywne, że mogą spowodować wstrzymanie akcji serca i doprowadzić do śmierci, ponieważ serce może nie wytrzymać takiej stymulacji. Jest to zatem najbardziej niebezpieczny sposób zażywania tej substancji, ponieważ bardzo często – jeżeli nie zawsze – procent czystości substancji, wahający się od 5 do 50%, nie jest znany konsumentowi.

Niezależnie od sposobu zażywania substancji, jest ona rozprowadzana w całym organizmie, ponieważ pokonuje barierę krew–mózg, po raz pierwszy odkrytą przez Paula Ehrlicha. Składa się ona z dwóch podstawowych mechanizmów, których zadaniem jest ochrona układu nerwowego, zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego, przed możliwym zatruciem poprzez regulację transportu substancji zarówno do mózgu, jak i z mózgu.

Najbardziej dotknięty jest układ krążenia z uwagi na nadciśnienie spowodowane działaniem noradrenaliny na alfa-receptory, podczas gdy działanie tego samego neuroprzekaźnika na beta-receptory serca powoduje pewne rodzaje arytmii, np. tachykardię. Pojawiają się również zmiany w jelitach, powodujące zwiększoną perystaltykę. Niemniej jednak nie są to jedyne efekty, jakie wywołuje speed; w rzeczywistości do krótko- i długoterminowych skutków zalicza się również suchość w ustach, obniżony apetyt, podwyższoną temperaturę ciała, poczucie bycia niezwykczonym, przypływ energii, gadatliwość, euforię, zwiększoną koncentrację, zmniejszenie spoczynku, zaburzenia zachowania i nastroju, zatrzymanie moczu, brak witamin, nieuzasadnione zmęczenie i osłabienie (hipersomnia idiopatyczna), psychozę, śpiączkę, konwulsje i śmierć w wyniku przedawkowania.

Amfetamina występuje również jako substancja chiralna, ponieważ posiada dwa enancjomery zwane dektroizomerem i lewoizomerem, które nie mogą się na siebie nakładać, ponieważ występują jako obrazy o charakterze spekulacyjnym. Koncepcja chiralności w rzeczywistości wywodzi się z greckiego słowa „χείρ” i oznacza *dłoń*. W związku z tym amfetamina racemiczna definiowana jest jako związek,

w którym obecne są dwa enancjomery w stosunku 1:1, jeżeli oba z nich występują w związku w 50%.

Aby zsyntetyzować tę substancję, należy użyć amoniaku (NH₃) lub hydrazyny (N₂H₄), które działają na fenylacetone, powodując redukcję aminową. Na kolejnym etapie dodanie dwóch atomów wodoru doprowadzi do utworzenia dwóch enancjomerów. Natomiast w celu oddzielenia dwóch izomerów związek racemiczny można mieszać z solą za pomocą kwasu L-winowego.

Podobnie jak w przypadku wszystkich ciężkich narkotyków stałe zażywanie amfetaminy powoduje wzrost tolerancji, przez co osoba zażywająca amfetaminę, z czasem jest zmuszona zwiększać dawkę, aby osiągnąć taki sam efekt jak przy zażyciu pierwszych dawek. Ponadto okres półtrwania amfetaminy (12-15 godzin) powoduje stałą obecność dużych stężeń tej substancji we krwi, co może mieć tragiczne konsekwencje i doprowadzić do śmierci. Ważne jest, aby rozróżnić dawki wysokie i niskie, ponieważ nie każda osoba zażywająca tę substancję psychotropową będzie od niej uzależniona. W rzeczywistości uzależnienie psychiczne jest w większości przypadków powodowane częstym stosowaniem dużych dawek amfetaminy.

Sytuacja epidemiologiczna

Jednym z podstawnych źródeł informacji o skali używania substancji psychoaktywnych są badania młodzieży szkolnej realizowane co cztery lata w ramach projektu ESPAD. Skala używania amfetaminy została uzupełniona o używanie innego stymulanta: kokainy.

Wykres 1 przedstawia odsetki badanych w różnych państwach używających przynajmniej raz amfetaminy lub kokainy. Na podstawie danych z badań wśród 15–16-latków można stwierdzić, że amfetamina była bardziej popularna niż kokaina w niektórych wschodnich krajach Unii Europejskiej. Natomiast wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia kokainy był większy niż w przypadku amfetaminy w Albanii, Belgii, Danii, Francji, we Włoszech, na Litwie, Malcie, w Monako, Portugalii, Rumunii, Słowacji, Słowenii, Hiszpanii i Szwecji. W pozostałych krajach, takich jak Cypr, Czechy, Finlandia, Macedonia, Gruzja, Islandia, Irlandia, Liechtenstein, Mołdawia, Czarnogóra, Holandia, Norwegia, Polska i Ukraina, można za to zaobserwować taki sam poziom użycia amfetaminy i kokainy. Niezależnie od tego państwem o największym wskaźniku spożycia amfetaminy i kokainy wśród 15–16-latków –

i to na podobnym poziomie – jest Bułgaria, a na drugim miejscu Polska.

Warto również odnotować fakt, że wskaźnik użycia amfetaminy lub kokainy jest mniejszy niż w przypadku konopi indyjskich; szacunki EMCDDA z raportu opublikowanego w 2016 roku dotyczące spożycia narkotyków w UE wykazują, że wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia konopi u dorosłych (15–64 lata) wynosił 87,7 mln (26,3%) w porównaniu z 12,5 mln (3,8%) w przypadku amfetaminy. W krajach UE realizowane są badania w populacji generalnej, na podstawie których można określić skalę używania amfetaminy i kokainy. Wykres 2 pokazuje odsetki użycia amfetaminy w młodszej grupie wiekowej (15–34 lata), który był wyższy niż w przypadku kokainy w takich krajach, jak Węgry, Austria, Słowacja (1,2% w przypadku amfetaminy i 1,1% w przypadku kokainy), Łotwa, Bułgaria, Chorwacja, Litwa, Dania (9,7% w przypadku amfetaminy i 9,6% w przypadku kokainy), Czechy i Finlandia, nawet jeżeli wziąć pod uwagę różne lata analizy danych, co utrudnia próbę porównania i analizy danych dotyczących młodszej grupy wiekowej. Natomiast kokaina spożywana jest częściej niż amfetamina w takich krajach, jak Grecja, Irlandia, Cypr, Niemcy (5,4% w przypadku amfetaminy i 5,5% w przypadku kokainy), Portugalia, Słowenia, Rumunia, Hiszpania, Francja, Włochy, Holandia, Norwegia i Wielka Brytania.

Podobny wskaźnik użycia obu substancji (po 2,4%) można zaobserwować w Polsce. Jedynym krajem, w którym dostępne są tylko dane dotyczące amfetaminy (0,1%), jest Turcja.

Bez wątpliwości można stwierdzić, że państwa o największym wskaźniku użycia kokainy w młodszej grupie wiekowej to Wielka Brytania, Irlandia i Hiszpania, gdzie różnica w użyciu tych dwóch substancji jest bardzo wyraźna. Natomiast najwyższy wskaźnik użycia amfetaminy w młodszej grupie wiekowej można zaobserwować w Danii, Wielkiej Brytanii, Holandii i Irlandii. Jeżeli zaś chodzi o państwa, w których można zauważyć wyraźną przewagę amfetaminy nad kokainą, są to Węgry, Litwa, Czechy i Finlandia.

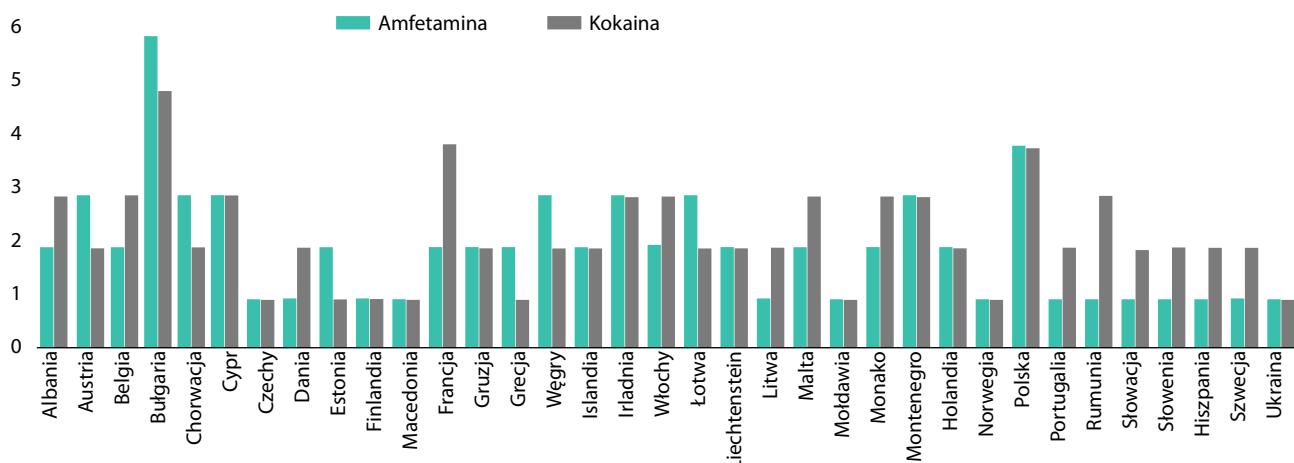
Wykres 3 pokazuje, że kokaina zawsze była czystsza niż amfetamina we wszystkich badanych krajach. Jedynym wyjątkiem widocznym na wykresie jest Szwecja, gdzie w 2015 roku amfetamina była czystsza niż kokaina, choć różnica była niewielka.

W 2015 roku najwięcej przypadków konfiskaty kokainy miało miejsce w pięciu krajach Europy Zachodniej, Hiszpanii, Belgii, Portugalii oraz we Francji i Włoszech. Natomiast najwięcej przypadków konfiskaty amfetaminy miało miejsce zwłaszcza w Niemczech, Polsce i Hiszpanii, ale także – w mniejszych ilościach – w Szwecji, Norwegii, Finlandii, Danii, Francji, Belgii, Bułgarii i Turcji.

Hiszpania, Belgia i Francja znajdują się w obu klasyfikacjach, jednak w przypadku tych trzech krajów różnica między dwoma zestawieniami dotyczy tylko ilości kilogramów skonfiskowanych w 2015 roku, ponieważ we wszystkich tych krajach ilość skonfiskowanej kokainy była wyższa niż w przypadku amfetaminy.

Kolejnym wskaźnikiem, który warto wziąć pod uwagę, są dane dotyczące zgłaszalności do leczenia z powodu

Wykres 1. Wskaźnik przynajmniej jednokrotnego użycia amfetaminy i kokainy w poszczególnych krajach (%) – 2015 rok.



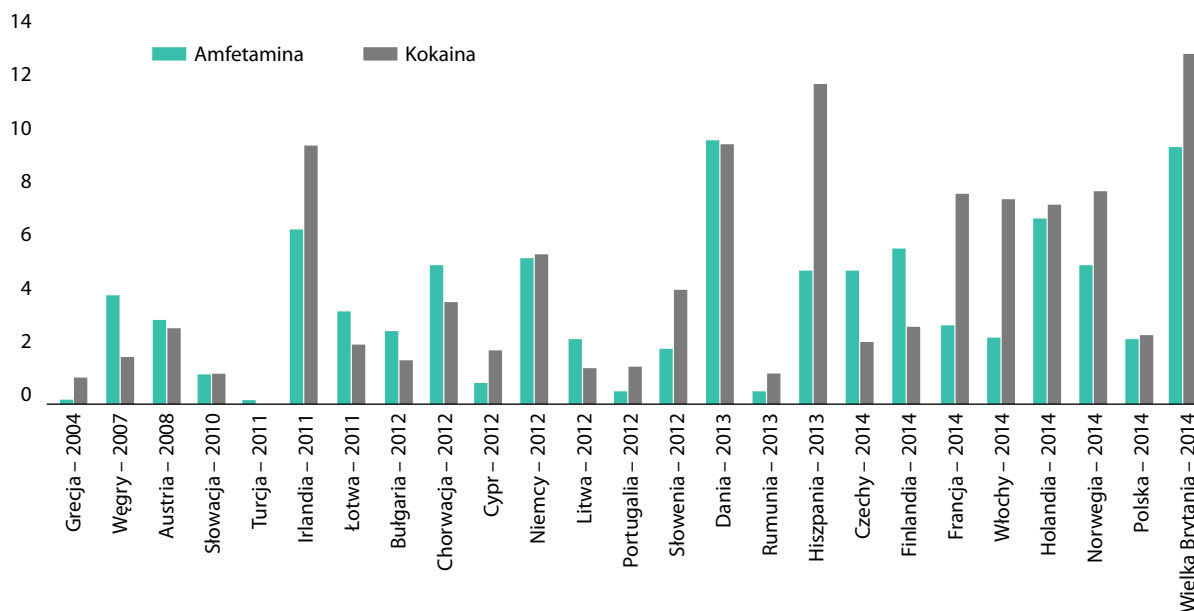
Źródło: Raport ESPAD z 2015 roku.

narkotyków, zbierane przez kraje w ramach TDI (*treatment demand indicator*).

Dane przedstawione w tabeli 2 wskazują, że na czele klasyfikacji dotyczącej zapotrzebowania na leczenie z powodu używania amfetaminy znajduje się Wielka Brytania, ze wskaźnikiem 2673 osoby, a następnie Polska, Belgia, Holandia i Węgry. Natomiast w klasyfikacji dotyczącej zapotrzebowania na leczenie z powodu używania kokainy przoduje również Wielka Brytania,

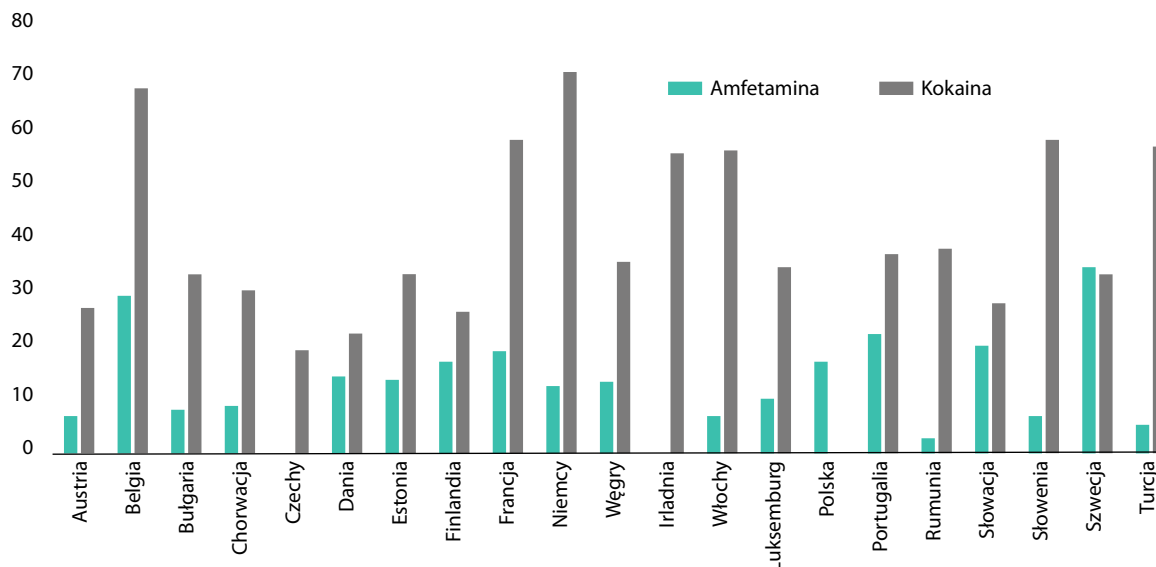
a następnie Włochy, Niemcy, Holandia, Francja i Belgia. Kraje o najmniejszym zapotrzebowaniu na leczenie z powodu amfetaminy to Cypr i Portugalia (tylko jeden klient na kraj) oraz Malta, Rumunia i Słowenia (dwóch klientów na kraj). Państwa o najmniejszym zapotrzebowaniu na leczenie z powodu kokainy to Estonia (jeden klient) oraz Litwa i Łotwa (odpowiednio 5 i 6 klientów). W interpretacji danych należy wziąć pod uwagę liczbę ludności w poszczególnych krajach,

Wykres 2. Wskaźnik użycia amfetaminy i kokainy w populacji generalnej wśród osób w wieku 15-34 lata (%). Badania reprezentatywne.



Źródło: Biuletyn Statystyczny 2016 (EMCDDA).

Wykres 3. Czystość amfetaminy i kokainy (średnia, %) – 2015 rok.



Źródło: Biuletyn Statystyczny 2016 (EMCDDA).

Tabela 1. Konfiskata amfetaminy i kokainy w 2015 roku (w kg).

	Amfetamina	Kokaina
Austria	15,9	30,9
Belgia	199	9293
Bułgaria	182,7	26,9
Chorwacja	13,9	5,8
Cypr	0	31,8
Czechy	0,4	5,4
Dania	292	90
Estonia	31,1	2,8
Finlandia	298	6,3
Francja	260	6876
Niemcy	1411,3	1576,9
Grecja	1,4	297,2
Węgry	16	39,7
Włochy	3,3	3865,8
Łotwa	6,3	7,9
Litwa	3,8	116,1
Luksemburg	0,07	4,7
Malta	0	5,3
Norwegia	315	149
Polska	782,9	31,5
Portugalia	1,9	3715,2
Rumunia	3,9	34
Słowacja	0,1	0,02
Słowenia	21,4	182
Hiszpania	561,6	21 685
Szwecja	413,4	29
Turcja	127,9	393,2

Źródło: Biuletyn Statystyczny 2016 (EMCDDA).

która bardzo się różni np. między Wielką Brytanią i Cyprzem. Dlatego też przyjrzymy się, jak wygląda porównanie liczby osób zgłaszających się do leczenia z powodu amfetaminy i kokainy. Znaczną różnicę dotyczącą zapotrzebowania na leczenie spowodowane tymi substancjami widać w takich krajach, jak Cypr, Francja, Grecja, Irlandia, Włochy, Malta, Holandia, Portugalia, Rumunia, Słowenia i Wielka Brytania, gdzie liczba klientów zgłaszających się do leczenia z powodu kokainy jest wyższa niż liczba klientów podejmujących leczenie z powodu amfetaminy. Natomiast w Estonii, na Węgrzech, na Łotwie, Litwie i w Polsce liczba klientów leczących się z powodu amfetaminy jest wyższa

Tabela 2. Zapotrzebowanie na leczenie – liczba klientów, którzy podjęli leczenie z powodu używania amfetaminy lub kokainy (dane za 2015 rok).

	Amfetamina	Kokaina
Austria	123	288
Belgia	1047	1809
Bułgaria	50	28
Chorwacja	86	132
Cypr	1	110
Czechy	19	27
Dania	–	–
Estonia	11	1
Finlandia	78	–
Francja	200	2530
Niemcy	–	4932
Grecja	5	239
Węgry	584	86
Irlandia	45	828
Włochy	77	12 165
Łotwa	110	6
Litwa	73	5
Luksemburg	–	54
Malta	2	279
Holandia	700	2791
Norwegia	–	84
Polska	1806	98
Portugalia	1	385
Rumunia	2	21
Słowacja	14	23
Słowenia	2	25
Hiszpania	–	–
Szwecja	138	259
Turcja	–	134
Wielka Brytania	2673	12 236

Źródło: Biuletyn Statystyczny 2016 (EMCDDA).

niż w przypadku kokainy. Niemniej jednak można stwierdzić, że kraje o największej zgłaszalności na leczenie w przypadku obu substancji to Wielka Brytania (14 909), Włochy (12 242), Niemcy (trzecie miejsce przy braku danych dotyczących leczenia z powodu amfetaminy), Holandia (3491), Belgia (2856), Francja (2730), a następnie – na siódmym miejscu – Polska (1904). Natomiast kraje o najmniejszej zgłaszalności na leczenie to Estonia (12), Rumunia (23), Słowenia (27) i Słowacja (37).

Według najnowszego raportu EMCDDA w 2016 roku udało się wykryć po raz pierwszy poprzez europejski system wczesnego ostrzegania 66 nowych substancji psychoaktywnych; średnio oznacza to ponad jedną substancję na tydzień. Obecnie system EMCDDA monitoruje ponad 620 nowych substancji psychoaktywnych w stosunku do 350 w roku 2013. Liczba ta obejmuje 24 nowe fentanyl – silne opioidy. Kontakt z najmniejszą nawet ilością fentanyli może powodować zatrucie, będące zagrożeniem dla życia, co znajduje swoje odzwierciedlenie we wzroście odnotowanych przypadków śmiertelnych w wyniku ich zażycia (np. w wyniku zażycia karfentanylu w 2016 roku w Europie zmarło 60 osób).

NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – CORAZ GROŹNIEJSZE

Artur Malczewski

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

Skala używania NSP w Polsce

Wyniki monitorowania realizowanego przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wskazują na zmiany we wzorach używania narkotyków w różnych grupach w związku z pojawieniem się nowych substancji psychoaktywnych. Największe zmiany zaszły wśród osób zmarginalizowanych. Co dwa lata realizowane jest ogólnopolskie badanie w tej grupie za pomocą wywiadów kwestionariuszowych. Na podstawie wyników kilku pomiarów realizowanych od 2008 roku wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek można zaryzykować hipotezę o rosnącej skali używania nowych substancji psychoaktywnych wśród osób zmarginalizowanych. Analizując dokonane pomiary, należy stwierdzić wzrost używania mefedronu w ciągu ostatniego miesiąca z 10% w 2010 roku do 36% w 2014 roku wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek. W 2016 roku nastąpił spadek do 24%, jednakże jakkolwiek NSP zażyło 40% badanych. W tym samym czasie zmniejszyło się używanie amfetaminy z 60% (2010 rok) do 29% (2016 rok), heroiny z 50% do 17%, polskiej heroiny z 45% do 15%. W przedstawionym okresie nastąpił wzrost używania metadonu z 30% do 47%. Wyniki badania wskazują na wzrost popularności nowych substancji psychoaktywnych oraz metadonu. Warto przyrzeć się, jakie substancje były deklarowane jako

najbardziej problemowe. Co piąty badany deklarował, że najwięcej problemów sprawiają mu nowe substancje psychoaktywne (21%). Podobny odsetek wskazywał na opiaty (22%). Amfetamina była wymieniana tylko przez 5% badanych.

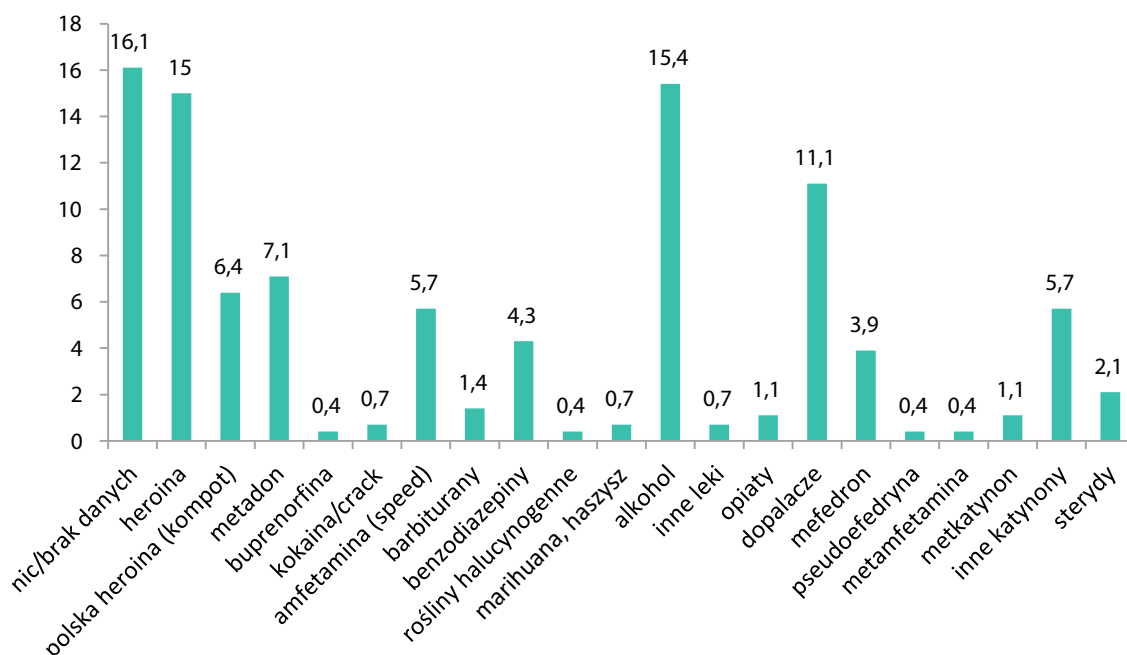
W przypadku używania narkotyków przez młodzież możemy odnotować inny trend. Ostatnie badanie Fundacji CBOS i KBPN przeprowadzono na przełomie listopada i grudnia 2016 roku wśród uczniów z 82 szkół (N=1724)¹, a ich wyniki wyraźnie wskazują na spadek używania NSP. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi substancjami w 2016 roku, jest na takim samym poziomie jak w 2008 roku (3,5%). W ciągu ostatniego roku NSP używało 1% badanych, podobnie jak w ciągu ostatniego miesiąca. Są to najniższe wskaźniki od początku prowadzonego badania, czyli od 2008 roku. Według deklaracji z 2008 roku po NSP „kiedykolwiek w życiu” sięgnęło 3,5% uczniów, w 2010 roku odsetek deklaracji wzrósł do 11%. Do kontaktu z NSP w ciągu roku poprzedzającego badanie z 2010 roku przyznało się 7% uczniów (wobec 3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (2% w 2008 roku). Wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania NSP. Do kontaktu z tymi substancjami „kiedykolwiek w życiu” przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010 roku (5%), a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich „w ciągu ostatniego roku” (spadek z 7% do 2%); odsetek osób sięgających po nie „w ciągu ostatnich 30 dni”

wyniósł natomiast 1%. Analizując skalę używania, warto odnieść się do innych badań ogólnopolskich, które pokazują stabilną sytuację wśród młodszych (15-16 lat), a spadek wśród starszych uczniów (17-18 lat). Wśród gimnazjalistów 10,3%, a wśród starszych uczniów 12,6% używało kiedykolwiek NSP według badania ESPAD z 2015 roku. W porównaniu do roku 2011 odsetek użytkowników NSP wśród młodszej grupy jest taki sam: 10,5%, w starszej odnotowano spadek używania NSP (15,8%)². Według ostatniego pomiaru zrealizowanego przez Fundację CBOS oraz KBPN z 2015 roku w populacji generalnej ich używanie kiedykolwiek w życiu zadeklarował niewielki odsetek badanych 1,3%-2,2% w wieku 15-64 lata³. W ciągu ostatniego roku „dopalacze” używało 0,5% badanych, a miesiąca – 0,2%. Połowa badanych (46%), którzy używali „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku, używała ich w formie proszku lub tabletek. W znacznie mniejszym zakresie sięgano po mieszanki ziołowe (17%), „dopalacze” w formie płynu (17%) oraz w innej formie (17%). Co trzecia osoba kupiła „dopalacze” w internecie (32%). Były również osoby, które zaopatrzyły się w „dopalacze” w specjalnym sklepie (17%). W 2010 roku odnotowano 3% osób, które kiedykolwiek w życiu zażywały „dopalacze”. W pomiarze z 2010 roku pytani o używanie byli tylko respondenci, którzy byli

w sklepie z „dopalaczami”. Porównując zatem wyniki z 2015 roku do roku 2010, trzeba wziąć pod uwagę, że odsetek użytkowników w 2010 roku byłby większy, gdyby nie wstępne kryterium wizyty w sklepie stacjonarnym z „dopalaczami”.

Analizując dane dotyczące sytuacji związanej z NSP, warto przyjrzeć się prawdopodobnym interwencjom medycznym z powodu użycia NSP. Według danych Ośrodka Kontroli Zatruc z Warszawy w 2016 roku odnotowano 4369 prawdopodobnych zatruc z powodu NSP. W 2017 roku od stycznia do sierpnia zatruc było 2945. Wstępne dane pokazują, że w 2017 roku przypadków tych będzie mniej niż w 2016 roku, jednak nadal co miesiąc mamy ponad 300 przypadków zatruc NSP. Są to wskaźniki o wiele wyższe niż np. w roku 2013 (1079 zatruc), kiedy nastąpił duży wzrost zatruc z powodu NSP w porównaniu do roku 2012 (299 przypadków). Rynek nowych substancji psychoaktywnych w Polsce po okresie trzech lat od zamknięcia ponad 1300 sklepów w 2010 roku, zaczął się odradzać. Tuż po zlikwidowaniu sklepów z „dopalaczami” sprzedaż przeniosła się do internetu. W sieci sprzedawane są produkty, które bardzo często nie zawierają informacji, jakiego typu substancja psychoaktywna wchodzi w ich skład. Można również kupić czyste substancje na stronach oferujących je jako materiały do analiz chemicznych,

Wykres 1. Substancja, która zdaniem osób badanych sprawiała im najwięcej problemów (n=280, %).



Źródło: CINN KBPN.

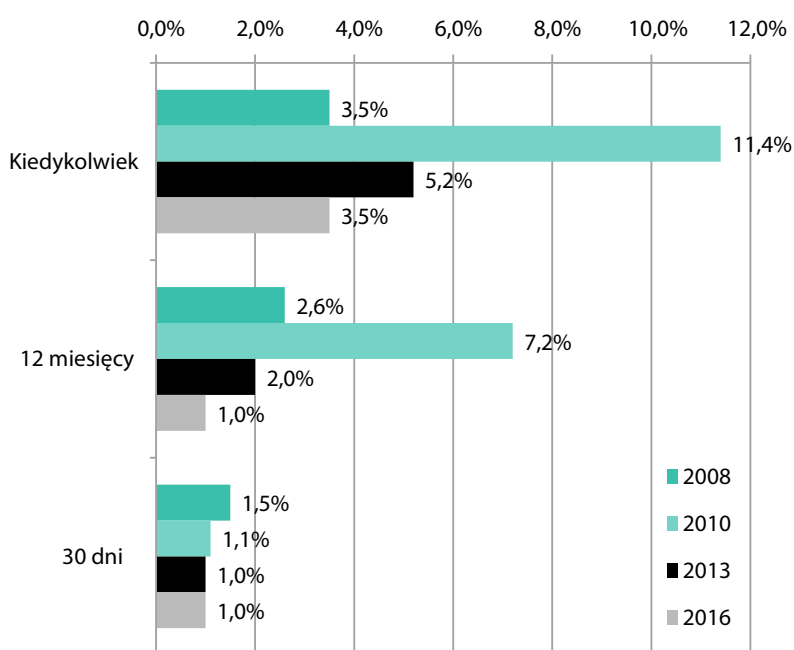
np. odczynniki chemiczne. Niektóre z tych stron funkcjonują w internecie pod hasłem: *research chemicals* (związki chemiczne do badań). W przypadku substancji mamy dokładną informację, co kryje się w opakowaniu sprzedawanym na stronach internetowych. Podana jest również nazwa chemiczna produktu. Jednak jak pokazały wyniki badania I-TREND, co trzeci kupiony „odczynnik chemiczny” zawierał inną substancję niż deklarowaną przez sprzedawcę. Do zakupu „dopalaczy” nie potrzebujemy karty kredytowej czy konta bankowego. Wiele sklepów oferuje możliwość zapłaty przy odbiorze paczki na pocztę lub za pomocą waluty internetowej bitcoin. W przypadku najbardziej popularnych substancji otrzymujemy przesyłkę po 3-4 dniach. Niektóre strony internetowe oferują klientom zbieranie punktów, które można wymienić później na produkty. Inną metodą marketingową jest dodawanie bezpłatnych próbek „dopalaczy” do zamawianych przesyłek. Z badań wynika jednak, że sprzedaż internetowa nie zastąpiła sprzedaży detalicznej. Kolejnym źródłem zaopatrzenia są dilerzy, którzy oferują „dopalacze” obok tradycyjnych narkotyków. W niektórych miastach „dopalacze” sprzedawane są na telefon z dowozem przez taksówkę.

Polska jest krajem, który nie tylko importuje i sprzedaje nowe substancje psychoaktywne, ale jest również

miejszem produkcji. Corocznie wykrywane są miejsca produkcji mefedronu, który mimo zdelegalizowania w 2010 roku, nadal jest sprzedawany przez dilerów. W 2016 roku na Pomorzu zlikwidowano miejsce produkcji 4CMC. Policja przejęła substancję o czarńorynkowej wartości 7 mln złotych. Zabezpieczono prawie 135 kg substancji. Mniejsza fabryka 4CMC została również wykryta na Mazowszu w czerwcu 2016 roku. Według danych MSW w 2016 roku policja oraz Państwowa Inspekcja Sanitarna zorganizowała kilkakrotnie skoordynowane akcje przeciwko 449 punktom sprzedaży stacjonarnej „dopalaczy”. W efekcie zatrzymano 154 osoby i zabezpieczono 236 kg oraz 15 tys. sztuk opakowań nowych substancji psychoaktywnych.

Warto odnotować pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”), które są opioidami z grupy fentanyli. Według danych Narodowego Instytutu Leków w 2012 roku w Polsce pojawił się 4-fluorobutyrfentanyl, z którym związany był przypadek zgonu z powodu iniekcji. 4-fluorobutyrfentanyl dodawany był przez jednego ze sprzedawców w promocji do zamawianych „dopalaczy”. W 2017 roku kontrolą objęto dwa nowe fentanyle. Pierwszy z nich, akrylofentanyl, według danych EMCDDA został wykryty w maju w 2016 roku w Danii. 23 zgony z powodu

Wykres 2. Używanie „dopalaczy” przez młodzież ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych – badanie Fundacji CBOS i KBPN (%).



Źródło: Malczewski, 2016.

zażycia tej substancji odnotowano w Szwecji w lipcu 2017 roku. We wrześniu 2016 roku rozpoczęto procedurę opracowania połączonego raportu (join report EMCDDA oraz Europol) w ramach procedury oceny ryzyka. Omawiany opioid został zabezpieczony w formie płynu, tabletek, proszku oraz kapsułek. W odpowiedzi na zagrożenia wynikające z użycia akrylofentanylu 29 września 2017 roku Unia Europejska podjęła decyzję o objęciu tej substancji kontrolą na terenie Unii. Wdrożenie decyzji Rady Unii Europejskiej było ostatnim etapem trzystopniowej procedury prawnej opracowanej celem reagowania na pojawienie się na rynku potencjalnie szkodliwej nowej substancji psychoaktywnej. Akrylofentanyl jest strukturalnie powiązany z fentanylem, substancją objętą kontrolą i powszechnie stosowaną w medycynie jako uzupełnienie znieczulenia ogólnego

podczas zabiegów chirurgicznych oraz jako środek w leczeniu bólu. Akrylofentanył, dostępny w UE od co najmniej kwietnia 2016 roku, jest sprzedawany jako eksperymentalna substancja chemiczna. Konfiskowany był pod postacią tabletek, kapsułek oraz w formie płynnej, między innymi jako gotowy do użycia spray do nosa. W momencie przeprowadzenia oceny ryzyka (luty 2017 roku) akrylofentanył został wykryty w 6 krajach członkowskich UE. Trzy kraje członkowskie zgłosiły też 47 zgonów związanych z jego użyciem.

Kolejną groźną substancją z grupy fentanyli jest furenylfentanył. 15 listopada 2017 roku Unia Europejska podjęła decyzję o objęciu kontrolą na terenie krajów wspólnoty furenylfentanyłu. Wdrożenie decyzji Rady Unii Europejskiej wynikającej z uprzedniej propozycji ze strony Komisji Europejskiej było ostatnim etapem w trzystopniowej procedurze prawnej opracowanej celem reagowania na pojawienie się na rynku potencjalnie szkodliwej nowej substancji psychoaktywnej. Wspomniana substancja wywołała obawy dotyczące zdrowia publicznego po tym, jak kraje członkowskie zaczęły zgłaszać szkodliwe efekty jej przyjęcia za pośrednictwem europejskiego systemu wczesnego ostrzegania wdrożonego przez EMCDDA i Europol. Drugi z fentanyli jest dostępny w UE co najmniej od czerwca 2015 roku. Informacje uzyskane dzięki konfiskatom pokazują, iż część furanylfentanyłu dostępnego w Europie została wyprodukowana przez przedsiębiorstwa chemiczne w Chinach. Według danych EMCDDA skonfiskowany furanylfentanył miał postać proszku oraz płynu, między innymi gotowego do użycia sprayu do nosa. Był również sprzedawany w postaci płynów do papierosów elektronicznych. W momencie przeprowadzenia oceny ryzyka, w maju 2017 roku, furanylfentanył został wykryty w 16 krajach członkowskich UE oraz Norwegii. Sześć krajów członkowskich zgłosiło też 23 zgony związane z jego użyciem. Silne syntetyczne opioidy są coraz większym zagrożeniem dla zdrowia w Europie i Stanach Zjednoczonych. Według danych EMCDDA w okresie od 2009 do 2016 roku w Europie wykryto 25 nowych syntetycznych opioidów, w tym 18 fentanyli. W 2017 roku EMCDDA wraz z partnerami przeprowadziła dziewięć ocen ryzyka, z których pięć dotyczyła fentanyli (akrylofentanyłu, furanylfentanyłu, 4F-iBF, karfentanyłu oraz THF-F). Doświadczenia

kliniczne pokazują, że nalokson stanowi odtrutkę na zatrucie spowodowane akrylofentanyłem oraz furanylfentanyłem. Kraje członkowskie mają rok na przyjęcie w ustawodawstwie krajowym odpowiednich działań kontrolnych dotyczących dwóch nowych fentanyli.

Nowe rozwiązania prawne w Europie

Wsparciem dla polskich działań w obszarze przeciwdziałania NSP mogą być nowe regulacje UE z 21 listopada 2017 roku, to między innymi wzmocnienie europejskiego systemu wczesnego ostrzegania (EWS) oraz szybszy przebieg procesu oceny ryzyka. Rozwiązania wynikają z propozycji Komisji Europejskiej, na którą składają się: rozporządzenie dotyczące wymiany informacji na temat nowych substancji psychoaktywnych oraz systemu wczesnego ostrzegania oraz procedury oceny ryzyka tychże substancji, nowelizujące rozporządzenie będące aktem założycielskim EMCDDA i dyrektywa rozszerzająca definicję narkotyku o nowe substancje psychoaktywne.

Nowe regulacje zachowują obecną, trzystopniową procedurę reagowania wobec nowych substancji psychoaktywnych, na którą składają się wczesne ostrzeżenie, ocena ryzyka oraz działania kontrolne, a jednocześnie istotnie wzmacniają istniejące procedury poprzez usprawnienie i przyspieszenie procesów zbierania danych i ich oceny. Nowa procedura pozwala na wprowadzenie krótszych terminów realizacji poszczególnych etapów działań prowadzących do delegalizacji substancji w UE. EMCDDA w dalszym ciągu będzie odgrywać wiodącą rolę w monitorowaniu nowych substancji psychoaktywnych raportowanego przez kraje członkowskie wspólnoty w ramach systemu wczesnego ostrzegania. W ciągu dwóch tygodni od przedstawienia przez EMCDDA wstępnego raportu, Komisja Europejska będzie mogła zwrócić się z prośbą o ocenę, w terminie nie dłuższym niż sześć tygodni, czy istnieją zagrożenia związane z konkretną substancją. Na podstawie oceny ryzyka Komisja może zaproponować podjęcie formalnej decyzji o objęciu substancji kontrolą. Następnie Rada Unii Europejskiej oraz Parlament Europejski będą mieć dwa miesiące na to, by przychylić się lub nie do propozycji Komisji. Od wejścia w życie decyzji władze krajowe będą mieć 6, a nie jak dotychczas 12 miesięcy na objęcie substancji kontrolą na terytorium swojego państwa.

Wnioski

Wyniki badań przeprowadzonych wśród młodzieży sugerują zmniejszanie się rozpowszechnienia używania NSP w tej grupie. Z drugiej strony wskaźniki zgonów są dość wysokie, co może wskazywać, że NSP są coraz bardziej niebezpieczne, ponieważ przy zmniejszającej się skali używania zatrucia nie maleją. Działania z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej oraz przede wszystkim z zakresu redukcji szkód wydają się konieczne, aby ograniczyć liczbę zatruć z powodu „dopalaczy” oraz podjąć skuteczne działania adresowane do grup ryzyka. Wyzwaniem dla zdrowia publicznego i bezpieczeństwa publicznego jest znaczne ograniczenie dostępności NSP, które wymaga przede wszystkim zmian prawnych, a przykłady Irlandii czy Wielkiej Brytanii wskazują na skuteczność prawa nazwanego „blanket ban”⁴ w walce z rynkiem NSP. Jednakże tego typu rozwiązania prawne mogą pociągać za sobą również negatywne konsekwencje, jak np. stygmatyzacja osób bezdomnych używających NSP w Manchesterze po wprowadzeniu „blanket ban”. Wyniki badań w populacji generalnej oraz wśród młodzieży wskazują na zmniejszanie się rozpowszechnienia używania

„dopalaczy”, jednak liczba zatruć nadal pozostaje na wysokim poziomie. Może to wskazywać na wzrost szkodliwości „dopalaczy”, jak również na bardziej ryzykowne wzory ich przyjmowania. Ponadto pojawienie się nowych fentanylów może spowodować wzrost zatruć, dlatego też warto realizować działania mające na celu edukowanie użytkowników w zakresie nowych niebezpiecznych substancji w ramach programów redukcji szkód.

Przypisy

- ¹ Raport z badania dostępny jest pod linkiem: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1150305
- ² Raport z wynikami badania ESPAD znajduje się pod linkiem: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1037524
- ³ Raport z wynikami badania znajduje się na stronie CINN KBPN: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=928538
- ⁴ Rozwiązania tzw. „blanket ban” wprowadzono w 2016 roku w Wielkiej Brytanii. Według brytyjskiej definicji: „Substancja psychoaktywna” oznacza każdą substancję, która: (a) jest w stanie wywołać skutek psychoaktywny u osoby zażywającej i (b) nie jest substancją wyłączonej na podstawie innych przepisów. Na użytek Ustawy substancja wywołuje skutek psychoaktywny u danej osoby, jeśli w wyniku działania stymulującego lub depresyjnego na ośrodkowy układ nerwowy, wpływa również na funkcjonowanie psychiczne i stan emocjonalny osoby zażywającej; oraz w osobny sposób należy zapoznać się ze skutkami psychoaktywnymi danej substancji”.

Artykuł stanowi drugą część rozważań na temat najważniejszych etapów modelowego wdrożenia katalogu usług wspierających osoby e-uzależnione bądź zagrożone e-uzależnieniem w polskich gminach i powiatach.

WDRAŻANIE KATALOGU USŁUG SPOŁECZNYCH W ZAKRESIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMU E-UZALEŻNIEŃ W RAMY LOKALNEGO SYSTEMU EDUKACJI CZ. II

Maciej Dębski

Instytut Filozofii, Socjologii i Dziennikarstwa Uniwersytetu Gdańskiego

Prezes Fundacji DBAM O MÓJ Z@SIĘG

Etap czwarty – projektowanie katalogu usług

Etap projektowania to proces powiązanych ze sobą czynności (wydarzeń, interakcji międzyludzkich, międzyinstytucjonalnych) prowadzących do wypra-

cowania projektu katalogu usług szeroko powiązanych ze zjawiskiem e-uzależnienia. Etap projektowania odbywa się na poziomie zlecającego, który w najgorszym przypadku sam decyduje o kształcie usługi. W sytuacji idealnej/optymalnej na tym etapie najlepiej

wywać usługę z udziałem potencjalnych późniejszych wykonawców. To etap, na którym powstaje szczegółowa wizja formy katalogu usług, jego lokalnego charakteru, sposobu wykonania, funkcjonalności itp. Katalog usług postrzegany jest jako zestaw zaplanowanych działań zmierzających do wspierania osób zagrożonych e-uzależnieniem i e-uzależnionych, jak również osób borykających się z problemem powrotu do społecznego życia po przebytej chorobie i odbytych działaniach terapeutycznych. Katalog usług musi być tak projektowany, aby zabezpieczał wdrażanie Modelu, uwzględniając trzy filary profesjonalnego wsparcia: profilaktykę, leczenie oraz integrację:

- **Profilaktyka uniwersalna – ukierunkowana na całe populacje:** działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów e-uzależnień. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka, sprzyjających rozwojowi problemów związanych z nieodpowiednim użytkowaniem nowoczesnych narzędzi komunikacji w danej populacji. Działania uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców, posiadających dzieci w wieku szkolnym itd.
- **Profilaktyka selektywna – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka:** działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemu e-uzależnienia. Profilaktyka selektywna jest z definicji przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym. Zakłada ona oszacowanie czynników sprzyjających angażowaniu się w zachowania problemowe i zastosowanie specyficznych strategii, mających na celu redukcję ryzyka oraz wystąpienia niepożądanych skutków korzystania z nowoczesnych narzędzi komunikacyjnych.
- **Profilaktyka wskazująca** gromadzi działania kierowane do jednostek, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń lub szczególnie zagrożonych rozwojem problemów, wynikających np. z kompulsywnego korzystania z internetu, gier on-line czy z telefonów komórkowych. Cele

profilaktyki wskazującej odnoszą się do zapobiegania rozwojowi uzależnienia, ograniczanie częstości używania lub zmiana wzorów używania nowoczesnych narzędzi komunikacji na mniej „niebezpieczne”, ryzykowne. Działania ukierunkowane są głównie na indywidualną diagnozę przyczyn problemu i podjęcie stosownej interwencji.

- **Leczenie** rozumiane jako uczestnictwo w zaplanowanym procesie terapeutycznym skierowanym do osoby uzależnionej od nowoczesnej technologii. Etap leczenia to etap o charakterze interwencyjnym, w który zaangażowani są nie tylko przedstawiciele ochrony zdrowia, ale również osoby najbliższe.
- **Integracja** rozumiana jako ponowne pełne włączenie w uczestnictwo w życiu społecznym, zawodowym, szkolnym.

Głównymi celami etapu projektowania katalogu usług są:

- **powołanie i kompletowanie zespołu opracowującego kształt i zakres katalogu usług:** w tej części procesu wdrażania usług skierowanych do osób e-uzależnionych bądź zagrożonych e-uzależnieniem ważnym elementem jest jasne określenie, kto powinien być stałym członkiem zespołu, czy w skład zespołu nie powinni wchodzić również członkowie wspomagający, jak również, na jakich zasadach formalno-prawnych członkowie zespołu uczestnicząc w jego pracach. W niniejszym opracowaniu rekomenduje się, aby zespół opracowujący kształt i zakres projektu katalogu usług złożony był z przedstawicieli możliwie najszerzego grona interesariuszy działających na terenie gminy,
- **funkcjonowanie zespołu:** elementem niezbędnym do projektowania usługi jest odpowiednio funkcjonujący zespół ekspertów, którego głównym zadaniem będzie wypracowanie projektu katalogu usług w zakresie problemu e-uzależnień. W ramach jego powołania należy ustalić najważniejsze reguły pracy zespołu, określić szczegółowy harmonogram prac projektowych, jak również określić przewidywany termin dostarczenia gotowego projektu usługi decydem. Nie bez znaczenia jest również ustalenie przepływu informacji między członkami zespołu jak również zasad protokołowania i dostępności wypracowanych w procesie projektowania usługi,

- **ostateczna redakcja treści dotyczącej projektowanej usługi:** jednym z końcowych etapów prac związanych z programowaniem katalogu usług w zakresie zjawiska e-uzależnienia jest ostateczna redakcja treści dotyczącej projektowanej usługi. Głównym celem tej części procesu jest zamknięcie prac merytorycznych, uspoźnienie dotychczas napisanych treści, jak również rozwiązanie najważniejszych problemów i nieścisłości, które pojawiły się w trakcie prac zespołu eksperckiego. Ostatnim elementem w tej części projektowania usługi jest przekazanie wypracowanego projektu dokumentu na poziom decydencki (do prezydenta/wójta/burmistrza),
- **konsultacje społeczne:** w proces projektowania katalogu usług powinna być wpisana zasada bieżącej i otwartej konsultacji postępu prac nad projektem usługi. Przyjęcie partycypatywnej metody wdrażania *Modelu* automatycznie przyczynia się do szerokiego upowszechnienia planowanych działań na rzecz rozwiązywania problemu e-uzależnień.

W diagramie 2 zebrano najważniejsze działania i aktywności, które mogą wypełniać katalog usług w zakresie rozwiązywania problemu e-uzależnień. W sposób świadomy w dalszej części opracowania postanowiono wyróżnić trzy elementy, którym należy przyrzeć się w sposób bardziej wnikliwy. Gdyby spojrzeć na pierwszy wyróżniony element (*promowanie konstruktywnego i społecznie zaangażowanego korzystania z mediów cyfrowych i urządzeń mobilnych*) pod kątem czynników chroniących i czynników ryzyka można z całą stanowczością wskazać, że podejmowanie wszelkich działań zmie-

rzających do promowania kreatywnego korzystania z mediów cyfrowych i urządzeń mobilnych będzie zaliczało się raczej do tych pierwszych, niż powodowało dalszy proces wchodzenia w uzależnienie od nowych technologii. Wskazuje na to J. Pyżalski, formując tezę, że *wciąż brakuje nam pogłębionej wiedzy o tym, co robić, by ci rozwijający się prawidłowo mogli rozwijać się jeszcze lepiej* (Pyżalski, 2017a, s. 291-292). Promowanie konstruktywnego i społecznie zaangażowanego korzystania z mediów cyfrowych i urządzeń mobilnych powinno coraz częściej być udziałem polskich szkół, przedszkoli i innych placówek edukacyjnych. Tak rozumiana profilaktyka odpowiada na najważniejsze założenia, według których:

- współczesne społeczeństwo cyfrowe charakteryzuje się wprost wykładniczym rozwojem nowych technologii, co ma ogromne znaczenie dla społecznego funkcjonowania i życia człowieka w ogóle (rekonstrukcja rynku pracy wraz z redefinicją potrzeb zawodowych (Brynjolfsson, McAfee, 2015, s. 47),
- pojawienie się nowych technologii i ich gwałtowny rozwój przyczynia się do powstawania nowych problemów etycznych związanych z życiem człowieka,
- odpowiedzią na wszechubylność mediów cyfrowych i urządzeń mobilnych powoduje gwałtowny rozwój nurtu transhumanizmu wspierającego potrzebę bliskiego funkcjonowania człowieka i maszyny (Kurzweil, 2016).

Przyjmując wyżej wymienione trzy punkty za fakt, uważam, że myśląc o szkolnej profilaktyce e-za-

Tabela 1. Typologia szans związanych z użytkowaniem internetu przez młodzież i dzieci.

	Odbiorca	Uczestnik	Aktor
Edukacja	Zasoby edukacyjne	Kontakt z innymi osobami o podobnych zainteresowaniach	Samodzielnie inicjowana i wspólna nauka
Udział i zaangażowanie obywatelskie	Globalne informacje	Wymiana informacji pomiędzy zaangażowanymi grupami i osobami, podejmowanie działań prospołecznych (np. e-wolontariat, altruizm internetowy)	Konkretne formy społecznego zaangażowania, podejmowanie działań prospołecznych (np. e-wolontariat, altruizm internetowy)
Kreatywność, wyrażanie siebie	Różnorodność materiałów źródłowych/inspiracji	Zaproszenie do zaangażowania/wyrażania siebie	Treści tworzone przez użytkowników
Tożsamości i związki społeczne	Treści poradnicze dotyczące zdrowia/problemów osobistych	Relacje/komunikacja z innymi	Ekspresja siebie

Źródło: Typologia S. Livingstone, L. Haddon, uzupełnione za J. Pyżalski, 2016, s. 61.

leżnień, należy położyć nacisk nie na zakazywanie uczniom korzystania z Internetu i smartfonów, ile na umiejętne ich wykorzystywanie. Zakładam, że w ciągu najbliższych 5 lat jeszcze bardziej i jeszcze częściej będziemy używali urządzeń mobilnych włączonych do sieci, nowe technologie jeszcze głębiej przenikać będą nasze codzienne działania i zachowania, a polska szkoła będzie jeszcze bardziej cyfrowa. A zatem nie o zakazy tutaj chodzi, lecz o umiejętną pracę z uczniem, prowadzącą do nauki wykorzystywania nowoczesnych rozwiązań technologicznych do:

- rozwijania własnych pasji, zainteresowań,
- podnoszenia swoich kompetencji cyfrowych,
- pomocy innym (rozwój osobowości w kierunku nabywania wartości prospołecznych),
- podnoszenia swojej wiedzy (maksymalizacja zysków, minimalizacja strat),
- nawiązywania realnych znajomości i przyjaźni (rozwój własnej sieci oparcia społecznego).

Potencjalnym skutkiem promowania konstruktywnego i społecznie zaangażowanego korzystania

z mediów cyfrowych i urządzeń mobilnych może być powolne przechodzenie użytkowników sieci z typu ODBIORCY treści cyfrowych w kierunku bycia ich AKTOREM (Livingstone, Haddon, 2009).

Odbiorca treści dokonuje prostej recepcji treści, jednakże pozytywne z nich skorzystanie jest możliwe jedynie wówczas, kiedy odbiorca będzie wiedział, jak znaleźć określone materiały on-line i w jaki sposób dokonać ich prawidłowej selekcji (odrzuć materiały mało wartościowych, *fake newsów*, treści propagandowych czy reklamowych). Rola **uczestnika** charakteryzuje się przede wszystkim ciągłym wchodzeniem w interakcje z innymi uczestnikami sieci (fora dyskusyjne, portale społecznościowe, kanały tematyczne), którzy mają podobne zainteresowania czy światopogląd. **Aktor** samodzielnie inicjuje naukę osób, pełniąc rolę np. administratora lub twórcy jakiegoś kanału

Jeśli przyjąć założenie, że profesjonalna realizacja katalogu usług skierowanych do osób zagrożonych e-uzależnieniem oraz e-uzależnionych powoduje bardziej racjonalne i świadome używanie mediów

Tabela 2. Obszary ryzyka związane z używaniem nowych mediów przez młodzież i dzieci.

	Zagrożenia komercyjne	Zagrożenia związane z przemocą/agresją	Zagrożenia związane ze sferą seksualną	Zagrożenia związane ze sferą wartości
Zawartość (odbiorca treści)	Spam/reklama skierowana do dzieci/szkodliwe treści reklamowe	Treści zawierające sceny agresji/przemocy	Erotyka/pornografia	Treści rasistowskie/ nieprawdziwe treści dotyczące zdrowia/ narkotyków/promowanie nieodpowiednich postaw
Kontakt (uczestnik ziałania inicjowanego przez dorosłych)	śledzenie działań/ zbieranie danych osobistych	Narażenie na stalking/ prześladowanie	Ryzyko spotkania z obcymi/narażenie na molestowanie, wykorzystanie, szantaż	Niewłaściwe treści/ antywartości przedstawiane w kontakcie z osobą dorosłą
Aktor (sprawca lub ofiara)	Podejmowanie takich działań jak hazard/hakerstwo/ piractwo/świadome lub nieświadome wydawanie pieniędzy on-line	Sprawca lub ofiara cyberprzemocy/ produkcja treści agresywnych	Tworzenie/ produkowanie treści, które mogą być zakwalifikowane jako pornografia	Produkowanie przez młodych użytkowników treści zawierających informacje dotyczące negatywnych zachowań zdrowotnych, antywartości

Źródło: Livingstone, S, Mascheroni, G, Staksrud, E. (2015). *Developing a framework for researching children's on-line risks and opportunities in Europe*. London: EU Kids On-line, za J. Pyżalski, 2017b, s. 171.

cyfrowych, naturalną konsekwencją systemowo funkcjonującego modelu będzie ograniczanie różnego rodzaju zagrożeń związanych z używaniem nowych mediów przez młodzież i dzieci. Zagrożenia te mogą być związane nie tylko z funkcjonowaniem on-line komercyjnych podmiotów, które sprzedają swoje produkty użytkownikom sieci, ale również mogą być powiązane z przemocą, sferą seksualną czy sferą wartości. Jak wskazuje J. Pyżalski, *ze względu na charakter zagrożeń internetowych i kontekst rozwojowy, generalną zasadą powinno być korzystanie z otwartych zasobów internetowych przez dzieci w wieku przedszkolnym jedynie przy udziale osób dorosłych. Aplikacje filtrujące czy blokujące treści mogą tu być pomocne, nie zastępują jednak rzeczywistej obecności opiekuna* (2017b, s. 173). Drugi wyróżniony w potencjalnym katalogu usług element nawiązuje do *wsparcia rodziców w zakresie nabywania cyfrowych kompetencji i zwiększania wiedzy o zjawiskach bezpośrednio związanych z problemem e-uzależnienia*, wchodzenia rodziców w świat mediów cyfrowych wspólnie z dzieckiem. Za prof. Pyżalskim uważam, że zagrożenia dla małego dziecka związane z wykorzystywaniem TIK nie mają charakteru absolutnego, stają się one ryzykiem dopiero w określonym kontekście, a co ważniejsze – zależne są od postępowania dziecka w sytuacji zetknięcia z takim zagrożeniem (Pyżalski 2017b, s. 162). Jak wskazuje autor, do czynników ryzyka należeć będą nie tylko kompetencje cyfrowe dziecka, ale właśnie czynniki związane z działaniem osób dorosłych w otoczeniu dziecka. W tym zakresie B. Śliwierski formułuje zasadniczą tezę, według której *to nie media niszczą więzi, ale osłabione czy nawet zniszczone przez rodziców więzi otwierają się na przestrzeń bezpośrednią i pośrednią, a więc realną i wirtualną ich podopiecznym – jako już NIE ICH – na nowe, ale w istocie obce im podmioty* (Śliwierski, 2017, s. 28). Innymi słowy można powiedzieć, że jeśli dziecko będzie zaniedbane wychowawczo przez rodziców, to w sieci kanalizować będzie swoje niezaspokojone potrzeby więzi, akceptacji, afiliacji. Badania prowadzone przez Fundację Dbam o Mój Z@sięg w zakresie nałogowego korzystania z telefonów komórkowych przez młodzież szkolną w wieku 12-18 lat wskazały w sposób jednoznaczny, że:

- dzieci i młodzieży w świat mediów cyfrowych wchodzi osamotnieni, bez udziału rodziców (Dębski, 2017, s. 33). Funkcje wychowawcze w tym obszarze *de facto* nie są realizowane, a jeśli nawet

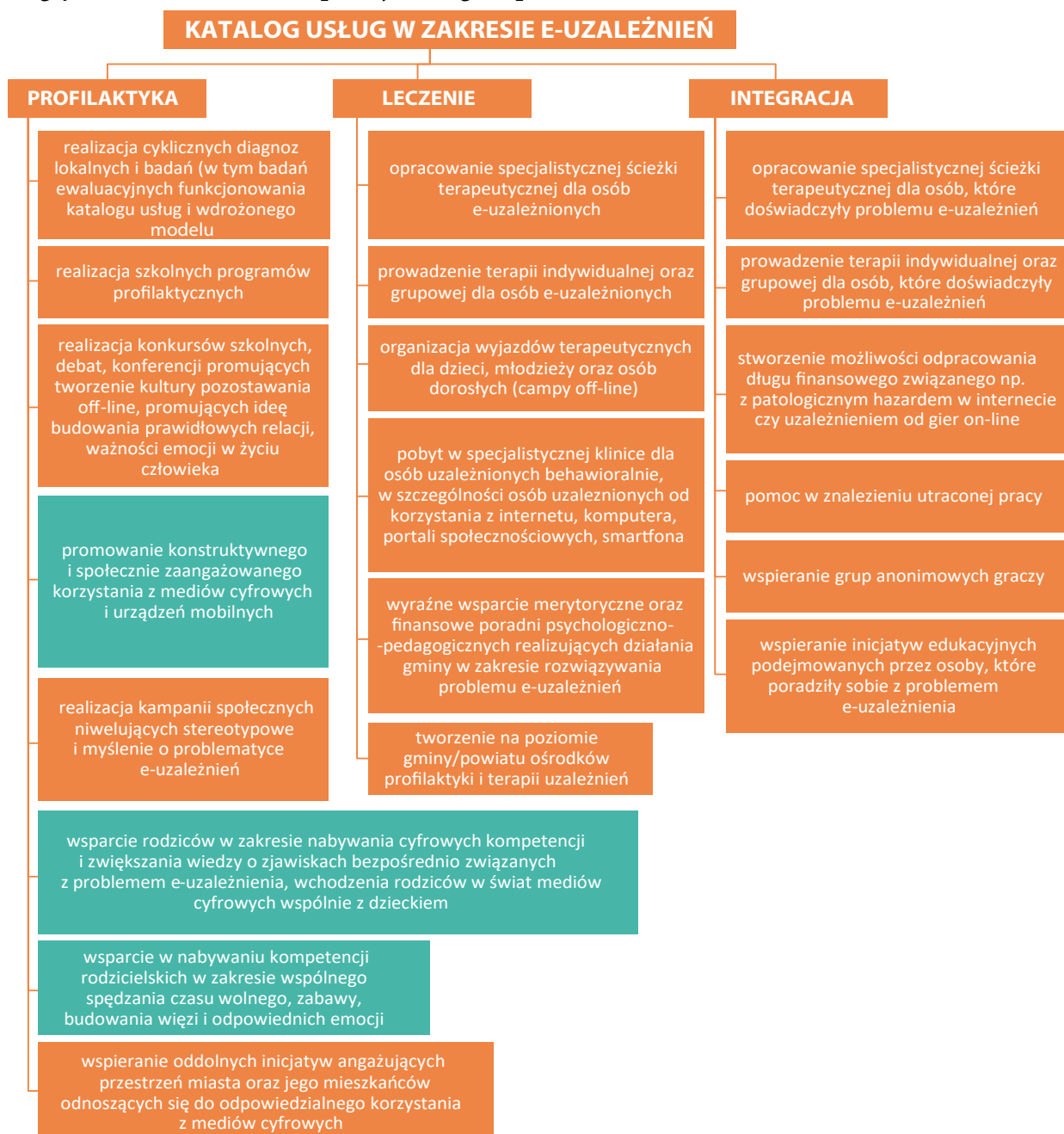
- tak się dzieje, to sytuacje takie są dalece niewystarczające. Ponad połowa uczniów przyznała, że ich rodzice nigdy nie rozmawiali z nimi na temat zasad korzystania z telefonu komórkowego w domu, w szkole czy miejscach publicznych, co trzeci uczeń wskazał, że nigdy nie rozmawiał ze swoimi rodzicami na temat szkodliwości nałogowego korzystania z telefonu komórkowego (s. 92),
- badani uczniowie przyznają w wywiadach, że pierwszych zachowań i nawyków związanych z korzystaniem z internetu oraz urządzeń cyfrowych uczą się od rodziców. Podążając za teorią modelowania, można powiedzieć, że osoby dorosłe stanowią dla dzieci w wieku przedszkolnym punkt odniesienia we wszystkich społecznych zachowaniach – pełnią rolę modelu (Pyżalski, 2017b, s. 173). Dziecko do 6. roku życia naśladuje dorosłych oraz innych członków rodziny (np. starsze rodzeństwo), korzystających w jego otoczeniu z mediów cyfrowych, oraz wszystkie osoby, które towarzyszą mu podczas używania takich instrumentów. Często zdarza się, że dziecko, uczęszczające do pierwszej klasy szkoły podstawowej, posiada utrwalone negatywne wzory korzystania z internetu czy mobilnych urządzeń cyfrowych,
 - wiedza dzieci w zakresie używania mediów cyfrowych i internetu kształtuje się na poziomie deklaracyjnym na o wiele wyższym poziomie, niż wiedza w tym zakresie ich rodziców – tak uważa ponad 60% badanych uczniów (Dębski, 2017, s. 84).
- W marcu 2016 roku Fundacja Dbam o Mój Z@sięg przeprowadziła eksperyment społeczny polegający na odcięciu 103 młodych osób od internetu i cyfrowych urządzeń stacjonarnych i mobilnych na 72 godziny. Wyniki przeprowadzonego oddziaływania wskazują, że korzystanie z internetu, smartfonów, tabletów przez uczniów odbywa się praktycznie przez cały dzień. W trakcie trwania eksperymentu część rodziców miała poważne trudności, aby wspólnie ze swoimi dziećmi spędzać w sposób kreatywny czas wolny. I tutaj dochodzimy do trzeciej wyróżnionej w sposób szczególny usługi, a mianowicie *wsparcia w nabywaniu kompetencji rodzicielskich w zakresie wspólnego spędzania czasu wolnego, zabawy, budowania więzi i odpowiednich emocji*.

Dokończenie w następnym numerze.

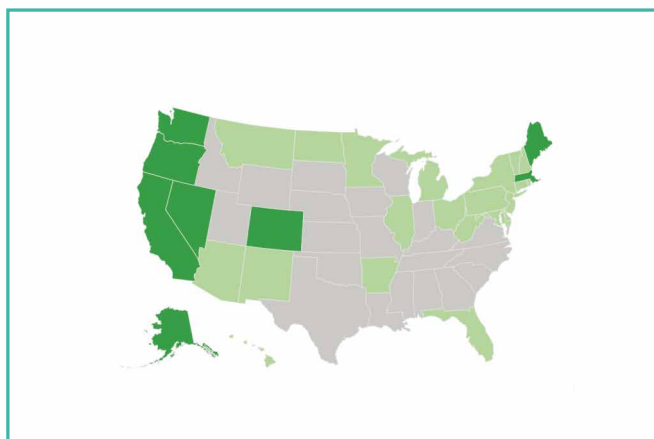
Diagram 1. Potencjalne ryzyka, które mogą wystąpić na etapie czwartym - projektowania katalogu usług.

- Brak zasobów personalnych do utworzenia zespołu ekspertów, którego zadaniem jest wypracowanie ostatecznego projektu katalogu usług skierowanych do osób e-uależnionych i zagrożonych e-uależnieniem.
- Niechęć organizacji/instytucji/podmiotów prywatnych do wspólnego działania w kierunku włączenia problematyki e-uależnienia do lokalnego systemu edukacji.
- Brak specjalistycznej wiedzy członków zespołu na temat e-uależnień.
- Problemy wynikające z funkcjonowania zespołu ekspertów (brak odpowiednich narzędzi, miejsca do spotkań itp).
- Brak kompromisu i spójnej wizji członków wchodzących w skład zespołu ekspertów.
- Negatywne przyjęcie wypracowanego projektu katalogu usług i skierowanie go do dalszych prac.
- Niechęć władz samorządu lokalnego do dalszego wdrażania Modelu.

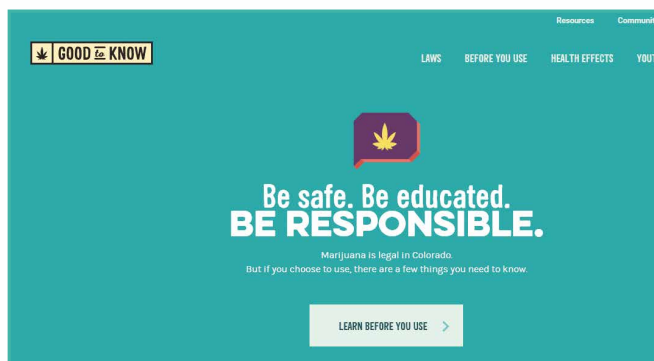
Diagram 2. Potencjalny katalog usług skierowany do osób zagrożonych e-uależnieniem bądź osób uależnionych z uwzględnieniem trzech filarów profesjonalnego wsparcia.



LEGALNE KONOPIE W STANACH ZJEDNOCZONYCH

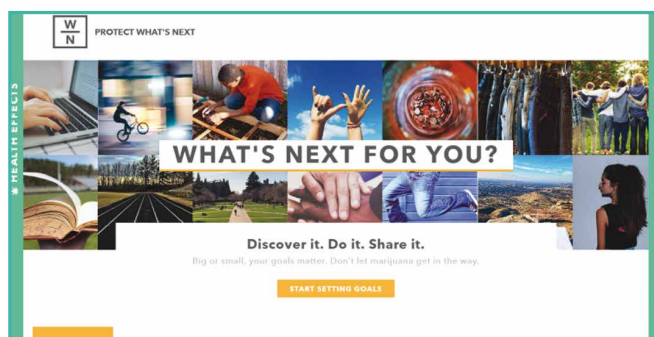


Kolorem ciemnozielonym oznaczone są stany z legalną marihuaną (8); jasnozielonym – z legalną marihuaną „medyczną” (23).



Good To Know (ang. *dobrze wiedzieć*) to kampania stricte informacyjna na temat zarówno skutków używania, jak i obowiązujących przepisów prawa. Hasło przewodnie to **Be safe. Be educated. Be responsible** (bądź bezpieczny, bądź poinformowany, bądź odpowiedzialny).

→ Strona kampanii GoodToKnow: <http://goodtoknowcolorado.com/>



Kolejne stany USA legalizują używanie konopi indyjskich, w tym największy – Kalifornia – licząca blisko 40 mln mieszkańców. W połowie 2018 roku do ośmiu stanów, w których marihuana „rekreacyjna” jest legalna, dołączy dziewięć. Legalizacji towarzyszą kampanie edukacyjne i społeczne.

Łącznie 31 stanów dopuszcza stosowanie marihuany w celach medycznych (dodatkowo w kilku dozwolone jest stosowanie konopi w szczególnych wypadkach, np. w poważnych stanach padaczkowych).

Prawo federalne USA nadal zakazuje posiadania narkotyków, jednak dekryminalizacja tego procederu sięga tam lat 70. ubiegłego wieku – pierwszy był Nowy Jork, dekryminalizując posiadanie małych ilości w 1977 roku.

→ Zobacz interaktywną mapę:

<http://extras.denverpost.com/maps/news/marijuana/united-states-laws/>

Pierwszy stan, który zalegalizował cannabis na potrzeby niemedyczne to Kolorado, mający 5,5 mln mieszkańców; było to w 2013 roku. Władze stanu co roku publikują raport omawiający efekty społeczno-ekonomiczne związane z legalnym obrotem pochodnymi konopi. Ostatni raport donosi m.in. o zwiększonej liczbie wypadków samochodowych z udziałem osób pod wpływem cannabis. Odnotowano również wzrost spożycia tego narkotyku wśród młodzieży (ze średnio 10,6% w ankietach w okresie 2010–2012 do 11,8% w okresie 2013–2015).

W najbliższych numerach Serwisu postaramy się szerzej omówić opisywane efekty.

Również stan Kolorado jako pierwszy zrealizował kampanie społeczne finansowane z podatków ze sprzedaży cannabis (167 mln dolarów w 2016 roku, 0,8% wszystkich wpływów w tym roku):

Kolejna kampania, również finansowana przez stan Kolorado, to **Protect What's Next** (ang. *chronić to co nadchodzi/to co następne*), obejmuje serię 15-sekundowych spotów wideo oraz bardzo ciekawy serwis internetowy dla młodych, gdzie w prosty sposób, przez wskazanie kilku „pól zainteresowań”, otrzymują oni garść pomysłów-podpowiedzi, obrazujących w praktyce ich wybory, a zarazem łatwych do zrealizowania.

→ Strona kampanii Protect What's Next:

<http://protectwhatsnext.com/>



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

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

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

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

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