



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 4 (84) 2018

NR 4

2018

25 LAT KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. OSIĄGNIĘCIA I WYZWANIA

Wywiad z Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.



– ***Dopiero w latach 80. ubiegłego wieku – po transformacji ustrojowej w roku 1989 – zniesiony został zakaz informowania o problemie narkotykowym w Polsce. W jaki sposób transformacja wpłynęła na problem narkotykowy w naszym kraju?***

– Cenzurowanie informacji dotyczących problematyki narkomanii zostało częściowo złagodzone we wczesnych latach 80. ubiegłego wieku, a więc jeszcze za czasów reżimu komunistycznego. Wynikało to z faktu, że widoczność tego zjawiska w życiu społecznym stała się wręcz powszechna. W polskich miastach pojawiły się tzw. otwarte sceny narkotykowe, slangowo nazywane bajzlami. Powszechnym doświadczeniem stał się widok osób „przyćpanych” w pasażach czy na dworcach kolejowych. Wzrastała liczba uciążliwych przestępstw pospolitych popełnianych przez osoby uzależnione (kto pamięta te czasy, z łatwością przywoła sobie widok „łapiącego figury” narkomana oferującego do sprzedaży na bazarze koło zapasowe od polskiego fiata czy radio samochodowe), szpitale zaczęły

odnotowywać wzrastającą liczbę osób intoksykowanych, wymagających interwencji ratujących ich życie lub pacjentów potrzebujących detoksykacji. Osoby te zupełnie nie mieściły się w konwencji leczenia odwykowego alkoholików. Jednakże środowiskami, które pierwsze zaczęły doświadczać z jednej strony grozy skutków popadania w uzależnienie, a z drugiej pustki instytucjonalnej i organizacyjnej, jako odpowiedzi państwa na wyzwania powodowane przez epidemię polskiej heroiny (kompotu), były rodziny oraz osoby bliskie ofiar narkomanii. Z tych środowisk popłynęły pierwsze sygnały o potrzebie organizacji jakichkolwiek form reakcji na zjawisko i niesienia pomocy krewnym i przyjaciołom odczuwającym skutki sięgania po narkotyki przez ich bliskich. Na kanwie tych oddolnych inicjatyw narodził się fenomen aktywności organizacji pozarządowych w dziedzinie uzależnień, którego bezdyskusyjnym pionierem i protoplastą stał się Marek Kotański i Stowarzyszenie MONAR.

cd wywiadu na stronie 2.

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

25 LAT KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. OSIĄGNIĘCIA I WYZWANIA

Wywiad z Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii II okładka

Prawo

NA PROGU NOWEGO ROKU – ZMIANY, JAKIE NAS CZEKAJĄ

Roman Wojnar..... 6

KONTROLA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ZNOWELIZOWANEJ USTAWIE O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Krzysztof Krajewski 8

Uzależnienia behawioralne

ROZPOZNANIE UZALEŻNIENIA OD PRACY I PERSPEKTYWY PSYCHOTERAPII

Kamila Wojdyło..... 13

Profilaktyka

PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY DAWNIEJ I DZIŚ

Maria Deptuła 20

TEORIA KONTRA PRAKTYKA

Dawid Drożdżikowski, Maja Vogt-Kostecka 25

Badania, raporty

PROBLEM NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I NARKOTYKÓW NA WĘGRZECH I W RUMUNII

Artur Malczewski 33

CZYNNIKI PRZYCZYNIAJĄCE SIĘ DO PODEJMOWANIA LECZENIA PRZEZ OSOBY Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 40

Kampanie społeczne

KRZYWO WESZŁO – ZMIENŃ USTAWIENIA, CZYLI JAK SKUTECZNIE PRZECIWDZIAŁAĆ NARKOMANII

Damian Sobczyk 47

KRZYWO WESZŁO – ZMIENŃ USTAWIENIA..... III okładka

KAMPANIA SPOŁECZNA DOROŚLI DZIECIOM – MAZOWSZE NA RZECZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII.....

IV okładka

Pierwsze reakcje prawne – ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – pojawiły się w roku 1985 i miały charakter wybitnie profilaktyczno-leczniczy, koncentrujący się na zdrowiu publicznym. W okresie transformacyjnym, po roku 1989, problem narkomanii nie stał się bezpośrednio przedmiotem zainteresowania władz publicznych, choć samo zjawisko zaczęło zaostrzać swój charakter w związku z pojawieniem się wielu innych zjawisk społecznych wpływających na jego rozwój i charakterystykę, takich jak wzrost bezrobocia, osłabienie funkcjonowania opieki zdrowotnej, obniżenie autorytetu szkoły, załamywanie się dotychczasowych wzorów, norm i zasad moralnych czy pojawienie się przestępczości zorganizowanej – zastępującej dotychczasowych głównych producentów i dystrybutorów narkotyków, którymi byli najczęściej sami uzależnieni. Z pewnością zjawiskiem wprost identyfikowanym w tym okresie z narkomanią, która manifestowała się przede wszystkim w formie dożylnego przyjmowania polskiej heroiny, stała się epidemia zakażeń wirusem HIV i wzrost zachorowań na AIDS.

– Jak wyglądały początki reagowania i radzenia sobie z problemem narkotykowym w Polsce?

– Jak już wspomniałem, początki reakcji na problem leżą po stronie społeczeństwa obywatelskiego, choć w latach 80. tego typu określenie jeszcze nie funkcjonowało. Formy terapii uzależnień pojawiły się w publicznej służbie zdrowia, ale miały bardzo ograniczony zasięg. Warto tu przywołać chociażby Ewę Andrzejewską i Zbigniewa Thille, choć takich osób było znacznie więcej. Należał do nich Marek Kotański, który zapoczątkował pionierskie zmiany w funkcjonowaniu oddziału leczenia narkomanii w szpitalu w Garwolinie, ale jego prawdziwie rewolucyjna rola objawiła się w wyprowadzeniu terapii uzależnień poza model stricte medyczno-psychiatryczny oraz uruchomieniu olbrzymiego potencjału społecznego, zainicjowaniu i rozwoju organizacji pozarządowej Stowarzyszenie MONAR. Wzorem MONAR-u zaczęły pojawiać się inne inicjatywy o charakterze świeckim i wyznaniowym, które w krótkim czasie zaowocowały powstaniem licznych organizacji pozarządowych, które stworzyły ofertę profilaktyczną i leczniczą dla osób uwikłanych w problematykę narkotyków i które

wypełniły lukę niezagospodarowaną przez instytucje państwowe i publiczne.

– W 1993 roku powołano Biuro ds. Narkomanii, pozostające w gestii Ministerstwa Zdrowia. Jakie były główne zadania tej instytucji w pierwszym okresie działania?

– Pojawienie się Biura powiązane było z procesem intensywniejszego włączania się struktur państwa w problematykę uzależnień i procesem lokowania ich w obszarze zdrowia publicznego. W 1993 roku minister zdrowia i opieki społecznej powołał do życia trzy instytucje: Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Biuro ds. AIDS i Narkomanii, dziś znane pod szyldami Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W przypadku działań „alkoholowych” mieliśmy do czynienia bardziej z procesem umacniania i rozwijania istniejących już zasobów i struktur, z których wiele miało oparcie w instytucjach publicznych i państwowych, w tym we współpracy z jednostkami samorządowymi. W porównaniu z polityką alkoholową poziom zaawansowania struktur antynarkotykowych był bardzo skromny. Początkowo wysiłki zostały skoncentrowane na wspieraniu jedyne go poważnego gracza na tym rynku, tj. organizacji pozarządowych. Równoległe z tym procesem Biuro podjęło wiele inicjatyw zmierzających do podniesienia jakości i dostępności profilaktyki, programów redukcji szkód i terapii uzależnień, rozwoju zasobów ludzkich, szkoleń, rozwoju monitorowania i badań nad zjawiskiem, współpracy z samorządem czy włączenia się we współpracę międzynarodową.

– Kiedy opracowano pierwszą Krajową Strategię Przeciwdziałania Narkomanii? Na czym się ona koncentrowała?

– Różnego rodzaju inicjatywy i programy działań antynarkotykowych powstawały w Polsce od lat 80., jednak dopiero w roku 1999 uchwalony został Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 1999–2001, który miał charakter kompleksowy, uwzględniający zarówno działania z zakresu redukcji popytu na narkotyki, jak i ograniczenia ich podaży. Miarą trudności przyjęcia tego nowatorskiego w tym czasie podejścia

niech będzie fakt, że uzgadnianie zrównoważonego podejścia do narkotyków (uwzględniającego w równym stopniu ważność zagadnień profilaktyczno-zdrowotnych, jak i problematyki walki z narkotykami i egzekwowania prawa) zajęło organom państwowym tak wiele czasu, iż Program został formalnie przyjęty dopiero pod koniec 1999 roku.

– *Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej wiązało się z przyjęciem obowiązków związanych z aktywnym działaniem w ramach Wspólnoty. Jakie w związku z tym były główne zmiany polityki narkotykowej w Polsce?*

– Dotykamy tu tematu, który jest źródłem wielu nieporozumień. Wbrew obiegowym opiniom wpływ UE na krajową politykę narkotykową jest stosunkowo niewielki, ponieważ narkotyki przynależą do sfery zdrowia, a ta jest wyłączną kompetencją krajów członkowskich. Zobowiązania przedakcesyjne nakładały na nas obowiązek powołania do życia głównego ośrodka zajmującego się monitorowaniem narkotyków i narkomanii (Focal Point) współpracującego w ramach sieci REITOX z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w Lizbonie. W momencie wejścia Polski do UE ośrodek taki (polski Focal Point) istniał już w strukturach Biura od trzech lat, tj. od 2001 roku. Wejście do sieci REITOX w maju 2004 roku było już tylko zabiegiem formalnym, gdyż podjęte wcześniej działania umożliwiły stopniową harmonizację prac i wymianę porównywalnych w skali Unii danych i analiz pomiędzy stroną krajową a Lizboną.

Zmiany, jakie następowały w polskiej polityce narkotykowej, zachodziły stopniowo i wynikały bardziej z uwarunkowań krajowych niż z wpływów unijnych. Najczęściej jednak priorytety Unii i Polski były bardzo zbieżne. Jednym z pryncypiów Unii była i nadal pozostaje potrzeba uchwalania Strategii i Planów Działania UE w dziedzinie narkotyków. Jednakże przyjęcie takich dokumentów wynika wyłącznie z dobrej woli krajów członkowskich. Dokumenty te mają charakter wytycznych kierunkowych i są opracowywane na dość dużym poziomie ogólności. Wynika to z faktu, iż w materiałach tych trzeba uwzględnić specyfikę podejść do narkotyków i narkomanii wszystkich krajów członkowskich i jest to zadanie często karko-

łomne, ponieważ w Unii są reprezentowane skrajnie różne podejścia do problemu używania narkotyków, że przywołam tu tylko przykładowo model holenderski. Niewątpliwie jednym z efektów przystąpienia Polski do Unii była stopniowa harmonizacja działań i koncentrowanie ich wokół priorytetów kluczowych dla Unii jako całości, a przejawem tego procesu stało się m.in. powołanie w naszym kraju ciała koordynującego krajową politykę narkotykową, tj. Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

– *W latach 1985–1997 problematykę narkotyków oraz narkomanii oraz kwestie odpowiedzialności karnej związane z nielegalnym obrotem narkotykami regulowała w Polsce Ustawa z dnia 31 stycznia 1985 roku o zapobieganiu narkomanii. W jakim kierunku na linii leczenie – karanie zmieniały się w Polsce przepisy dotyczące przeciwdziałania narkomanii od lat 80. XX wieku do dziś?*

– Regulacje ustawy z 1985 roku obowiązywały do roku 1997. Ewolucja modelu narkomanii z „problemu społecznego” w kierunku „modelu globalnego” – charakteryzującego się obecnością problematyki narkotyków i narkomanii we wszystkich sferach życia społeczeństwa i państwa – wymuszała potrzebę zmian prawnych umożliwiających m.in. walkę z problemami powiązаныmi z konsumpcją narkotyków, z zachowaniami patologicznymi czy przestępczością zorganizowaną. Wyrazem tych starań stała się ustawa z 1997 roku, która wprowadziła karalność za posiadanie narkotyków, ale wyłączała w praktyce z jej zakresu osoby posiadające nieznaczne ilości substancji na użytek własny. Rozwiązanie to pozwalało na zachowanie prymatu pierwszeństwa leczenia nad karaniem i pozwalało organom egzekwującym prawo na koncentrowanie ich działań na osobach wprowadzających substancje do obrotu, a nie na konsumentach, osobach uzależnionych lub używających narkotyków szkodliwie. Jednakże pod naciskiem mediów i niektórych organizacji pozarządowych w roku 2000 polska polityka narkotykowa została wpisana w amerykański model wojny z narkotykami (*war on drugs*) i posiadanie jakichkolwiek ilości narkotyków stało się przestępstwem zagrożonym karą grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 3. W efekcie tych działań nastąpiła kryminalizacja i nasiliła się stygmatyzacja środowiska

konsumentów narkotyków, co zawsze przekłada się na rozwój programów profilaktycznych i pomocowych. Szczególnie widoczne stało się to w Polsce po roku 2000 w kontekście znacznego ograniczenia dostępu i osłabienia rozwoju programów redukcji szkód. Próby odbudowania prymatu terapii nad karaniem pojawiły się w roku 2010 wraz z przyjęciem nowelizacji ustawy w kwestii tzw. dopalaczy. Zastosowano wobec tego zjawiska podejście administracyjne i skierowano działania instytucji egzekwowania prawa na osoby i podmioty wprowadzające nowe substancje psychoaktywne, jak dziś oficjalnie nazywamy dopalacze, do obrotu, a nie na ich konsumentów.

Krokiem niezmiernie ważnym z punktu widzenia zdrowia publicznego i pracy profilaktyczno-terapeutycznej z osobami uwikłanymi w używanie i uzależnienie od substancji zmieniających świadomość stało się wprowadzenie w roku 2011 do polskiego prawa narkotykowego elementów oportunistycznego. Rozwiązanie to daje możliwość niewszczywania lub umorzenia śledztwa w przypadku posiadania narkotyków w nieznaczej ilości, na własny użytek, po rozpoznaniu sytuacji sprawcy i przy braku interesu społecznego w ściganiu sprawcy czynu zabronionego. Dzięki takiemu mechanizmowi tysiące osób dostały co najmniej drugą szansę na rozwiązanie swoich problemów w duchu profilaktyki i terapii.

– Jakie były kroki milowe w rozwoju w Polsce systemu przeciwdziałania narkomanii?

– Obawiam się, że nie mamy tyle miejsca w Serwisie, aby omówić tak szeroko postawione zagadnienie. Zasygnalizuję więc tylko kilka zdarzeń, ale z pełną świadomością, iż będzie mi można zarzucić pominięcie wielu istotnych elementów tej historii. Koncentrując się tylko na rozwoju strukturalnym i instytucjonalnym, należy, moim zdaniem, jeszcze raz przywołać fenomen organizacji pozarządowych. Krokiem uruchamiającym procesy transformacji na pewno było powołanie do życia przez MZiOŚ najpierw Pełnomocnika ds. Narkomanii, a następnie Biura ds. Narkomanii. W roku 1997 policja uruchomiła w swoich strukturach Biuro ds. Narkotyków – którego tradycje są ciągle widoczne w pracy Centralnego Biura Śledczego. Powołanie wyspecjalizowanych instytucji przez ministrów właściwych

do spraw zdrowia i spraw wewnętrznych pozwoliło na zainicjowanie współpracy pomiędzy redukcją podaży a programami redukcji popytu i wypracowanie zrębów tzw. zrównoważonego podejścia do narkotyków i narkomanii. Rok 1999 zainicjował serię Krajowych Programów Przeciwdziałania Narkomanii, które w sposób kompleksowy, do roku 2016, były krajową odpowiedzią na problem narkotyków. W 2001 roku wpisaliśmy do katalogu prawnego działania z obszaru redukcji szkód oraz wspomniany już Focal Point. Rok ten to również data rozszerzenia kompetencji i zadań naszego Biura, które zostało przekształcone w instytucję koordynującą działania narkotykowe: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Z punktu widzenia rozwoju jakości terapii rok ten przyniósł początek certyfikowanych szkoleń terapeutów i instruktorów terapii uzależnień. W roku 2002, w ramach procesu przedakcesyjnego, powołana została, jako ciało koordynujące politykę narkotykową, Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii, i rozpoczęliśmy proces włączania samorządu terytorialnego w politykę narkotykową poprzez powołanie do życia sieci ekspertów wojewódzkich. Proces ten został uwieńczony w roku 2005, gdy, na mocy nowej ustawy z 29 lipca, w politykę narkotykową zostały włączone gminy. Procesowi temu towarzyszyło wskazanie źródeł finansowania gminnych i wojewódzkich programów narkotykowych i wdrożenie przez Biuro – korzystające z funduszy Unii – programów wspierania samorządów w przeciwdziałanie narkomanii na szczeblu lokalnym. Maj 2004 roku to data nie wymagająca specjalnego uzasadnienia. Z mojej perspektywy istotne było to, iż do akcesji byliśmy przygotowani z wyprzedzeniem i bez żadnej zbędnej zwłoki czy nerwowości weszliśmy w oficjalne struktury unijne, które były dla nas otwarte już wcześniej i z czego skutecznie korzystaliśmy zarówno w kwestiach merytorycznych, jak i finansowych. Kolejne lata przyniosły nam Kodeks Etyczny Terapeuty Uzależnień, rozszerzenie zakresu badań naukowych nad problematyką uzależnień oraz – krok milowy w zakresie podniesienia jakości i skuteczności profilaktyki – wdrożenie z inicjatywy Biura, wspólnego projektu z PARPA, MEN, IPiN – systemu rekomendacji programów profilaktycznych.

Wydarzeniem, które w moim rozumieniu zapoczątkowało proces zmiany w generalnym postrzeganiu

problematyki uzależnień była inicjatywa Krajowego Biura i wystąpienie do ministra zdrowia z wnioskiem o powierzenie od roku 2010 dyrektorowi Biura zarządzania w imieniu ministra Funduszem Rozwiązywania Problemów Hazardowych. W opiniach wielu środowisk istotne stało się postrzeganie uzależnień jako całego kompleksu powiązanych ze sobą zjawisk, oderwanych od kontekstu wyłącznie chemicznego. Powszechnie rejestrowana politoksykomania, związki uzależnień behawioralnych z chemicznymi, fenomen NSP, zmiany w postrzeganiu uzależnień w międzynarodowych dyskusjach nad klasyfikacją chorób (ICD, DSM), odchodzenie od myślenia w kategoriach patologii w kierunku redukcji czynników ryzyka i wzmacniania czynników chroniących, czy wreszcie doświadczenia innych krajów oraz części polskich samorządów, skłoniły władze do wypracowania koncepcji integracji problematyki uzależnień w obszarze zdrowia publicznego. Efektem tych procesów stało się przyjęcie w roku 2015 ustawy o zdrowiu publicznym i w ślad za nią rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia (który „wchłonął” m.in. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii jako dokument samodzielnie istniejący), którego cel operacyjny 2 definiuje się jako profilaktykę i rozwiązywanie problemów z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych i innych zachowań ryzykownych. Powyższe rozwiązania stanowią podstawę obecnego i przyszłego funkcjonowania Biura.

– *Jak organizacje pozarządowe uczestniczą w przeciwdziałaniu narkomanii w naszym kraju?*

– Oceniamy, że około 80% działań z obszaru terapii, prawie 100% z dziedziny redukcji szkód oraz około 90% aktywności profilaktycznych dokonuje się z udziałem NGO. Partycypację NGO w polityce narkotykowej uważam za jeden z kluczowych czynników umożliwiających skuteczne ograniczanie skutków uzależnień w naszym kraju.

– *Co dotychczas udało się zrobić, jakie są główne sukcesy polityki narkotykowej w naszym kraju?*

– W dziedzinie uzależnień, a szczególnie narkotyków, rozmowa o sukcesach to ryzykowne zadanie. Jeśli spojrzymy na zagadnienie z perspektywy ba-

dań epidemiologicznych to, posługując się danymi z różnych źródeł naukowych, możemy stwierdzić, że osiągnęliśmy stan, w którym jedynym narkotykiem, którego konsumpcja wykazuje cechy wzrostu, jest marihuana – choć i w tym obszarze widzimy tendencje spowalniające. Porównania wskaźników polskich np. z unijnymi w obszarze ilości problemowych użytkowników narkotyków na 1000 mieszkańców, zgonów skorelowanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych czy dynamiki nowych zakażeń HIV pokazuje, że sytuacja w naszym kraju jest zdecydowanie lepsza niż w większości Europy. Ale przecież jesteśmy świadomi, że tzw. obiektywne wskaźniki najczęściej nie mają żadnej wartości dla opinii publicznej, mediów czy polityków w konfrontacji z nawet pojedynczymi czy indywidualnymi i tragicznymi konsekwencjami przyjmowania substancji lub podejmowania zachowań ryzykownych. Tak długo, jak ludzie cierpią, tak długo lepiej nie mówić o sukcesach, a po prostu trzeba nie poddawać się i pracować.

– *A jakie porażki zanotowaliśmy w walce z narkomanią, jakie są bariery w efektywnym rozwiązywaniu problemu?*

– Jedno zagadnienie jest grzechem, z którym nie potrafimy sobie w Polsce poradzić i w którym jak w soczewce skupiają się nasze fobie narkotykowe i niekonsekwencja działań. To problem dostępu do terapii substytucyjnej. Mamy dobre i długie z perspektywy Europy doświadczenia, pozytywne wyniki ewaluacyjne, świetnie wyszkolone kadry, mamy nawet środki finansowe. I ciągle są obszary w kraju, w których dostęp do terapii zastępczej jest zerowy. To jest kwestia mentalności, która ciągle nie pozwala nam w pełni zaakceptować faktu, że uzależnienie należy do grupy chorób przewlekłych, a te z natury swojej potrafimy leczyć najczęściej tylko objawowo. Terapia podtrzymująca jest ciągle jeszcze uznawana przez niektórych jako źródło legalnego „ćpania”. A przecież człowiek z problemem uzależnienia to taki sam chory jak każdy inny. Pomagając mu, czynimy środowisko wokół nas zdrowszym i bezpieczniejszym.

– *Na czym aktualnie Krajowe Biuro szczególnie się skupia? Jakie będą najważniejsze kierunki działań w najbliższej przyszłości?*

– Jestem przekonany, że zrobiliśmy wiele dobrego, ale przecież wszystko to wymaga codziennej „pielęgnacji” oraz permanentnej uwagi i zaangażowania. Pamiętam dobrze pozytywne wyniki badań epidemiologicznych z początku XXI wieku. A w roku 2008 wybuchł problem „dopalaczy” i przeorał nasze myślenie i działania ilościowo i jakościowo. Wszystko jest ważne: jakość i dostęp do profilaktyki, redukcji szkód i terapii, monitoring i badania, współpraca z samorządami i społeczeństwem obywatelskim, koordynacja działań na poziomie samorządowym, krajowym i międzynarodowym, zmiany legislacyjne, nie zapominając o finansach i inwestowaniu w infrastrukturę i zasoby ludzkie. Z pewnością hierarchie celów będą ewoluowały w zależności od sytuacji. Wydaje się, że najbliższy czas to kwestia rozszerzenia dostępu do terapii substytucyjnej (dostęp do leków w trybie aptecznym), przeciwdziałanie zagrożeniom, jakie niesie dla środowisk użytkowników i pracowników różnych instytucji kontakt z syntetycznymi opioidami (fentanyłami), wzmacnianie systemowe leczenia uzależnień (kwestia Centrów Leczenia Uzależnień) czy

też zagadnienia integrowania problematyki uzależnień na poziomie lokalnym, regionalnym i centralnym. Kwestie techniczne i rozwiązania systemowe zawsze będą dla mnie pochodną przyjętych zasad etycznych i profesjonalnych. Z wielkim zadowoleniem obserwuję ewolucję postaw wobec osób dotkniętych uzależnieniami: odchodzenie od definicji patologii w kierunku choroby czy zachowań ryzykownych i wzmacniania czynników chroniących, dawanie pierwszeństwa sprawom zrozumienia potrzeb i ograniczeń człowieka, co manifestuje się m.in. wzrostem poziomu akceptacji dla hasła, takich jak „prymat leczenia nad karaniem” czy wzrostem wrażliwości na ludzkie cierpienie i nadzieją jego powstrzymania, czego przykładem stał się dostęp do leków recepturowych na bazie ziela konopi. Wierzę, że podejścia sytuujące pomoc człowiekowi w centrum uwagi władz i instytucji, wspierane autorytetem nauki i dobrych praktyk, będą decydujące dla przyszłości problematyki uzależnień w naszym kraju, a więc i dla przyszłości Krajowego Biura.

NA PROGU NOWEGO ROKU – ZMIANY, JAKIE NAS CZEKAJĄ

Roman Wojnar

Lekarz medycyny

Specjalista psychoterapii uzależnień, internista, psychiatra

Dyrektor Śląskiej Fundacji Błękitny Krzyż w Polsce

W ciągu ostatnich kilku miesięcy środowisko terapeutów uzależnień jest świadkiem zmian formalnych i strukturalnych dokonujących się w systemie kształcenia terapeutów uzależnień w Polsce. Głównym celem tych zmian jest scalenie w jeden system dwóch dotychczas istniejących niezależnie, tj. systemu szkoleń koordynowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) i systemu szkoleń, nad którymi nadzór sprawuje Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN).

Istnienie dwóch ścieżek szkoleń koordynowanych przez te instytucje jest osadzone w systemie prawnym (ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi i ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii). Konsekwencją tych ustaw są między innymi różne systemy kształcenia terapeutów przy równoczesnej równości formalnej obu

ścieżek i obu certyfikatów specjalistów psychoterapii i terapii uzależnień.

Szukając odpowiedzi na pytanie, jak do tego doszło, należy kompleksowo spojrzeć na przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ta pierwsza nie zawiera zapisów regulujących system szkoleń nadzorowany przez PARPA. Kwestie dotyczące szkoleń były regulowane wyłącznie przepisami rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi, które traci moc z dniem 31 grudnia 2018 roku. Stąd też, zgodnie

ze stanowiskiem Rządowego Centrum Legislacji (RCL) i Ministerstwa Zdrowia (MZ), od 1 stycznia 2019 roku system szkoleń koordynowany przez PARPA traci prawne podstawy funkcjonowania, natomiast system szkoleń nadzorowany przez Krajowe Biuro ma bezpośrednie umocowanie prawne w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. W ustawie tej od 2002 roku sformułowano delegację do wydania przez ministra zdrowia rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień. W takiej sytuacji prawnej, w której brak ustawowych regulacji dla systemu szkoleń PARPA i dobre uregulowanie szkoleń w obszarze uzależnień nadzorowanych przez Krajowe Biuro, RCL i MZ zajęły stanowisko, iż należy stworzyć jedną ścieżkę szkoleniową dla wszystkich specjalistów psychoterapii i instruktorów terapii uzależnień. Na marginesie warto dodać, że znowelizowana w lipcu tego roku ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadziła w miejsce dotychczasowych specjalistów terapii uzależnień, tytuł specjalisty psychoterapii uzależnień, czyli taki sam, jaki był wydawany dotychczas w ramach systemu szkoleń nadzorowanego przez PARPA.

Projekt połączenia obu systemów w jeden rodzi wiele emocji i pytań: Co stracimy? Jakie będą konsekwencje prawne i praktyczne zmian dla całego środowiska? Wydaje się jednak, że na tych zmianach możemy zyskać i poniższe argumenty mogą być ważne w toczącej się dyskusji. Obecne przemiany polityczne i społeczno-ekonomiczne, które obserwujemy w ochronie zdrowia (sieć szpitali, Centra Zdrowia Psychicznego, nowe siatki płac dla poszczególnych grup zawodowych) i dodatkowe, ustawowe gwarancje finansowe m.in. dla lekarzy, pielęgniarek czy ratowników medycznych powodują, iż zawód terapeuty uzależnień, jak na razie, pozostaje „w tyle w biegu o podwyżki”. Dla przykładu: w zakładzie leczenia uzależnień, którym kieruję, płace pielęgniarek w ciągu ostatnich dwóch lat wzrosły o ok. 100%, a terapeutów uzależnień o ok. 20%. Brak realnych podwyżek proponowanych przez NFZ przy równoczesnym zwiększeniu obciążeń finansowych może spowodować zamrożenie płac dla terapeutów uzależnień w 2019 roku.

Po tak sformułowanej diagnozie problemowej można się zastanowić, jakie mocne strony ma wdrażany system zmian:

1. Proponowane zmiany z czasem mogą zaowocować konsolidacją środowiska. Jest nas prawdopodobnie ok. 5-7 tys. pracowników lecznictwa uzależnień, co

łącznie daje mocne argumenty, podobnie jak w przypadku innych grup zawodowych.

2. Utworzenie jednej ścieżki szkoleniowej może wzmocnić rolę terapeutów uzależnień w procesie leczenia osób uzależnionych.
3. Utworzenie z czasem jednej listy szkół terapeutycznych, ośrodków stażowych, superwizorów psychoterapii uzależnień zakończy sztuczny podział na lecznictwo „alkoholowe” i „narkomańskie”.
4. Koncepcje i nurty terapeutyczne proponowane przez oba środowiska wzajemnie będą się przenikać i może dojść do efektu synergii obu podejść, z korzyścią dla pacjentów.

Obserwując toczący się proces zmian, chcę zachęcić wszystkich do aktywnego w nim udziału, abyśmy wspólnie kształtowali nową rzeczywistość. Za interesujące i korzystne dla naszego środowiska uważam następujące propozycje zmian:

1. Wzmocnienie roli specjalistów poprzez danie im prawa do formalnego stawiania diagnozy nozologicznej stanowi uzupełnienie uprawnień terapeutów certyfikowanych w ścieżce realizowanej dotychczas przez PARPA.
2. Wydłużenie cyklu szkoleniowego do maksymalnie 800 godzin umożliwi zawarcie w szkoleniach zarówno treści eksponowane bardziej przez PARPA, jak i KBPN.
3. Stosowanie udowodnionych naukowo metod terapeutycznych oraz ewaluacji własnej działalności leczniczej pod kątem efektywności leczenia umocni pozycję lecznictwa uzależnień w stosunku do innych działów medycznych.
4. Rozszerzenie wiedzy i pogłębienie umiejętności pracy z osobami bliskimi osób uzależnionych, w tym z rodziną, będzie ważnym uzupełnieniem dla osób, które dotychczas uzyskiwały certyfikat w ścieżce realizowanej przez KBPN.
5. Rozszerzenie wiedzy i doskonalenie umiejętności pracy z pacjentami uzależnionymi behawioralnie oraz z innymi specyficznymi grupami pacjentów wpłynie na zwiększenie liczby osób, które mogą otrzymać profesjonalną pomoc w naszych placówkach.

Jeśli przejdziemy pozytywnie przez proces zmian naszkicowany powyżej, to na pewno łatwiej będzie nam się dopominać o nasze prawa wśród innych zawodów medycznych.

Kontrola substancji o charakterze psychoaktywnym wymaga precyzyjnego określenia jej przedmiotu, tj. wskazania, jakie konkretnie substancje objęte są zakazem ich wykorzystywania do celów innych niż medyczne, za naruszenie którego to zakazu grozi odpowiedzialność karna.

KONTROLA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ZNOWELIZOWANEJ USTAWIE O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Krzysztof Krajewski
Katedra Kryminologii
Uniwersytet Jagielloński

Instrumenty kontroli

W odniesieniu do środków odurzających i substancji psychotropowych przyjętym od lat sposobem ich definiowania, tak na poziomie prawa międzynarodowego, jak i krajowego, są **wykazy substancji kontrolowanych**, stanowiące załączniki do stosownych ustaw. Taka definicja nie pozostawia jakichkolwiek wątpliwości co do tego, które substancje są nielegalne. Ma to szczególne znaczenie z punktu widzenia fundamentalnej zasady nowożytnego prawa karnego, wyrażającej się w łacińskiej formule *nullum crimen sine lege*, czyli nie ma przestępstwa bez (przepisu) ustawy. W Polsce znajduje ona wyraz w art. 41 ust. 1 Konstytucji RP oraz art. 1 § 1 Kodeksu karnego. Oznacza ona, iż odpowiedzialność karną można ponosić wyłącznie za czyny, które w momencie ich popełnienia są zdefiniowane jako przestępstwa przez przepisy rangi ustawowej, tj. akty prawne przyjęte przez parlament, a nie akty prawne niższego rzędu (np. rozporządzenia Rady Ministrów, rozporządzenia ministrów itp.). Stąd też zasada ta określana jest także jako zasada ustawowej określoności czynu zabronionego. Oznacza ona także, iż przepisy prawa karnego muszą być sformułowane w sposób precyzyjny, dający możliwość jednoznacznego ustalenia, co jest zakazane, a co nie, z czym wiąże się tzw. zakaz analogii czy też zakaz tzw. wykładni rozszerzającej. To ostatnie oznacza zakaz pociągania do odpowiedzialności karnej za czyny jedynie podobne do tych wyraźnie zakazanych przez przepisy ustawy. Zasada *nullum crimen sine lege* jest fundamentem realizacji tzw. funkcji gwarancyjnej przepisów prawa karnego, tj. ochrony obywatela przed arbitralnym pociąganiem go przez państwo do odpowiedzialności karnej.

Wykazy substancji kontrolowanych były efektywnym instrumentem kontroli substancji psychoaktywnych dopóty, dopóki ich rynek ulegał niewielkim zmianom, a pojawianie się nowych substancji było rzadkie. W takim wypadku umieszczano nową substancję w stosownym wykazie, co z reguły na dłuższy czas rozwiązywało problem. Pojawienie się na szerszą skalę substancji psychoaktywnych o czysto syntetycznym charakterze zmieniło ten stan rzeczy. Szczególnie w ciągu ostatnich dwudziestu lat rynek zaczął być zalewany tzw. nowymi substancjami psychoaktywnymi, syntetyzowanymi tylko i wyłącznie po to, aby obejść system kontroli międzynarodowej i krajowej. Manipulacje w łańcuchach molekularnych substancji kontrolowanych powodowały uzyskiwanie nowych substancji, które dopóki nie zostały umieszczone w stosownych wykazach, pozostawały legalne. Rozpoczął się swoisty wyścig pomiędzy ustawodawcą a chemikami: przyspieszaniu umieszczania nowych substancji w wykazach, towarzyszyła coraz to większa kreatywność w „wymyślaniu” substancji mających je zastąpić na rynku. W konsekwencji międzynarodowy i krajowe systemy kontroli substancji psychoaktywnych zaczęły osiągać granice swej wydolności.

Spowodowało to pojawienie się nowych podejść do definiowania kontrolowanych substancji psychoaktywnych. Pierwszym jest tzw. **definicja rodzajowa, grupowa** czy też **generyczna**. Poddaje ona kontroli nie poszczególne substancje, ale całe ich grupy opisane przy użyciu określonych formuł chemicznych, wskazujących, jakie manipulacje łańcuchem molekularnym dają produkt będący również substancją kontrolowaną. Otrzymywanie takich substancji

traci więc sens, bo nie oznacza obejścia systemu kontroli. Przykładem zastosowania bardzo rozbudowanej definicji rodzajowej do kontroli zjawiska NSP jest niemiecka ustawa o zwalczaniu rozpowszechniania nowych substancji psychoaktywnych z listopada 2016 roku. Trzeba podkreślić, że taka definicja rodzajowa zawarta na poziomie ustawy, nie budzi zastrzeżeń z punktu widzenia zasady *nullum crimen sine lege*, jasno i precyzyjnie wskazuje bowiem, co jest zabronione.

Inną alternatywą dla wykazów substancji kontrolowanych jest tzw. **definicja analogowa**. Oznacza ona poddanie kontroli nie tylko substancji umieszczonych w wykazach, ale także substancji mających podobne do nich właściwości psychoaktywne lub używanych w podobnych celach. Definicją analogową posługuje się m.in. federalne ustawodawstwo amerykańskie. Trzeba jednak powiedzieć, że z punktu widzenia standardów konstytucyjnych większości krajów kontynentu europejskiego, definicja taka jest problematyczna. Oznacza bowiem w gruncie rzeczy odwołanie się do zakazanej na gruncie prawa karnego analogii, tj. pociągania do odpowiedzialności karnej za czyny jedynie podobne do zdefiniowanych jako przestępstwa.

Ostatnim wreszcie sposobem rozwiązywania problemu niewydolności wykazów substancji kontrolowanych jest tzw. **zakaz blankietowy**, czyli całkowity zakaz wszelkich substancji psychoaktywnych, poza tymi, które – jak np. alkohol, tytoń, kawa, herbata – są wyraźnie dopuszczone do obrotu przez odrębne przepisy, w tym te dotyczące produktów spożywczych czy wyrobów farmaceutycznych. Jest to więc odwrócenie dotychczasowej zasady dotyczącej substancji psychoaktywnych, że poza substancjami wyraźnie zakazanymi, wszystkie pozostałe są legalne i zastąpienie jej zasadą, że zakazane jest wszystko, poza tym, co jest wyraźnie dozwolone. Najbardziej znanym przykładem takiego rozwiązania jest brytyjska ustawa o substancjach psychoaktywnych z 2016 roku, aczkolwiek wcześniej, w roku 2010, przyjęła je także Irlandia.

W Polsce, tak jak w większości krajów europejskich, przez wiele lat pojęcia środek odurzający i substancja psychotropowa definiowane były przez stosowne wykazy. Zmianie uległ jedynie w pewnym momencie charakter tych wykazów. Otóż na gruncie ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku wykazy stanowiły załącznik do wydanego w oparciu o delegację art. 21 tejże ustawy Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1985 r. w sprawie środków odurzających i psychotropowych oraz nadzoru nad tymi środkami (Dz.U.1985.53.275). Oznaczało

to, iż ewentualne uzupełnianie wykazu kontrolowanych substancji psychoaktywnych mogło być dokonywane poprzez stosowne działanie właściwego ministra zmieniające owo rozporządzenie i nie wymagało to nowelizacji samej ustawy przez Sejm.

Zmiany w tym zakresie dokonała ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku. Zgodnie z przyjętym przez nią rozwiązaniem wykazy środków odurzających i substancji psychotropowych stały się załącznikami do samej ustawy. Tak więc zmiana czy uzupełnianie wykazów wymagało od tego momentu nowelizacji ustawy przez parlament. Takie rozwiązanie było uzasadniane względami natury konstytucyjnej i przyjęciem stanowiska, iż dla uczynienia zadość wymogom art. 41 ust. 1 przyjętej w tym samym roku Konstytucji RP, definicja pojęć środka odurzającego i substancji psychotropowej powinna być dokonana na poziomie aktu prawnego rangi ustawy, a nie aktu niższego rzędu, jakim jest rozporządzenie ministra. Wykazy środków odurzających i substancji psychotropowych decydują bowiem w ostateczności o tym, jakie zachowania w myśl obowiązujących przepisów stanowią przestępstwa, a tym samym kwestie takie zgodnie z zasadą ustawowej określoności czynu zabronionego powinny być decydowane przez parlament w drodze stanowienia ustawy, a nie przez ministra w drodze rozporządzenia. Charakter prawny wykazów kontrolowanych substancji psychoaktywnych, jako załączników do ustawy, zachowała także nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, przyjęta przez sejm w lipcu 2005 roku.

Rozwiązanie takie, przyjmowane w większości krajów Europy, ma oczywiście swój walor gwarancyjny, ale równocześnie może być wysoce kłopotliwe i mało elastyczne. Nowelizacja ustawy wymaga zazwyczaj czasochłonnej rządowej i parlamentarnej procedury legislacyjnej, podczas gdy do nowelizacji rozporządzenia wystarczy procedura rządowa czy wręcz ministerialna, i teoretycznie może ona być dokonana nawet z dnia na dzień. Przez wiele lat nie stanowiło to jednak jakiegoś szczególnego problemu praktycznego, albowiem po prostu nie pojawiały się nowe substancje psychoaktywne wymagające szybkiego podejmowania decyzji o poddaniu ich kontroli. Pierwszy przypadek rządowej inicjatywy uzupełniania wykazów środków odurzających i substancji psychotropowych miał miejsce dopiero w roku 2008 i dotyczył benzylopiperazyny (BZP), co było zresztą wynikiem podjęcia decyzji o kontroli tej substancji przez UE. W tym czasie w Polsce narastał już jednak problem tzw. dopalaczy, który ze względu na swą skalę i dynamikę

okazał się dużym wyzwaniem dla dotychczasowego systemu kontroli substancji psychoaktywnych.

Reakcja polskiego ustawodawcy na ten problem była zróżnicowana. Podstawową jej formą było umieszczanie kolejnych substancji w wykazach środków odurzających i substancji psychotropowych stanowiących załączniki do u.p.n. W marcu 2009 roku decyzję taką podjęto w stosunku do 16 roślin, stanowiących składniki dostępnych wówczas „dopalaczy” (a także wobec wspomnianej BZP), w czerwcu 2010 roku wobec 7 substancji, w kwietniu 2011 roku wobec 23 i wreszcie w kwietniu 2015 roku wobec aż 114 substancji. Działania te okazywały się o tyle mało skuteczne, że zdelegalizowane substancje relatywnie szybko zniknęły z obrotu i były zastępowane przez nowe, które nie znajdowały się w wykazach, a więc formalnie rzecz biorąc były legalne. Ich producenci czy dystrybutorzy nie mogli być pociągani do odpowiedzialności karnej, ponieważ produkowali czy handlowali substancjami, które nominalnie nie były ani środkami odurzającymi, ani substancjami psychotropowymi.

Zmiany w 2010 roku

Odpowiedzią władz na powyższy problem stała się nowelizacja u.p.n. przyjęta we wrześniu 2010 roku, która stworzyła specyficzny dla Polski w latach 2011–2018 system kontroli substancji psychoaktywnych, łączący elementy reakcji prawnokarnej oraz administracyjnoprawnej. Jej podstawowym elementem było wprowadzenie przez wspomnianą nowelizację swoistej wersji zakazu blankietowego substancji psychoaktywnych, zawartego w art. 44b u.p.n., który w ówczesnym brzmieniu mówił o zakazie wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych. To ostatnie pojęcie oznaczało natomiast, zgodnie z definicją zawartą w art. 4 pkt 27 u.p.n., substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślinę, grzyba lub ich część, zawierające taką substancję, używane **zamiast** środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub **w takich samych celach** jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych. Ujmując to inaczej, środkiem zastępczym stała się każda substancja psychoaktywna, która z jednej strony nie była umieszczona w wykazach środków odurzających lub substancji psychotropowych, a z drugiej, której wykorzystywanie nie było dopuszczone odrębnymi przepisami (jak np. alkohol czy wyroby tytoniowe). Kontrola tych substancji

nie była więc oparta, jak dotychczas, na wykazach, ale o fakt używania zamiast lub w takich samych celach jak środki odurzające i substancje psychotropowe. Przyjmując taką konstrukcję, ówczesny ustawodawca stanął przed dylematem dotyczącym charakteru sankcji za czyny stanowiące naruszenie powyższego zakazu blankietowego. Rzecz w tym, iż definicja środka zastępczego ze względu na swój otwarty charakter na pewno nie spełniała konstytucyjnych wymogów jasnej i precyzyjnej definicji przestępstwa. Odwołanie się więc do odpowiedzialności karnej mogło pociągnąć za sobą zarzut niekonstytucyjności. W konsekwencji środki zastępcze zostały poddane specjalnej kontroli o charakterze administracyjnym, realizowanej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które w przypadku uznania, iż mamy do czynienia z wytwarzaniem lub wprowadzaniem do obrotu środków zastępczych wymierzały na podstawie art. 52a u.p.n. sankcję finansową o charakterze administracyjnym, zwaną karą pieniężną, w wysokości od 20 000 do 1 000 000 zł. Była to sankcja potencjalnie bardzo dotkliwa, ale nie miała ona charakteru sankcji karnej, co w zasadzie czyniło zarzut niekonstytucyjności bezprzedmiotowym. Nowelizacja z września 2010 roku wprowadziła w Polsce swoisty dualizm czy też dwutorowość kontroli substancji psychoaktywnych. Środki odurzające i substancje psychotropowe definiowane poprzez system wykazów, stanowiących załączniki do u.p.n., były przedmiotem kontroli prawnokarnej. Natomiast środki zastępcze, określane przy pomocy niezbyt precyzyjnej, noszącej wyraźne znamiona analogii definicji zawartej w art. 4 pkt 27 u.p.n., objęte były zakazem blankietowym i były przedmiotem kontroli o charakterze administracyjnym.

Taki stan rzeczy uległ kolejnej zmianie (aczkolwiek nie co do swej istoty) na skutek kolejnej nowelizacji u.p.n., dokonanej w kwietniu 2015 roku. Wprowadziła ona do ustawy kolejne pojęcie, a mianowicie pojęcie nowej substancji psychoaktywnej, zdefiniowane w art. 4 pkt 11a. Substancjami takimi stały się substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych, wydanym na podstawie art. 44b ust. 2 u.p.n. Pojawił się więc kolejny, obok wykazu środków odurzających i substancji psychotropowych, wykaz kontrolowanych substancji psychoaktywnych, będący jednak załącznikiem nie do samej ustawy, lecz do rozporządzenia ministra zdrowia. Nowelizacja z roku 2015 zmieniła równocześnie definicję środka zastępczego z art. 4 pkt 27

u.p.n. Stały się nimi produkty zawierające nowe substancje psychoaktywne (a więc te umieszczone we wspomnianym wykazie) lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, które mogą być użyte zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa. Tak nowe substancje psychoaktywne, jak i środki zastępcze pozostały objęte zakazem blankietowym sformułowanym w art. 44b ust. 1 u.p.n., a jego naruszenia w przypadku obu tych kategorii substancji były nadal zagrożone karą pieniężną, przewidzianą w art. 55a u.p.n., a nie sankcjami karnymi. System pozostał więc co do swej istoty dualistyczny: kontrola prawnokarne dotyczyła niezmiennie środków odurzających i substancji psychotropowych określonych w wykazach stanowiących załączniki do ustawy, a kontrola administracyjnoprawna, poza środkami zastępczymi (definiowanymi nadal w ogólnych kategoriach noszących znamiona definicji analogowej), objęła także nowe substancje psychoaktywne, definiowane co prawda poprzez stosowny wykaz (a więc w bardzo skonkretyzowany sposób, analogiczny do środków odurzających i substancji psychotropowych), stanowiący jednak załącznik do rozporządzenia ministra, a nie do ustawy. W przypadku tej ostatniej kategorii intencją ustawodawcy było umożliwienie szybszego niż w przypadku załączników do ustawy uzupełniania owych wykazów, a tym samym lepszego nadążania za zmianami na rynku „dopalaczy”. Najwyraźniej jednak, być może właśnie ze względu na to, że chodziło o załącznik do rozporządzenia, a nie do ustawy i związane z tym obawy co do konstytucyjności takiego rozwiązania, ustawodawca nie zdecydował się wówczas na objęcie czynów dotyczących nowych substancji psychoaktywnych sankcjami karnymi. Przedstawiony powyżej system dualistyczny, pomimo prób jego doskonalenia, nastroczał wiele kłopotów praktycznych. Powszechnym przedmiotem narzekania było to, że organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie były wyposażone w odpowiednie instrumenty prawne umożliwiające podejmowanie efektywnych działań wobec osób i grup trudniących się produkcją czy handlem „dopalaczami”. Umowa o współpracy w tym zakresie z policją nie rozwiązała wszystkich problemów. Równocześnie piętą achillesową całego systemu była niezdolność do efektywnego egzekwowania nałożonych kar finansowych. Jak podaje raport NIK z 2017 roku, w latach 2011–2016 Powiatowe Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne nałożyły kary pieniężne w łącznej kwocie 13,1 mln zł. Wyegzekwować, w tym w drodze egzekucji, udało się jednak w tym okresie, zaledwie 0,6 mln zł, tj. 4,8%

łącznej sumy nałożonych kar. Taki stan rzeczy stwarzał narastającą presję na podjęcie decyzji o poddaniu nowych substancji psychoaktywnych kontroli prawnokarnej na takich samych zasadach jak środki odurzające i substancje psychotropowe, albowiem sankcje karne uznawano za jedyne potencjalnie efektywne narzędzie reakcji na zagrożenia stwarzane przez „dopalacze”. Przejawem takiej tendencji do przesuwania nowych substancji psychoaktywnych z obszaru kontroli administracyjnoprawnej do kontroli prawnokarnej były przypadki wnoszenia przez prokuraturę aktów oskarżenia w stosunku do osób handlujących „dopalaczami”, na podstawie art. 165 § 1 pkt 2 Kodeksu karnego, tj. w związku ze spowodowaniem niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia wielu osób poprzez wyrób lub wprowadzanie do obrotu szkodliwych dla zdrowia substancji. Zastosowanie tego przepisu do takich przypadków, aczkolwiek zaakceptowane w orzecznictwie sądów, w tym Sądu Najwyższego, budziło jednak sporo kontrowersji jako przejaw „kreatywnej” interpretacji tego przepisu, a poza tym było dla prokuratury bardzo uciążliwe ze względów dowodowych.

Nowela z lipca 2018 roku

Konsekwencją powyższych niedostatków dualistycznego systemu kontroli substancji psychoaktywnych była jego radykalna zmiana (aczkolwiek nie całkowite porzucenie), dokonana przez najświeższą nowelizację u.p.n. z 20 lipca 2018 roku. Jej podstawowym celem było poddanie nowych substancji psychoaktywnych kontroli prawnokarnej, na równi ze środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Dokonano tego przy pomocy dwóch zabiegów. Przede wszystkim nowelizacja dokonała zmiany statusu wszystkich wykazów środków odurzających i substancji psychotropowych. Nowe brzmienia definicji środka odurzającego, substancji psychotropowej i nowej substancji psychoaktywnej, zawarte w art. 4 pkt 26, 25 i 11a u.p.n., uczyniło te wykazy załącznikami do wydanego, na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 44f u.p.n., Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających i nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U.2018.1591). Oznacza to de facto powrót do stanu prawnego, jaki istniał przed rokiem 1997, na gruncie ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku. W konsekwencji kluczowe dla kwestii odpowiedzialności karnej za przestępstwa zdefiniowane w rozdziale 7 u.p.n. pojęcia środka odurzającego, substancji psychotropowej i nowej substancji

psychoaktywnej są dzisiaj w istotnej części definiowane na poziomie aktu prawnego rangi niższej niż ustawa. Definicje z art. 4 pkt 26, 25 i 11a u.p.n. zawierają co prawda pewne elementy merytoryczne, ale ich konkretyzacja następuje poprzez decyzję ministra (poprzedzoną rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych), co do zawartości wykazów. Może to rodzić pytanie: czy takie rozwiązanie jest zgodne z art. 41 ust. 1 Konstytucji RP? Trzeba powiedzieć wyraźnie, że pomimo istotnych wątpliwości, sprawa nie jest całkowicie jednoznaczna. Warto zwrócić uwagę, że utrzymany został system wykazów konkretnych substancji oraz ich grup (a więc wprowadzono elementy definicji generycznej), które nie pozostawiają żadnych wątpliwości co do tego, czy coś jest, czy nie jest substancją kontrolowaną. Problematiczne może być natomiast przeniesienie tych wykazów na poziom rozporządzenia, co może naruszać zasadę, że przepisy prawa karnego definiujące przestępstwa muszą być stanowione wyłącznie przez ustawę. Trzeba jednak wyraźnie stwierdzić, iż wymóg ten nie ma charakteru absolutnego. Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego w tej kwestii nie jest obfite i całkowicie jednoznaczne. Na przykład wyrok TK z 26 kwietnia 1995 roku był w tej kwestii bardzo rygorystyczny, natomiast wyrok TK z 20 lutego 2001 roku był w tym zakresie mniej kategoriyczny. Nie zmienia to jednak faktu, że na skutek przyjętego rozwiązania istotna część ustawowej definicji przestępstw z rozdz. 7 u.p.n. nie jest definiowana przez samą ustawę i decyzje w tej sprawie podejmuje nie parlament, lecz minister, a tym samym to minister *de facto* decyduje o tym, co będzie przestępstwem, a co nie. Można oczywiście rozumieć intencję ustawodawcy, który chciał w ten sposób usprawnić i przyspieszyć proces uzupełniania wykazów, aczkolwiek pozostaje pytanie, czy nie odbyło się to zbyt dużym kosztem, tym bardziej, że problem w zasadzie nie leżał w sposobie uzupełniania wykazów środków odurzających i substancji psychotropowych (nie były one w ogóle uzupełniane od ostatniej nowelizacji u.p.n. w tym zakresie z 2015 roku). Dotyczył on wykazu nowych substancji psychoaktywnych, który od początku pozostawał na poziomie rozporządzenia. Warto zresztą zaznaczyć, że w latach 2015–2018 minister zdrowia uzupełnił ten wykaz zaledwie dwa razy.

W odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych nowela lipcowa nie zmieniła statusu ich wykazu, ale wyjęła je spod kontroli administracyjnej i poddała kontroli prawnokarnej. Odkryło się to przez uzupełnienie definicji

większości typów przestępstw określonych w rozdziale 7 u.p.n. w ten sposób, że zawarte w nich zakazy dokonywania wbrew przepisom ustawy całego szeregu czynności (przywóz, wywóz, przewóz, wprowadzanie do obrotu, udzielanie innej osobie, udzielanie innej osobie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej), które przed nowelizacją dotyczyły tylko środków odurzających i substancji psychotropowych, po wejściu w życie nowelizacji zaczęły dotyczyć również nowych substancji psychoaktywnych. Tak więc za czyny których przedmiotem są te ostatnie, od 21 sierpnia 2018 roku, tj. daty wejścia w życie nowych przepisów, grożą takie same sankcje karne, jak w przypadku środków odurzających i substancji psychotropowych. Nie dotyczy to jedynie dwóch czynności: wytwarzania i posiadania. W przypadku wytwarzania środków odurzających lub substancji psychotropowych (art. 53 ust. 1 u.p.n.) grozi bowiem kara pozbawienia wolności do lat 3, natomiast w przypadku wytwarzania nowych substancji psychoaktywnych (art. 53 ust. 1a u.p.n.), przewidziana jest tzw. sankcja alternatywna, tj. albo grzywna, albo ograniczenie wolności albo pozbawienie wolności, do lat 3. Głębszego złagodzenia zagrożenia ustawowego dokonano w przypadku posiadania substancji kontrolowanych. W przypadku posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych w ilościach mniejszych niż znaczne (art. 62 ust. 1 u.p.n.), grozi bowiem kara do 3 lat pozbawienia wolności, a w przypadku nowych substancji psychoaktywnych (art. 62b ust. 1 u.p.n.), wyłącznie kara grzywny. Można więc powiedzieć, że ustawodawca polski poszedł przynajmniej po części śladem rozwiązań przyjętych we wspomnianych brytyjskiej i niemieckiej ustawach o nowych substancjach psychoaktywnych i próbował ograniczyć odpowiedzialność użytkowników tych substancji za ich posiadanie. Ale zrobił to w sposób mniej konsekwentny, bowiem przepisy brytyjskie i niemieckie w ogóle wykluczają odpowiedzialność karną za posiadanie NSP na własny użytek.

Powstaje pytanie: czy rozwiązaniem lepszym, niż przyjęte w nowelizacji lipcowej, nie byłoby pójście drogą obraną przez ustawodawcę niemieckiego we wspomnianej ustawie o nowych substancjach psychoaktywnych z 2016 roku, który borykał się z identycznymi co w Polsce problemami dotyczącymi kwestii konstytucyjnych zasad w zakresie ustawowej określoności czynu zabronionego? Oznaczałoby to po prostu przyjęcie w ustawie odpowiednio rozbudowanej definicji rodzajowej (generycznej) określonych grup nowych substancji psychoaktywnych, która pozwoliłaby na poddanie ich reżimowi odpowiedzialności karnej bez

stwarzania jakichkolwiek wątpliwości co do przestrzegania zasady *nullum crimen sine lege*. Nie byłoby wówczas potrzeby przenoszenia wykazu środków odurzających i substancji psychotropowych na poziom rozporządzenia ministra, tym bardziej, że utworzenie dzisiaj w sejmie szybkiej ścieżki legislacyjnej dla dokonywania stosownych zmian w wykazach nie nastęrczałoby żadnej trudności. Objęcie nowych substancji psychoaktywnych kontrolą prawnokarną na równi ze środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi nie oznacza jednak, że polski system utracił całkowicie swój dualistyczny czy też

dwutorowy charakter. Znowelizowana u.p.n. zachowała bowiem zakaz blankietowy w odniesieniu do środków zastępczych. Stanowią one niejako kategorię dopełniającą, swoiste zabezpieczenie umożliwiające kontrolę i pociąganie do odpowiedzialności w przypadku czynów dotyczących substancji nieznajdujących się w żadnym z trzech wykazów. Tak jak przed lipcem 2018 roku czyny takie objęte są jednak wyłącznie kontrolą administracyjną i nadal zagrożone karą pieniężną przewidzianą w art. 55a u.p.n. Faktem jest natomiast, iż zakres tej formy kontroli substancji psychoaktywnych uległ zasadniczemu ograniczeniu.

Skuteczność terapii pracoholizmu zależy w głównej mierze od trafnego rozpoznania problemu. Uzależnienie od pracy konceptualnie należy utożsamiać z nieadaptacyjnym stylem pracy, a nie nadmiarowym czasem pracy. Znaczące jest odróżnienie symptomów zdrowego zapracowania (entuzjazmu pracy) od problematycznego nałogu pracy (pracoholizmu). Nie jest to możliwe na podstawie samych objawów (emocji czy zachowań).

ROZPOZNANIE UZALEŻNIENIA OD PRACY I PERSPEKTYWY PSYCHOTERAPII¹

Kamila Wojdyło

Instytut Psychologii, Polska Akademia Nauk

Work craving to nowe pojęcie określające uzależnienie od pracy. W czasach intensywnego zapracowania coraz więcej osób pyta: Jak trafnie rozpoznać uzależnienie od pracy? Jak odróżnić je od entuzjazmu pracy? Jak leczyć osoby uzależnione od pracy?

W artykule przedstawiam konceptualizację uzależnienia od pracy (pracoholizmu) w kontekście autorskiej koncepcji *work craving*, opisującej patomechanizmy tej formy uzależnienia. Argumentuję, że ujmowanie zjawiska pracoholizmu jako zjawiska obsesyjno-kompulsywnego jest niewystarczające. Omawiam różnice między zdrowym zapracowaniem, zwanym entuzjazmem pracy, a pracoholizmem. Przedstawiam również propozycję poznawczo-behawioralnego modelu pracoholizmu, który może być pomocny w psychoedukacji pacjentów i psychoterapii o orientacji poznawczo-behawioralnej.

Wprowadzenie

Jedną z podstawowych trudności na poziomie diagnostycznym związanych z destruktywnym zapracowaniem jest trafne rozpoznanie, tj. odróżnienie zjawiska zdrowego za-

pracowania od formy patologicznej zapracowania, określanej pracoholizmem. Jak wiadomo, pracoholizm nie jest jeszcze uznany w systemie klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM. Aktualne trudności dotyczące diagnozy i konceptualizacji pracoholizmu można spostrzegać, przede wszystkim, jako konsekwencję niejednoznaczności w obszarze definicji oraz badań nad zjawiskiem, które wiążą się z co najmniej trzema aspektami (por. Wojdyło, 2015a, 2015b):

- często błędną nomenklaturą stosowaną do określenia zdrowych zjawisk mianem pracoholizmu i mylnym utożsamianiem uzależnienia od pracy ze zdrowym zjawiskiem entuzjazmu pracy,
- zdarzającym się nietrafnym pomiarem zjawiska, opartym na kryteriach opisujących zdrowe intensywne zaangażowanie w pracę (np. liczba godzin pracy, satysfakcja z pracy),
- niejednokrotnie nietrafnymi wnioskami, które dotyczą zjawisk zdrowych, a przypisywane są – jako konsekwencja błędnej nomenklatury i nietrafnego pomiaru – zjawisku pracoholizmu.

Zjawiska związane z zaangażowaniem w pracę wielu autorów wciąż mylnie definiuje jako pracoholizm, „okraszając” to

pojęcie terminami zmieniającymi jego sens, np. praco-
holizm funkcjonalny, entuzjastyczny, pozytywny.
Trudno mówić o pozytywnym praco-
holizmie w obliczu
mechanizmów, które leżą u jego podłoża, a które mają
jednoznacznie znamiona patologii.

Większość aktualnych badań nad praco-
holizmem zgod-
nie pokazuje, że zjawisko ma charakter patologiczny
i nie zawiera w swym składzie komponentu satysfakcji
z pracy (np. Robinson, 2007; Schaufeli, Taris, Bakker,
2006). Praco-
holizm ma jednolitą, uzależnieniową naturę,
która w koncepcji *work craving* nazywana jest pojęciem
pożądania pracy (Wojdyło, 2013a; Wojdyło i in., 2013;
Wojdyło, Baumann, Fischbach, Engeser, 2014; Wojdyło,
Karlsson, Baumann, 2016; Wojdyło, Baumann, Kuhl,
2017).

Wyróżnianie grupy „entuzjastycznych praco-
holików”
jest zdecydowanie krytykowane w literaturze przedmiotu
(Mudruck, 2006; Schaufeli, Taris, Van Rhenen, 2008).
Liczne badania pokazują, że entuzjazm pracy i praco-
holizm są odrębnymi konstruktami (np. Schaufeli, Taris,
Van Rhenen, 2008), bo u podłoża obydwu zjawisk leżą
odmienne mechanizmy psychologiczne.

Czym różni się praco- holizm od entuzjazmu pracy?

Shimazu i Schaufeli (2009), badacze zajmujący się między
innymi praco-
holizmem, określają zjawisko jako „złą
postać” nadmiernego/intensywnego pracowania, w prze-
ciwieństwie do entuzjazmu pracy, który nazywają „dobrą
formą” intensywnego pracowania. Czym różni się zdrowe,
silne zapracowanie od patologicznej, destruktywnej jego
postaci? W pracy z pacjentami używam często metafor,

bo uważam je za bardzo nośne i pomocne w zrozumie-
niu przez pacjenta własnych trudności i mechanizmów
podtrzymujących problem. W celu wskazania różnic
między praco-
holikiem a entuzjastą pracy posłużę się tu
zatem metaforą „pszczoły”.

„Ducha” praco-
holizmu odnaleźć można na przykład
w środowisku ula w filmie „Pszczółka Maja”. Pszczoły
kierują się tam pewnymi zasadami: „Pszczółka nie może
mieć frajdy”, „Nie może się wygłupiać”. Praco-
holik żyje
właśnie według takich dość sztywnych zasad, wykluczają-
cych harmonię życia osobistego i pracy. Jednak te zasady
są obce Mai, która tak jak inne pszczoły chce odgrywać
ważną rolę w środowisku pracy ula, ale... ona jest inna.
Maja chce pracować, ale jednocześnie bawić się przy
tym. Chce być sobą w tym, czym się zajmuje. W postaci
Mai można rozpoznać usposobienie entuzjasty pracy,
którego praca pasjonuje i w tej pasji pracy nie zapomina
o swoich potrzebach. Różnica między praco-
holikiem i entuzjastą pracy przekłada się więc między innymi na
odmienny sposób przeżywania pracy, odmienny styl życia
oraz ich konsekwencje. Entuzjasta, w przeciwieństwie
do praco-
holika, nie przeżywa uporczywego przymusu
pracy, konstruktywnie radzi sobie z porażkami, potrafi
wyłączyć się z pracy, kiedy chce i oddać się w pełni innym
niż praca zajęciom.

Nie do końca trafne jest więc spotykane czasami twier-
dzenie, iż entuzjasta różni się od praco-
holika tym, że
przeżywa emocje pozytywne. Entuzjasta, jak każdy,
przeżywa również emocje negatywne. Tylko w odróż-
nieniu od praco-
holika potrafi te różne trudne emocje
„utrzymać” w sobie, radzić sobie z nimi w konstruk-
tywny sposób, a nie poprzez zapracowanie. Praco-
holik
odmiennie – w chwilach niepowodzeń (gdy czuje lęk),

**Tabela 1. Wybrane kryteria różnicujące praco-
holizm i entuzjazm pracy.**

Praco- holizm	Entuzjazm pracy
Motywacja do wykazania się własnymi osiągnięciami (rywalizacyjna), motywacja kontroli.	Motywacja ukierunkowana na własny rozwój (mistrzowska), autonomiczna.
Zapobieganie porażce, ukierunkowanie na unikanie i redukcję emocji negatywnych (lęku, niepokoju, poczucia winy).	Ukierunkowanie na rozwój, zdolność do „utrzymywania” emocji negatywnych i ich wykorzystywania w regulacji własnych aktywności.
Perfekcjonizm neurotyczny (nierealistyczne standardy).	Perfekcjonizm zdrowy (realistyczne standardy).
Praca jako jedyny środek do określenia własnego Ja; oddzielenie od innych rodzajów własnej tożsamości.	Personalna identyfikacja z pracą, duma i zadowolenie; poświęcenie pracy spostrzegane jako rozwój Ja.
Potrzeba kontroli, brak zdolności do uzyskiwania satysfakcji z innych niż praca aspektów życia.	Zaangażowanie, poczucie odpowiedzialności, poczucie satysfakcji również z innych niż praca aspektów życia.

Opracowanie: K. Wojdyło.

czy w sytuacjach oderwania od pracy (gdy przeżywa poczucie winy), będzie uciekać w pracę, bo tylko w niej znajduje prawdziwe „ukojenie”. Pożywką, jaką człowiek odnajduje w nałogu pracy, związana jest ze specyficznymi doznaniem emocjonalnymi, jakich dostarcza praca. Z jednej strony nałóg pracy jest powtarzalną strategią dostarczania sobie emocjonalnego ukojenia w chwilach napięcia i niepokoju. Z drugiej zaś – staje się jedyną znaną pracoholikowi strategią podbudowywania niskiego poczucia własnej wartości. Z mojego doświadczenia terapeutycznego wynika, że pracoholicy cierpią z powodu doskwierającego uczucia pustki, której „nie jest w stanie zapełnić tak jak praca”. Mówią również o wszechogarniających, pobudzających „ukłuciu” adrenaliny i poczuciu omnipotencji oraz podekscytowania, odczuwanych w chwilach „szału” pracy. W tabeli 1. zestawiono wybrane kryteria różnicujące pracoholików i entuzjastów pracy.

U podłoża pracoholizmu i zdrowego silnego zaangażowania w pracę leżą odmienne mechanizmy. W badaniach wykazano (Wojdyło, Baumann, Kuhl, 2017), że pracoholizm związany jest z deficytami w zakresie zdolności samoregulacji (w sensie zdolności do regulacji negatywnego afektu, wzbudzania afektu pozytywnego i autonomicznego motywowania samego siebie) przy jednocześnie wysokim poziomie samokontroli (w sensie tłumienia „pokus”, determinacji w dążeniu do celu, zadaniowości). Słabe zdolności samoregulacji i silna samokontrola skutkują pojawieniem się u pracoholików symptomów stresu i negatywnych konsekwencji zdrowotnych (Wojdyło, Baumann, Kuhl, 2017). W odróżnieniu od pracoholizmu zdrowe, silne zaangażowanie w pracę

wiąże się zarówno z wysokim poziomem samoregulacji, jak i wysokim poziomem samokontroli, a taka kombinacja zdaje się chronić przed negatywnymi zdrowotnymi skutkami silnego zaangażowania się w pracę. Badania pokazały, że deficyty emocjonalnej regulacji (zarówno w regulacji odpoczynku, jak i motywacji działania i powstrzymywania się) są istotnie związane z dolegliwościami zdrowotnymi w wyniku uzależnieniowego stylu pracy, lecz nie entuzjazmu pracy (Wojdyło i in., 2014).

Przymus pracy nie wystarcza, by zdiagnozować uzależnienie od pracy

Witold Gombrowicz w „Autobiografii pośmiertnej” wyznaje: *Dochodziłem do obsesji, nie mogłem zupełnie się oderwać (...)*. Czy w przypadku obsesyjno-kompulsywnego stylu pracy mamy już do czynienia z uzależnieniem od pracy? Niekoniecznie.

Niektórzy badacze twierdzą, że pracoholizm można zdiagnozować na podstawie dwóch głównych objawów: tendencji do intensywnego pracowania (*work excessively hard*) i kompulsywnego stylu pracy (*an obsessive, irresistible inner drive to work excessively hard*) (Golińska, 2008, 2011; Hornowska i Paluchowski, 2007; Schaufeli, Taris, Bakker, 2006; też: Robinson, 2007; Spence, Robbins, 1992).

Natomiast zgodnie z koncepcją pracoholizmu jako uzależnienia behawioralnego (Wojdyło, 2013a; Wojdyło i in., 2014), objawy obsesyjno-kompulsywne są niewystarczające do wyjaśnienia uzależnieniowej natury pracoholizmu,

Tabela 2. Komponenty uzależnienia od pracy (*work craving*).

Mechanizm	Komponent	Charakterystyka
Behawioralny	Obsesyjno-kompulsywne pożądanie pracy.	Stan motywacyjny o charakterze uporczywego pragnienia, obsesyjnej chęci stałego zajmowania się pracą, przejawiający się w obsesyjnym myśleniu o pracy i/lub kompulsywnym zaangażowaniu w nią.
Hedonistyczny	Oczekiwanie wzmocnienia niskiego poczucia własnej wartości.	Oczekiwanie wzmocnienia niskiego poczucia własnej wartości (poczucia kompetencji, skuteczności, ważności) w wyniku kompulsywnego zaangażowania w pracę.
	Oczekiwanie redukcji emocji negatywnych i symptomów odstawiennych.	Oczekiwanie ulgi związanej z redukcją emocji negatywnych (napięcia, lęku, poczucia winy, przygnębienia) i symptomów odstawiennych (zmęczenia, wyczerpania) w wyniku kompulsywnego zaangażowania w pracę.
Poznawczy	Neurotyczny perfekcjonizm.	Tendencja do wyznaczania sobie nierealistycznych standardów osiągnięć i interpretowania naruszenia tych standardów jako niepowodzenia oraz jako brak pewności/przekonania/zaufania dotyczącego własnych zdolności, aby wykonać coś właściwie.

Opracowanie: K. Wojdyło.

ponieważ pomijają inne ważne mechanizmy charakterystyczne dla tej formy uzależnienia. Jeśli pracoholizm rozumiany jest z jednej strony jako obsesyjno-kompulsywne zjawisko, z drugiej zaś zaliczany jest zarazem do uzależnień behawioralnych (np. Ogińska-Bulik, 2010), to taki stan rzeczy implikuje pewną niekonsekwencję. Określanie pracoholizmu wyłącznie w kategoriach obsesyjno-kompulsywnych nie pozwala uznać pracoholizmu za uzależnienie, gdyż mechanizmy uzależnieniowe różnią się od obsesyjnych. Zgodnie z założeniami koncepcji *work craving*, bez uwzględnienia funkcji zapracowania i określenia, jaką rolę pełnią emocje w procesie intensywnego pracowania, nie można rozpoznać, czy grupy osób, które charakteryzuje przymus pracy, są osobami uzależnionymi od pracy, czy też nie (Wojdyło, 2013a).

Work craving – konceptualizacja pracoholizmu jako uzależnienia i patomechanizmów zjawiska

Aktualnie można wskazać na dwa istniejące modele teoretyczne konceptualizujące pracoholizm jako uzależnienie – Griffithsa (2011) i Wojdyło (2013a; 2016). Opracowanie kryteriów uzależnienia od pracy w analogii do kryteriów uzależnień substancjalnych w literaturze polskiej przedstawili Woronowicz (2009) oraz Wojdyło (2010).

Można zauważyć, że model Griffithsa skupia się głównie na symptomach/objawach uzależnienia od pracy (np. uwydatnienie znaczenia pracy w myśleniu i zachowaniu; objawy abstynencyjne, konflikt w relacjach społecznych) niż jego mechanizmach (Griffiths, 2005). W odróżnieniu od dotychczasowych koncepcji pracoholizmu, koncepcja *work craving* pokazuje natomiast wzajemny związek za-

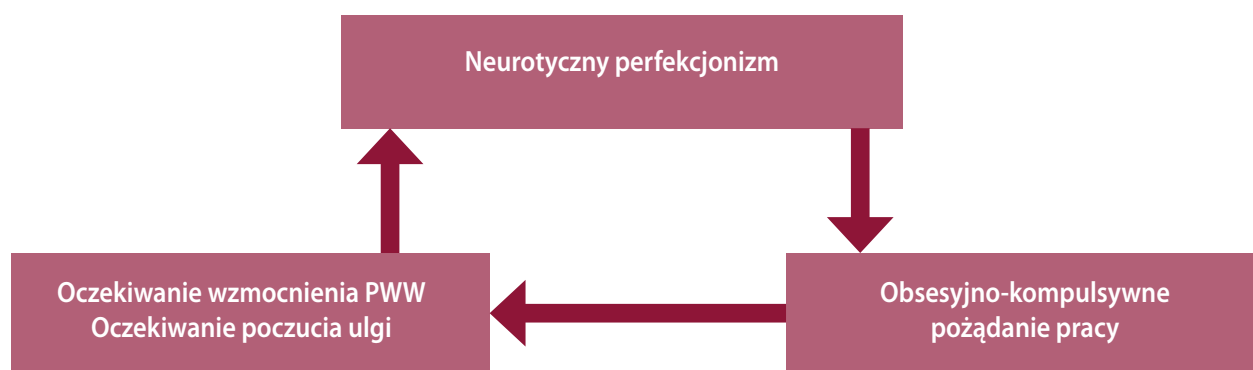
leżnieniowych i obsesyjno-kompulsywnych elementów tworzących uzależnienie od pracy oraz wyjaśnia patomechanizmy zjawiska (Wojdyło, 2013a; 2016).

W koncepcjach uzależnień (zarówno substancjalnych, jak i niesubstancjalnych) podkreśla się znaczenie trzech psychologicznych komponentów: a) kompulsywnego dążenia, b) afektywnego lub hedonicznego komponentu związanego z przyjemnością/gratyfikacją oraz c) komponentu opartego na mechanizmach uczenia się (poznawczego) (Berridge, Robinson, Aldridge, 2009). W nawiązaniu do modeli uzależnień, w koncepcji *work craving* (Wojdyło, 2013a) wyróżnia się: kompulsywne (behawioralne), hedoniczne (emocjonalne) oraz wyuczone (poznawcze) komponenty, uprawniające do rozpoznania uzależnienia od pracy (tabela 2).

Jak wynika z przedstawionej na rycinie 1. struktury uzależnienia od pracy, obsesja-kompulsja jest jednym z komponentów zjawiska. Koncepcja *work craving* proponuje uzupełnienie obsesyjno-kompulsywnego trzonu pracoholizmu o dwa dodatkowe elementy – hedonistyczny i poznawczy, wyjaśniających patomechanizmy leżące u jego podłoża. Pracoholik pracuje nieustająco w sposób obsesyjno-kompulsywny, by z jednej strony wzmocnić własne niskie poczucie wartości, a z drugiej strony – uzyskać ulgę (zredukować emocje negatywne i symptomy odstawienne). Ponieważ jednak za sprawą pracowania nigdy nie może tych emocjonalnych efektów osiągnąć na trwałe, musi stale zawiązać sobie standardy dokonań („Nigdy nie jest wystarczająco dobrze”), co w koncepcji *work craving* określa się mianem neurotycznego perfekcjonizmu.

W tym sensie konstrukt *work craving* definiuje uzależnieniową naturę pracoholizmu bardziej wyczerpująco niż sam wymiar tendencji obsesyjno-kompulsywnych.

Ryc. 1. Konceptualizacja patomechanizmów uzależnienia od pracy (*work craving*).



Opracowanie: K. Wojdyło.

Warto zaznaczyć, że włączenie komponentu neurotycznego perfekcjonizmu do definicji pracoholizmu jako uzależnienia jest znaczące, między innymi z tego względu, że pozwala odróżnić pracoholizm od innych form silnego zapracowania (np. wzoru zachowania A lub entuzjazmu pracy), które związane są ze zdrową formą perfekcjonizmu (Hallberg, Johansson, Schaufeli, 2007). Na podstawie koncepcji *work craving* funkcjonalności pracoholizmu upatruje się zatem w tym, że z jednej strony pełni on rolę *strategii zaradczej* w radzeniu sobie z niskim poczuciem własnej wartości i negatywnym afektem, z drugiej strony pełni funkcję *strategii kompensacyjnej*, bo polega na dążeniu do utrzymywania kontroli w obliczu problemów w zakresie regulacji emocji i motywacji (deficytu zdolności samoregulacji).

Poszczególne elementy modelu *work craving* znajdują swoje uzasadnienie i potwierdzenie w szeregu doniesień empirycznych, badaniach przeprowadzonych na różnych próbach pracowników, zarówno w Polsce, jak i w Niemczech (Wojdyło i in., 2013; Wojdyło i in., 2014; Wojdyło i in., 2016; Wojdyło i in., 2017). Narzędziem pozwalającym mierzyć tak rozumiane uzależnienie od pracy jest opracowany Kwestionariusz Pożądania Pracy (*Work Craving Scale*, WCS) (Wojdyło, Buczny, w druku). Kwestionariusz umożliwia zbadanie nasilenia czterech głównych objawów uzależnienia od pracy: obsesyjno-kompulsywnych, hedonistycznych (oczekiwanie kompensacji niskiego poczucia własnej wartości i oczekiwanie redukcji emocji negatywnych oraz symptomów odstawiennych) oraz neurotycznego perfekcjonizmu. W wyniku badań z użyciem kwestionariusza *work craving* stwierdzono, że uzależnienie od pracy związane jest z depresją, myślami ruminacyjnymi oraz wypaleniem zawodowym (Wojdyło i in., 2013).

Poznawczo-behawioralny model pracoholizmu

Na podstawie analizy dotychczasowych danych klinicznych, wieloletnich badań i danych empirycznych dotyczących pracoholizmu (Wojdyło, 2010) oraz w oparciu o koncepcję osobowości Ellisa (1999) i model depresji Becka (1967) zaproponowałam model poznawczo-behawioralny pracoholizmu, wraz z wyróżnieniem niektórych czynników podtrzymujących zaburzenie i predysponujących do jego powstania (Wojdyło, 2010; 2013b) (ryc. 2).

W poznawczo-behawioralnym modelu uzależnienia od pracy przyjmuje się, że najbardziej istotnym elementem dla powstania i podtrzymywania uzależnienia są dwójki rodzaju przekonania:

- dysfunkcyjne schematy poznawcze związanych z własnym niskim poczuciem wartości/ważności oraz
- przekonania dotyczące znaczenia zapracowania jako warunku dla poczucia własnej wartości i akceptacji przez innych/braku odrzucenia (myśli automatyczne, schematy i zniekształcenia poznawcze, które pośredniczą w utrwalaniu się specyficznych emocji i wpływają na wzorce zachowania uporczywości pracy).

W modelu przyjmuje się, że podstawą tworzenia się kluczowych przekonań, prowadzących do rozwoju pracoholizmu, są wczesne dysfunkcyjne doświadczenia w interakcji z rodzicami/opiekunami, cechujące się przede wszystkim bardzo wysokimi wymaganiami, nierealistycznym perfekcjonizmem, brakiem konsekwencji, odrzucaniem (ze strony matki i ojca), często ochranianiem (ze strony matki), ukrywaniem emocjonalności. Powstające w wyniku wczesnych doświadczeń z okresu dzieciństwa dysfunkcyjne, negatywne ukryte przekonania (dotyczące Ja, innych i świata) są utrwalonymi schematami poznawczymi i – w przypadku braku psychoterapeutycznej pracy nad sobą – mogą utrzymywać się przez całe życie.

Na podstawie dotychczasowych badań (np. Burke, Mathiessen, 2004; Chamberlin, Zhang, 2009; Ishiyama i Kitayama, 1994) można przyjąć, że główne dezadaptacyjne schematy poznawcze u pracoholików to przekonania o własnej bezradności, niekompetencji, poczuciu bezwartościowości. Przekonania kluczowe wyznaczają kształtowanie się określonych zasad/postaw – dysfunkcyjnych założeń – wyznaczających strategię, jak postępować, by zapobiec ujawnianiu własnej nieadekwatności. Reguły postępowania zwane przekonaniem pośredniczącym w przypadku pracoholizmu dotyczyć mogą trzech głównych tematów: a) dążenia do nadmiernej perfekcji, b) dążenia do nadmiernego wykazywania się oraz c) dążenia do nadmiernego zdobywania uznania/podziwu ze strony innych osób.

W literaturze przedmiotu (Robinson, 2007) wyróżniono charakterystyczne dla osób uzależnionych od pracy irracjonalne przekonania/dysfunkcyjne założenia, które w terapeutycznym podejściu racjonalno-emotywnym określa się jako urojone imperatywy lub absolutyzu-

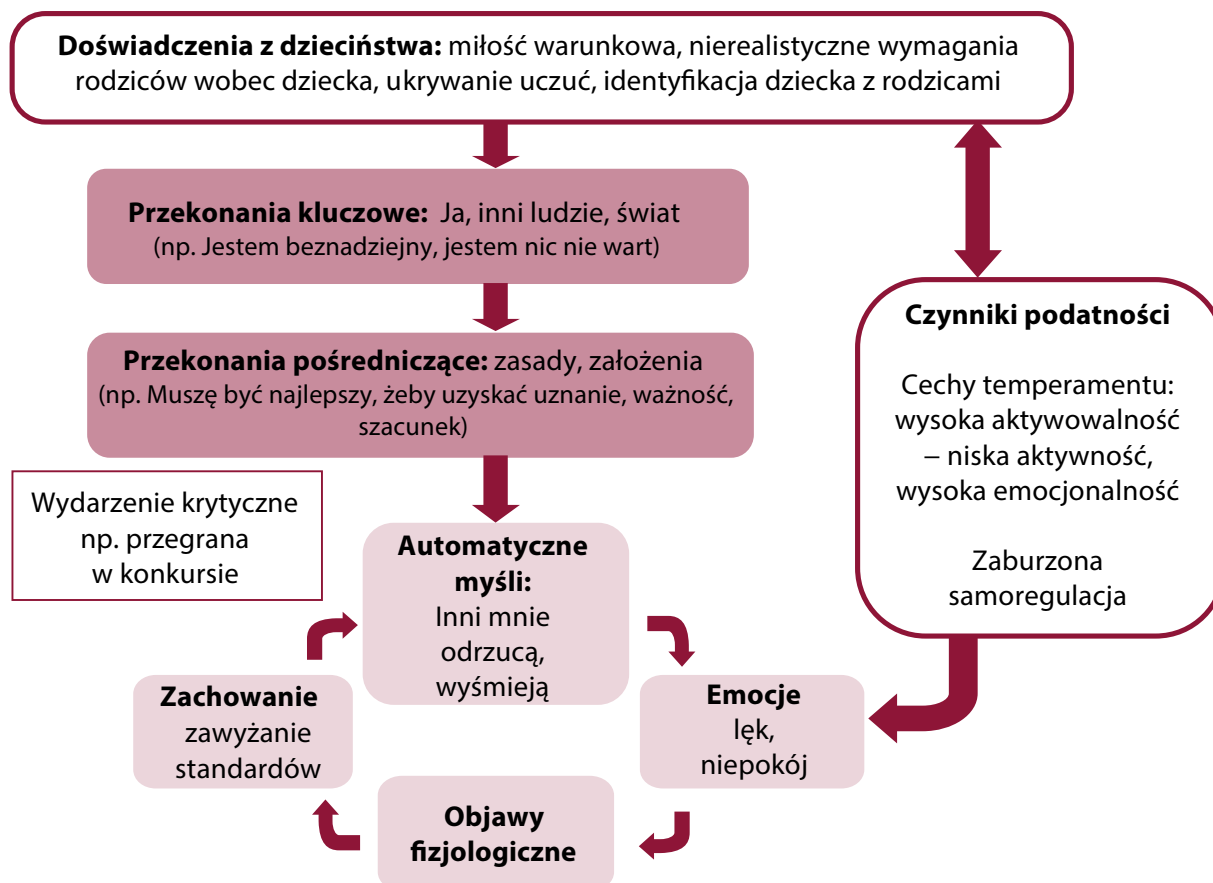
jące postawy (zob. Ellis, 1962). Są to wzorce myślenia, wyrażające przekonania między innymi o tym, że:

- Tylko wytrwała i ciężka praca zapewnia szczęście i zadowolenie z siebie.
- Człowiek musi pracować intensywnie, bo wymaga tego środowisko pracy, przełożony oraz rodzina.
- Aby czuć się szczęśliwym, człowiek musi wykonywać wszystko maksymalnie dobrze.
- Człowiek może być albo najlepszy, albo najgorszy, nie ma stanów „pośrednich”.
- Nie można zmienić własnego sposobu życia: zredukować planu zajęć, zwolnić tempa pracy i mniej pracować.
- Zabawa i przyjemność są marnowaniem czasu, ponieważ jest zbyt wiele pracy do wykonania.
- Należy dążyć do tego, by zdobyć sympatię innych, bo tylko wtedy człowiek może czuć się lepiej.

Funkcjonowanie osoby, która nadużywa pracy może przebiegać względnie bezproblemowo do czasu, gdy przez zapracowanie udaje się spełniać zasady zawarte w przekonaniach warunkowych i tymczasowo wzmacniać niskie poczucie własnej wartości.

Zgodnie z modelem poznawczo-behawioralnym, wystąpienie problemu uzależnienia od pracy poprzedzone jest zazwyczaj wystąpieniem wydarzeń krytycznych. Określone wydarzenie życiowe/krytyczne doświadczenie aktywuje dysfunkcjonalne kluczowe przekonania i prowadzi do wystąpienia problemu. Na podstawie założenia, że głównym wyznacznikiem uporczywości pracy jest niskie poczucie własnej wartości, można przypuszczać, że wydarzeniami krytycznymi, sprzyjającymi „załamaniu” i wystąpieniu symptomów uzależnienia od pracy, mogą być wszelkie sytuacje zagrażające podtrzymywaniu pozytywnego obrazu Ja związanego z karierą (np. powtarzające się niepowodzenia w związku z niespełnianiem standardów perfekcji, chroniczne wyczerpanie, wystąpienie symptomów chorobowych). Wydarzenia krytyczne uaktywniają dezadaptacyjne przekonania, a te z kolei wywołują jawne trudności, przejawiające się w formie wzajemnie powiązanych trudności emocjonalnych, dezadaptacyjnych myśli, reakcji fizjologicznych i dysfunkcjonalnych sposobów reagowania (ryc. 2).

Ryc. 2. Poznawczo-behawioralny model pracoholizmu.



Opracowanie: K. Wojdyło.

W monografii „Pracoholizm. Perspektywa poznawcza” (Wojdyło, 2010), wyróżniłam i omówiłam jawne trudności w zakresie różnych poziomów funkcjonowania pracoholika – poziom mikro, jak również ukryte patomechanizmy psychologiczne – poziom makro. Scharakteryzowałam czynniki predysponujące i podtrzymujące uzależnienie od pracy oraz zilustrowałam błędne koła procesów podtrzymujących uzależnienie związane z zawyżaniem standardów perfekcji, z uporczywą rywalizacją z innymi, z unikaniem życia rodzinnego, i z wydzielaniem adrenaliny.

W wyżej wymienionej publikacji omówiłam również specyfikę poznawczego funkcjonowania pracoholików na podstawie analizy wyników badań własnych.

W monografii „Uzależnienie od pracy. Teoria – diagnoza – psychoterapia” (Wojdyło, 2016) zaproponowałam integracyjne podejście do psychoterapii pracoholizmu, łączące trzy perspektywy: terapii ukierunkowanej na emocje, perspektywy poznawczo-behawioralnej oraz terapii schematów i trybów.

Podsumowanie

Skuteczność terapii pracoholizmu zależy w głównej mierze od trafnego rozpoznania problemu. Uzależnienie od pracy konceptualnie należy utożsamiać z nieadaptacyjnym stylem pracy, a nie nadmiarowym czasem pracy. Znaczące jest odróżnienie symptomów zdrowego zapracowania (entuzjazmu pracy) od problematycznego nałogu pracy (pracoholizmu). Nie jest to możliwe na podstawie samych objawów (emocji czy zachowań). W procesie diagnozy niezbędna jest analiza i rozpoznanie odmienności działania mechanizmów regulacyjnych w zależności od funkcji pracy: szukania potwierdzenia własnej wartości (w przypadku pracoholizmu) vs. radości pracy (w przypadku entuzjazmu pracy).

Według przedstawionej w artykule koncepcji *work craving* pracoholizm ma jednolitą, uzależnieniową naturę, w związku z czym diagnoza pracoholizmu powinna uwzględniać kryteria charakterystyczne dla uzależnienia od pracy, a nie obsesyjno-kompulsywnego zapracowania. Koncepcja *work craving* nawiązuje do modeli uzależnień substancjonalnych i poszerza rozumienie mechanizmu uzależnienia od pracy o czynniki osobowościowe, w aspekcie procesów emocjonalno-motywacyjnych i poznawczych. Konceptualizacja

pracoholizmu jako uzależnienia wskazuje na kompensacyjną, ochronną i zaradczą funkcję przymusowego stylu pracy oraz wyznaczania sobie neurotycznych standardów pracy. Objasnia mechanizm wchodzenia w uzależnienie od pracy i trwania w uzależnieniu. Kompulsywny styl pracy nie jest źródłem satysfakcji, ale sposobem kompensacji i radzenia sobie z niskim poczuciem własnej wartości, co daje chwilowe emocje pozytywne i redukuje negatywne.

Koncepcja *work craving* jest propozycją diagnostyczną, popartą wynikami badań, proponującą opis i wyjaśnienie mechanizmów generujących problem uzależnienia od pracy, co sprawia, że może być użyteczna w terapii. Przedstawiony w artykule model poznawczo-behawioralny jest propozycją teoretyczną i wymaga weryfikacji empirycznej – badań z udziałem pacjentów z problemem uzależnienia od pracy, współpracujących w terapii o orientacji poznawczo-behawioralnej. Model ten może być wykorzystywany w pracy z pacjentami z problemem patologicznego zapracowania. Ujęcie mechanizmów pracoholizmu w kategoriach poznawczo-behawioralnego modelu, ma co najmniej kilka implikacji o wartości aplikacyjnej:

- pozwala lepiej rozumieć wzajemnie zależności między treściami procesów myślowych, emocjonalnych i zachowań pracoholika i określić mechanizmy wyznaczające i podtrzymujące proces trwania pacjenta w uzależnieniu,
- umożliwia analizę problemów/trudności konkretnego pacjenta w kategoriach elementów poznawczo-behawioralnych i może być wykorzystywane w procesie psychoedukacji pacjenta w terapii,
- pozwala dobrać najbardziej adekwatne do określonych, występujących u pacjenta problemów, metody interwencji w zależności od zidentyfikowanych obszarów deficytowych (np. brak określonych adaptacyjnych zachowań w repertuarze zachowań pacjenta, deficyt w zakresie umiejętności nazywania emocji vs. dysfunkcyjne zasady i przekonania podtrzymujące mechanizmy uzależnienia od pracy).

Przypisy

- ¹ Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki (DEC/2011/01/M/HS6/02567). Korespondencję należy kierować na adres: Kamila Wojdyło, direkktkw@gmail.com

Bibliografia dostępna w redakcji.

Celem artykułu jest przedstawienie niektórych zmian w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży i ich wybranych uwarunkowań. Jest to zaproszenie do refleksji nad tym, gdzie byliśmy, gdzie jesteśmy i gdzie moglibyśmy być, korzystając z dotychczasowego dorobku w dziedzinie profilaktyki.

PROFILAKTYKA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY DAWNIEJ I DZIŚ

Maria Deptuła

Katedra Pedagogiki Opiekuńczej i Profilaktyki Społecznej

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego

John D. Coie, Norman F. Watt, Stephen G. West, J. Dawid Hawkins, Joan R. Asarnow, Howard J. Markman, Sharon L. Ramey, Myrna B. Shure i Beverly Long prekursorzy naszego dzisiejszego sposobu myślenia o profilaktyce przyjęli, że profilaktyka to działalność uprzedzająca wystąpienie choroby (Coie i in., 1996). W odniesieniu do ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży oznacza to działanie zanim zaczną one zagrażać rozwojowi, zdrowiu, a nawet życiu dzieci i młodzieży. Jej celem jest zapobieganie najbardziej szkodliwym zachowaniom, zmniejszanie ich natężenia, eliminowanie lub łagodzenie czynników

zagrożających prawidłowemu rozwojowi. Profilaktyka jako nauka koncentruje się na badaniu „zwiastunów choroby lub zdrowia, zwanych odpowiednio *czynnikami ryzyka* (*risk factors*) oraz *czynnikami chroniącymi* (*protective factors*) (Coie i in., 1996, s. 16). Mianem czynników ryzyka określa się te zmienne, które „wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia, większym nasileniem i dłuższym czasem trwania istotnych problemów dotyczących zdrowia psychicznego”. Do czynników chroniących zalicza się warunki zwiększające „odporność człowieka na czynniki ryzyka i zaburzenie” (Coie i in., 1996, s. 16).

Tabela 1. Najważniejsze zmiany zachodzące w sposobie myślenia o profilaktyce zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży i jej uprawianiu w praktyce.

Cele główne profilaktyki	
Zapobieganie zjawiskom ocenianym jako niekorzystne.	Tworzenie warunków do pozytywnego rozwoju.
Cele szczegółowe – zmienne w polu zainteresowania	
Zachowania problemowe/ryzykowne oraz ich indywidualne i środowiskowe uwarunkowania.	Czynniki chroniące/czynniki ryzyka w środowiskach życia dzieci i młodzieży. Kompetencje dzieci i młodzieży sprzyjające pozytywnemu rozwojowi.
Oczekiwane efekty programów profilaktycznych	
Obniżenie natężenia/częstotliwości zachowań niepożądanych. Osłabienie czynników ryzyka.	Wzmacnianie czynników chroniących: środowiskowych – rozwój kompetencji wychowawczych rodziców i nauczycieli; poprawa relacji w rodzinie, klimatu w szkole, indywidualnych – rozwój kompetencji dzieci i młodzieży ważnych dla realizacji posiadanego potencjału (np. samoregulacji, funkcji wykonawczych ¹) i dobrych relacji z innymi ludźmi (np. samoregulacji, stylu komunikowania się opartego na aktywnym słuchaniu, używaniu komunikatu „ja”; teorii umysłu ² , empatii, gotowości pomagania innym, umiejętności współpracy, konstruktywnego rozwiązywania konfliktów).
Strategie, metody, struktura oddziaływań profilaktycznych	
Programy jednowątkowe – ukierunkowane na jedno zachowanie ryzykowne/na jedną grupę odbiorców. Programy krótkotrwałe z ewentualną „dawką przypominającą” po upływie pewnego czasu.	Programy wielowątkowe – ukierunkowane na wiele czynników ryzyka i obejmujące wiele lat pracy z jedną grupą – dziećmi i nastolatkami. Programy wielowątkowe – ukierunkowane na wiele czynników ryzyka, na więcej grup społecznych jednocześnie, obejmujące dzieci z grupy ryzyka i ich środowiska życia przez wiele lat.

Źródło: Opracowanie własne z wykorzystaniem analizy zmian wykonanej przez Krzysztofa Ostaszewskiego (2014) oraz Marię Deptułę (2013).

W profilaktyce zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży opartej na naukowych podstawach przyjęto ten sposób myślenia, odnosząc wyżej wymienione grupy czynników do zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży.

Ścieżki zmiany

Profilaktyka zarówno jako nauka, jak i praktyka społeczna zmieniała się na przestrzeni lat dzięki rozwojowi badań naukowych, w tym zwłaszcza nad przejawami i natężeniem zachowań ryzykownych oraz ich podmiotowymi i środowiskowymi uwarunkowaniami, a także interakcjami obu rodzajów czynników. Zmieniała się również dzięki intensywnemu rozwojowi praktyki społecznej w tym zakresie.

Najważniejsze zmiany zachodzące w sposobie myślenia o profilaktyce zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży i jej uprawianiu w praktyce przedstawiono w tabeli 1.

Zmiana w zakresie formułowania celu głównego oddziaływań profilaktycznych polega na przejściu od koncentracji na zapobieganiu zjawiskom ocenianym jako niekorzystne do tworzenia warunków do pozytywnego rozwoju. **W celach szczegółowych programów profilaktycznych** widać wyraźnie, że drogą do ograniczania zachowań ryzykownych młodzieży jest coraz częściej wzmacnianie czynników chroniących, o których, dzięki stale prowadzonym badaniom, wiadomo coraz więcej (por. Junik, 2014; Ostaszewski, 2014). Przez wiele lat naukowcy poszukiwali odpowiedzi na pytanie: dlaczego część nastolatków pije alkohol, upija się, używa narkotyków, podejmuje życie seksualne przed uzyskaniem psychospołecznej dojrzałości, uprawia ryzykowny seks itp.? Czym oni się różnią od tych młodych ludzi z tego pokolenia, którzy mają większy respekt dla norm społecznych i realizują swoje potrzeby i zadania rozwojowe – autonomii, budowania tożsamości, bez ryzyka lub z mniejszym ryzykiem dla swojego zdrowia i możliwości realizowania posiadanego potencjału.

Kierunek zmian w zakresie celów oddziaływań profilaktycznych jest konsekwencją systematycznego poszerzania przedmiotu badań profilaktyki i ich celów – od koncentracji na zagrożeniach do koncentracji na tworzeniu warunków do aktualizacji potencjału jednostek i grup społecznych oraz zwiększania ich szans na satysfakcjonujące życie bez substancji psychoaktywnych i ponadnormatywnego zaangażowania w czynności prowadzącego do uzależnień behawioralnych. Zachodzące zmiany są efektem:

- badań empirycznych nad ryzykownymi zachowaniami młodzieży (badania epidemiologiczne) i ich uwarunkowaniami,
- rozwoju teorii wyjaśniających podejmowanie ryzykownych zachowań przez młodzież,
- rozwoju teorii opisujących przebieg rozwoju psychospołecznego od urodzenia człowieka do kresu jego życia, radzenie sobie z zadaniami życiowymi i barierami na drodze do ich realizacji.

Ta wiedza zmieniała punkt widzenia naukowców i praktyków³. Lepsze rozumienie wielości i złożoności przyczyn sięgania przez młodych ludzi po substancje psychoaktywne, podejmowania zachowań szkodliwych dla swojego zdrowia i zagrażających prawidłowemu rozwojowi pozwoliło na dostrzeżenie zachowań ryzykownych młodzieży w szerszym kontekście – w perspektywie szans na pozytywny rozwój, udane życie w roli osoby dorosłej.

Dzięki nagromadzeniu wiedzy naukowej możliwe było także przejście od koncentracji na pojedynczym zachowaniu ryzykownym, np. takim jak palenie papierosów, picie alkoholu, używanie narkotyków – do koncentracji na syndromie zachowań ryzykownych, czyli współwystępowaniu niepożądanych zachowań (Ostaszewski, 2014, s. 58-68). Profilaktyka zmienia się też w wyniku zmian cywilizacyjnych. Wraz z upowszechnieniem dostępu do internetu, elektronicznych urządzeń mobilnych i pojawieniem się nowych form aktywności młodych ludzi w sieciach społecznościowych prowadzone są badania nad przejawami i rozmiarami tej aktywności młodzieży. Ocenia się ich konsekwencje dla zdrowia i pozytywnego rozwoju (por. np. Pyżalski, 2010, 2012; Jarczyńska, 2016). Projektuje się też oddziaływania profilaktyczne.

Zmiana w zakresie oczekiwanych efektów programów profilaktycznych polega przede wszystkim na tym, że w polu uwagi profilaktyków są nie tylko dzieci i młodzież, ale też osoby dorosłe – rodzice i nauczyciele oraz tworzone przez nich dzieciom i młodzieży warunki rozwoju. Wynika to ze zrozumienia, że dziecko i młody człowiek częściej wybierają zdrowe życie, jeśli w domu i w szkole czują się bezpiecznie, są w dobrym kontakcie emocjonalnym z ważnymi osobami dorosłymi i rówieśnikami, mają poczucie autonomii i sprawstwa oraz mogą rozwijać kompetencje niezbędne do realizacji zadań rozwojowych, które przed nimi stoją w danym okresie życia. Umiejętność radzenia sobie z problemami i świadomość, że w razie potrzeby uzyskają wsparcie w rodzinie, od rówieśników lub nauczycieli, dopełnia

obraz czynników ważnych dla pomyślnego rozwoju (por. m.in. Brzezińska, 2005).

Wcześniej adresatem oddziaływań były przede wszystkim nastolatki. Obecnie są nimi także dzieci, grupa rówieśnicza, rodzice, nauczyciele, środowisko lokalne. Podejmowane są próby wpływania na całe społeczeństwo poprzez rozwiązania prawne oraz za pośrednictwem mediów – poprzez kampanie profilaktyczne. Kampanie adresowane są do różnych grup odbiorców, przykładowo:

- do kobiet w ciąży i wszystkich dorosłych ludzi – „Ciąża bez alkoholu”⁴,
- do rodziców najmłodszych dzieci – „Dobry rodzic, dobry start”⁵,
- do młodzieży w celu przeciwdziałania hejtowaniu w sieci – „Dodaj znajomego”⁶,
- do młodzieży i dziadków w celu wzmacniania więzi międzypokoleniowych – „Dziadkowie i wnuki, wspólna historia”⁷.

Wiedza o rozwoju człowieka i mechanizmach zmian zachodzących w jego zachowaniach doprowadziła też do **zmian w zakresie strategii i metod profilaktycznego działania**. Dokonało się przejście od koncentracji wyłącznie na edukacji, której celem było powstrzymanie dzieci i młodzieży przed używaniem substancji psychoaktywnych, poprzez dostarczanie wiedzy o ich szkodliwych skutkach (często wywoływano strach o zdrowie i życie), do wplatania wątków edukacyjnych, dostarczających wiedzy o przyczynach zachowań ryzykownych i ich skutkach w szerszy kontekst wzmacniania czynników chroniących w danej grupie wiekowej, tworzenia warunków sprzyjających pozytywnemu rozwojowi i zdrowemu życiu.

Przekaz wiedzy jest zastępowany przez tworzenie adresatom oddziaływań warunków do jej odkrywania w toku pracy indywidualnej i wspólnej z innymi uczestnikami zajęć. Większą wagę przypisuje się rozwijaniu przez osoby biorące udział w zajęciach profilaktycznych własnych umiejętności będących ważnymi czynnikami chroniącymi.

Zmienia się także struktura oddziaływań profilaktycznych. Większość programów profilaktycznych, które powstały w latach 80. i 90. ubiegłego wieku miała charakter kilkutygodniowych oddziaływań adresowanych do młodzieży, których głównym celem było przeciwdziałanie jej problemowym zachowaniom. Jeden z pierwszych w Polsce programów profilaktycznych „Elementarz alkoholowy” (realizowany od 1993 roku, za: Fatyga i in., 2000, s. 5), którego wersja druga „Drugi Elementarz, czyli Program

Siedmiu Kroków: program profilaktyki dla młodzieży, nauczycieli i rodziców” (Arendarska i in., 1995) miała bardzo szeroki zasięg, a do dziś jest realizowana jego trzecia wersja⁸ – dotyczył przede wszystkim jednej substancji psychoaktywnej, najbardziej rozpowszechnionej w Polsce – alkoholu. Początkowo program był adresowany do uczniów 14-16-letnich. Wersję drugą uzupełniono obowiązkową częścią dla rodziców pt. „Przygotowanie do profilaktyki domowej”, na którą składały się trzy scenariusze spotkań z rodzicami (Arendarska, Wojcieszek, 1996). Można powiedzieć, że to był program, którego głównym celem było zapobieganie zjawiskom ocenianym jako niekorzystne przez dostarczanie wiedzy w atrakcyjny sposób, okazji do refleksji i konfrontacji przekonań z wiedzą naukową.

Jednak już w tamtym czasie powstały programy, których głównym celem było tworzenie warunków do pozytywnego rozwoju.

Jednym z pierwszych w tej grupie był program psychoedukacyjny dla młodzieży „Nasze Spotkania” (Król-Fijewska, Fijewski, 1992), realizowany w ciągu kilkutygodniowych spotkań w grupie 15-18-latków. Jego cele szczegółowe dotyczyły wzmacniania czynników chroniących w postaci:

- większej świadomości swoich uczuć i potrzeb oraz umiejętności ich komunikowania innym ludziom, rozwijania poczucia własnej wartości,
- osobistych kompetencji młodzieży ważnych dla budowania dobrych relacji z innymi ludźmi (między innymi takich jak: aktywne słuchanie, empatyczne reagowanie na potrzeby rówieśników i pomaganie im),
- umiejętności asertywnej obrony swoich praw.

Tak skonstruowany program uwzględniał indywidualne czynniki chroniące, ale dzięki realizacji zajęć w małej grupie, umożliwiał nawiązanie lub pogłębianie więzi między uczestnikami, co mogło prowadzić do poprawy czynników środowiskowych – np. klimatu w klasie szkolnej. Zmiana klimatu w klasie mogła też być konsekwencją lepszych kompetencji uczniów w zakresie komunikowania się z rówieśnikami i rozwiązywania problemów. Szkolenia przygotowujące pedagogów szkolnych do realizacji tych zajęć umożliwiały im rozwijanie umiejętności niezbędnych do nawiązania relacji wspierającej rozwój (Rogers, 2002). Drugi program, który zaliczam do kategorii ukierunkowanych na tworzenie warunków do pozytywnego rozwoju, nosi nazwę „Spójrz Inaczej. Program zajęć profilaktyczno-wychowawczych” (Kołodziejczyk, Czerniewska, 1993)⁹. Powstał w roku 1993 i do dziś jest realizowany w klasach

szkolnych w całym kraju. Jak dotąd jest on jedyną ofertą tak długofalowej pracy profilaktycznej z dziećmi i młodzieżą. Składa się z trzech części. Pierwsza z nich adresowana jest do uczniów klas I-III szkoły podstawowej, a druga do uczniów klas IV-VI szkoły podstawowej. Adresatem części trzeciej byli początkowo uczniowie klas VII-VIII szkoły podstawowej, następnie uczniowie gimnazjum, a teraz po zmianie systemu szkolnego w Polsce i powrotu do ośmioklasowej szkoły podstawowej powstaje wersja dla klas VII-VIII. Każda z części programu w obecnie realizowanej wersji (Kołodziejczyk i in. 2007; 2008; 2010) zawiera cztery bloki tematyczne: postrzeganie siebie i rozumienie swoich uczuć, uczestnictwo w grupie, rozwiązywanie problemów i dbanie o zdrowie. Ostatni blok w częściach 2 i 3 zawiera również scenariusze dotyczące uzależnień. Zajęcia z dziećmi i nastolatkami są ukierunkowane na wzmacnianie kluczowych czynników chroniących związanych z jednostką, ale dzięki metodyce ich prowadzenia wzmacniają także więzi w klasie szkolnej między uczniami i z nauczycielem-wychowawcą klasy, który te zajęcia prowadzi po uprzednim przeszkoleniu. Prezentowane wyżej przykłady programów profilaktycznych są ofertą profilaktyki uniwersalnej, dawniej nazywanej profilaktyką pierwszego stopnia albo pierwszorzędową, adresowane są bowiem do całej populacji, niezależnie od stopnia indywidualnego zagrożenia, które dotyczy poszczególnych osób. W tej dziedzinie mamy w Polsce największe osiągnięcia, o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części tego artykułu.

Znacznie wolniej rozwijają się oferty działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży z grup ryzyka. Przed nami wyzwanie nie tylko wzbogacania i podnoszenia jakości oferty dla tej grupy, ale także budowania profilaktyki systemowej, obejmującej dzieci i młodzież z grup ryzyka oraz środowiska ich życia – rodzinę, placówki wczesnej opieki i edukacji dla dzieci do lat 3, przedszkole i szkołę. Przykładem takiej systemowej profilaktyki jest wieloletni program Fast Track¹⁰, opracowany i empirycznie zweryfikowany w USA. Dotyczy on dzieci zaliczonych do grupy ryzyka na podstawie diagnozy indywidualnej i środowiskowej w okresie przedszkolnym. Interwencja profilaktyczna trwała przez całą szkołę podstawową (I-VI klasa) i w gimnazjum. Obejmowała dzieci z grupy ryzyka, ich rodziców oraz ich nauczycieli. W okresie szkoły podstawowej pracowano również z całą klasą, realizując program z zakresu profilaktyki uniwersalnej. Treści i formy wsparcia dla dzieci i ich ro-

dziców zmieniały się wraz z wiekiem dzieci (patrz m.in. CPPRG 2004a i 2004b; Gagnon, Vitaro 2003; Bierman, 2004; CPPRG 2011). Jest to przykład długofalowego (10 lat) programu wieloskładnikowego ukierunkowanego na zmianę w środowiskach życia dziecka – w rodzinie i w szkole, obejmujący samo dziecko i jego rówieśników w klasie szkolnej, rodziców i nauczycieli. Jego celem jest stworzenie dzieciom z grupy ryzyka szansy na pozytywną adaptację, wykorzystanie i rozwój posiadanego potencjału. Obiecujące są też efekty odroczone programu (szerzej na ten temat Deptuła, 2013, rodz. 8).

Uważam, że wielkim osiągnięciem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytutu Psychiatrii i Neurologii (instytucje podlegające Ministerstwu Zdrowia) oraz Ośrodka Rozwoju Edukacji (agenda Ministerstwa Edukacji Narodowej) jest wypracowanie standardów oceny programów profilaktycznych i konsekwentne rozwijanie od roku 2010 systemu rekomendacji programów (patrz <http://programyrekomendowane.pl/>). Znaczenie wprowadzenia tej procedury dla rozwoju profilaktyki jako nauki i praktyki społecznej w naszym kraju trudno przecenić.

W systemie mamy obecnie (sierpień 2018 roku) 21 programów opartych na naukowych podstawach i spełniających standardy przynajmniej w stopniu minimalnym (program obiecujący). W grupie programów rekomendowanych¹¹ na poziomie promocji zdrowia mamy – 3 programy, na poziomie profilaktyki uniwersalnej – 13, profilaktyki selektywnej – 8, wskazującej – 3. W przypadku większości programów adresatem są nastolatki, a tylko dwa dotyczą bezpośrednio rodziców, w tym jeden także wychowawców/nauczycieli. We wszystkich programach bierze się pod uwagę ważne w danym okresie rozwojowym czynniki chroniące i czynniki ryzyka, uwzględnia strategię i metody, których skuteczność została opisana w literaturze naukowej.

Po pierwsze, po drugie, po trzecie czyli podsumowanie

Myślę, że dysponując taką ofertą, warto się zastanowić nad dalszym jej doskonaleniem. **Po pierwsze**, warto przeprowadzić analizę programów znajdujących się w tej bazie według kryteriów wieku adresatów i czynników, na które ukierunkowane są oddziaływania. Pozwoli ona odpowiedzieć na pytanie, jakie ważne czynniki chro-

niące/czynniki ryzyka zostały uwzględnione na danym poziomie profilaktyki w danej grupie wiekowej, a jakie czekają jeszcze na włączenie ich w ofertę profilaktyki opartej na naukowych podstawach. Uważam, że analiza powinna dotyczyć nie tylko czynników indywidualnych, czyli związanych z jednostką (takich programów mamy najwięcej na wszystkich poziomach), ale też czynników występujących w podstawowych środowiskach życia dzieci i młodzieży – w rodzinie i instytucjach opieki i edukacji, by profilaktyka profesjonalna miała miejsce jak najwcześniej, co znacznie obniży jej koszty a podniesie skuteczność.

Po drugie, warto przeanalizować, czego potrzebują poszczególne oferty działań profilaktycznych, by mogły uzyskać rekomendacje na wyższym poziomie niż obecny. Być może pozwoli to odkryć, jakiego wsparcia w zakresie badania skuteczności programów potrzebujemy, by podać wpisane do systemu oferty bardziej rygorystycznej ewaluacji i dzięki temu je doskonalić, rekomendować na wyższy poziom. Kto wie, czy efektem takiej analizy nie byłoby odkrycie, że konstrukcja czy adaptacja kilkunastu skal o sprawdzonych wartościach psychometrycznych dla poszczególnych grup wiekowych pozwoliłaby podnieść jakość procesu ewaluacji nie tylko tych ofert profilaktycznych, które już w systemie mamy, ale także tych, które z powodu braku ewaluacji nie mogą tam być zgłoszone. Przy okazji mógłby powstać otwarty lub częściowo otwarty bank narzędzi, które sprawdzono już w dotychczasowych badaniach. Bogaty dorobek w tym zakresie ma Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Po trzecie, należałoby precyzyjnie wskazać, jakich programów potrzebujemy, by tworzyć ofertę profilaktyki systemowej, zwłaszcza na poziomie profilaktyki selektywnej i wskazującej począwszy od żłobka, klubu malucha, przedszkola i szkoły podstawowej obejmującej dzieci, ich rodzinę i te instytucje. Efektem tego działania mogłoby być wyszukanie stosowanych już w praktyce społecznej rozwiązań, ale nieznanych szerzej, nieupowszechnianych z powodu braku ewaluacji, środków na promocję, braku możliwości zaangażowania się w takie działania autorów i realizatorów tych oddziaływań. Uzupełnieniem takiego działania mogłoby być projektowanie nowych oddziaływań profilaktycznych uzupełniających brakujące ogniwa systemu i badanie ich skuteczności w powiązaniu z istniejącymi już programami. Efektem takich działań mogłoby być w niedalekiej przyszłości projektowanie,

realizowanie i badanie efektów oddziaływań systemowych trwających przez wiele lat.

Profilaktyka zawsze będzie kosztowała społeczeństwo mniej niż leczenie i wspieranie przez wiele lat ludzi, którzy nie potrafią żyć bez substancji psychoaktywnych, z ich powodu mają poważne problemy zdrowotne, nie wykorzystali posiadanego potencjału (nie zdobyli kwalifikacji umożliwiających znalezienie pracy zaspokajającej ich potrzeby materialne i aspiracje co do standardu życia), nie znajdują radości i satysfakcji w utrzymywaniu siebie i rodziny z własnej pracy, przejawiają zachowania antyspołeczne lub popełniają poważne przestępstwa skutkujące osadzeniem w zakładach karnych. Inwestycja w profilaktykę może ograniczyć skalę występowania tych problemów oraz ich transmisję międzypokoleniową.

Przypisy

- ¹ Z analizy przeprowadzonej przez Annę I. Brzezińską i Annę Nowotnik, wynika, że te dwa pojęcia oddają dwa różne ujęcia procesów ważnych m.in. dla osiągnięć szkolnych uczniów. Samoregulację określa się jako zdolność do „kierowania własnymi myślami i zachowaniem w sposób świadomy, celowy i przez siebie zaplanowany”, dzięki czemu dziecko „rozwija swoją niezależność i kształtuje poczucie własnej tożsamości i samoskuteczności (Kochanska, Coy i Murray, 2001, za Brzezińską, Nowotnik, 2012, s. 61). Funkcje wykonawcze „definiuje się (Blair, Zelazo i Greenberg, 2005; Pennington i Ozonoff, 2006; Putko, 2008) jako »psychologiczne procesy zaangażowane w świadomą kontrolę myśli i działań lub jako procesy odpowiedzialne za ukierunkowane na cel zachowanie«. Funkcje wykonawcze są odpowiedzialne między innymi za pamięć roboczą, kontrolę hamowania impulsów, giętkość poznawczą (Brzezińska, Nowotnik, 2012, s. 64).
- ² Teoria umysłu to „intuicyjne rozumienie przez ludzi własnych i cudzych stanów psychicznych” (Schaffer, 2010, s. 136).
- ³ Szeroki opis tych zmian zawiera część I pracy Ostaszewskiego (2014).
- ⁴ Kampania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, patrz m.in. <http://www.parpa.pl/index.php/ciaza-bez-alkoholu>, <http://www.ciazabezalkoholu.pl/>
- ⁵ Kampania Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę - <http://fdds.pl/oferta/dobry-rodzic-dobry-start/>
- ⁶ Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę - <http://fdds.pl/oferta/dodaj-znajomego/>
- ⁷ Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (<http://fdds.pl/oferta/dziadkowie-wnuki-wspolna-historia/>).
- ⁸ Obecnie realizowana jest jego trzecia wersja pt. „Trzeci Elementarz, czyli Program Siedmiu Kroków”, Fundacja ETOH http://www.eto.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=313&Itemid=58
- ⁹ Od chwili ukazania się tej wersji program był modyfikowany i miał kilka wydań zmieniających i uzupełnianych. Obecnie realizowana wersja ma trzech autorów są to: Andrzej Kołodziejczyk, Ewa Czemierowska, Tomasz Kołodziejczyk (2007; 2008; 2010). Więcej informacji na stronie Stowarzyszenia Psychoprofilaktyki „Spójrz Inaczej” <http://www.spojrzinaczej.pl/index.php/historia-programu> oraz na stronie prowadzonej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii <http://programyrekomentowane.pl/strony/artykuly/spojrz-inaczej,4> <http://programyrekomentowane.pl/strony/artykuly/spojrz-inaczej,29>.
- ¹⁰ Program posiada swoją stronę internetową: www.fasttrack.project.org.
- ¹¹ Suma jest wyższa od 21, bowiem część programów jest ze względu na swoją specyfikę rekomendowana jednocześnie na dwóch poziomach.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Artykuł prezentuje wyniki pierwszej w Polsce kompleksowej ewaluacji zadań finansowanych z tzw. korkowego w mieście wojewódzkim.

TEORIA KONTRA PRAKTYKA

Dawid Drożdżikowski, Maja Vogt-Kostecka
Fundacja Centrum Działań Profilaktycznych

Wstęp

Teoria (czy wręcz doktryna) mówi, że budowanie systemu profilaktyki za każdym razem należy bezwzględnie zacząć od przeprowadzenia rzetelnych badań, które pozwolą na zgromadzenie niezbędnych do skutecznego działania danych. Umożliwia to bowiem choćby oszacowanie skali potrzeb oraz wskazanie instytucji, które powinny być włączone w tworzenie takiego systemu. Autorzy tego artykułu postanowili sprawdzić, jak to założenie jest realizowane w praktyce jednego z miast wojewódzkich, liczącego przeszło 100 tys. mieszkańców (zwanego dalej „Miastem”).

Zakrojone na szeroką skalę badania miały na celu dokonanie ewaluacji wszystkich działań profilaktycznych prowadzonych przez Miasto, finansowanych w ramach gminnego programu przeciwdziałania alkoholizmowi i gminnego programu przeciwdziałania narkomanii w roku 2016. Przyświecało im założenie, że znajomość nie tylko przedmiotowych danych statystycznych, ale także specyfiki lokalnej jest niezwykle istotna na etapie projektowania systemu profilaktyki. Taka podstawowa analiza pokazuje, jakie zasoby można wykorzystać w danym miejscu i czasie, które organizacje społeczne będą najbardziej pomocne w realizacji planu. Pod lupę wzięto więc miasto, z którym Fundacja Centrum Działań Profilaktycznych od lat współpracuje przy okazji różnych projektów. Konsultantami tego projektu były też osoby bardzo blisko związane z kulisami zlecenia i realizacji miejskich działań profilaktycznych i sportowych.

Struktura wydatków przeznaczanych na profilaktykę w Mieście

Analiza wydatków przeznaczanych na profilaktykę w Mieście w ostatnich kilku latach wykazała, że rosnąca z roku na rok część pieniędzy z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych, czyli tzw. korkowego lub kapslowego, które zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

przeznaczone są na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz przeciwdziałanie narkomanii, **przeznaczana była na finansowanie zajęć sportowych**. Wysokość dochodów i wydatków, o których mowa w latach 2012–2017, przedstawia się następująco:

- 2012 r. – 2 507 164,88 zł, z czego na zajęcia sportowe przeznaczono kwotę 600 000,00 zł,
- 2013 r. – 2 408 680,08 zł, z czego na zajęcia sportowe przeznaczono kwotę 805 000,00 zł,
- 2014 r. – 2 404 489,12 zł, z czego na zajęcia sportowe przeznaczono kwotę 881 000,00 zł,
- 2015 r. – 2 203 655,83 zł, z czego na zajęcia sportowe przeznaczono kwotę 1 047 000,00 zł¹.

W roku 2016 i 2017 na sport przeznaczano po około 1 200 000,00 zł z funduszu kapslowego.

Zajęcia finansowane przez szkoły

Zgodnie z zebranymi danymi podejmowane w szkołach działania profilaktyczne obejmowały:

- **Zajęcia sportowe ogólnorozwojowe** – w Mieście zrealizowano 23 projekty, w których pojawia się informacja o profilaktyce. Zajęcia te były realizowane albo jako pozalekcyjne, albo w czasie lekcji WF; były też projekty realizowane na przerwach lekcyjnych. W części opisów pojawiał się zakup sprzętu sportowego jako element zajęć sportowych.
- **Zajęcia promujące zdrowy tryb życia** – w Mieście w 2016 roku zrealizowano 12 takich projektów. Pod tą nazwą kryją się i treningi sportowe, i wspólne gotowanie, konkursy sportowe i plastyczne, różnego typu pogadanki, a nawet wyjście do *escape room* i prezenty na mikołajki. W tej kategorii pojawiają się też działania stricte profilaktyczne, jak np. konkurs na plakat przeciw narkotykom czy pogadanka o szkodliwości tytoniu z pedagogiem.
- **Zawody sportowe** – 9 projektów.
- **Zakup sprzętu sportowego** – 8 projektów.
- **Lekcje profilaktyczne** – 1 projekt.
- **Gimnastyka korekcyjna** – 1 projekt.

- **Spotkanie ze sławnym sportowcem** – 1 projekt.
- **Treningi z zakresu konkretnej dyscypliny** – 20 projektów.
- **Zajęcia świetlicowe** – 5 projektów. Były to różnego typu zajęcia w świetlicach inne niż zajęcia sportowe. Gry logiczne, wspólne gotowanie, zajęcia plastyczne, gry planszowe itp. W części tych projektów pieniądze zostały przeznaczone na zakup materiałów i gier.

Działania koordynowane przez Wydział Kultury i Sportu²

Wydział Kultury i Sportu Urzędu Miasta nadesłał 51 kompletów dokumentów. Łączna kwota dofinansowania tych projektów to 1 030 300,00 zł. Klasyfikację wydatków prezentuje ryc. 2.

Na 51 projektów aż 34 należały do zakresu sportu profesjonalnego; dotyczyły one organizacji, w których trenowali zawodnicy, by wystartować w zawodach.

Pozytywnie oceniliśmy natomiast działania skierowane do świetlic środowiskowych oraz organizacji zajmujących się m.in. działaniami sportowymi na terenach zdegradowanych. Bardzo dobrą praktyką jest program „Trener osiedlowy” – jest to projekt zawierający w sobie elementy *streetworkingu* oraz mający cechy uniwersalnej

bezpłatnej profilaktyki prozdrowotnej skierowanej na obszary zdegradowane.

Finansowanie działań przez Wydział Spraw Społecznych³

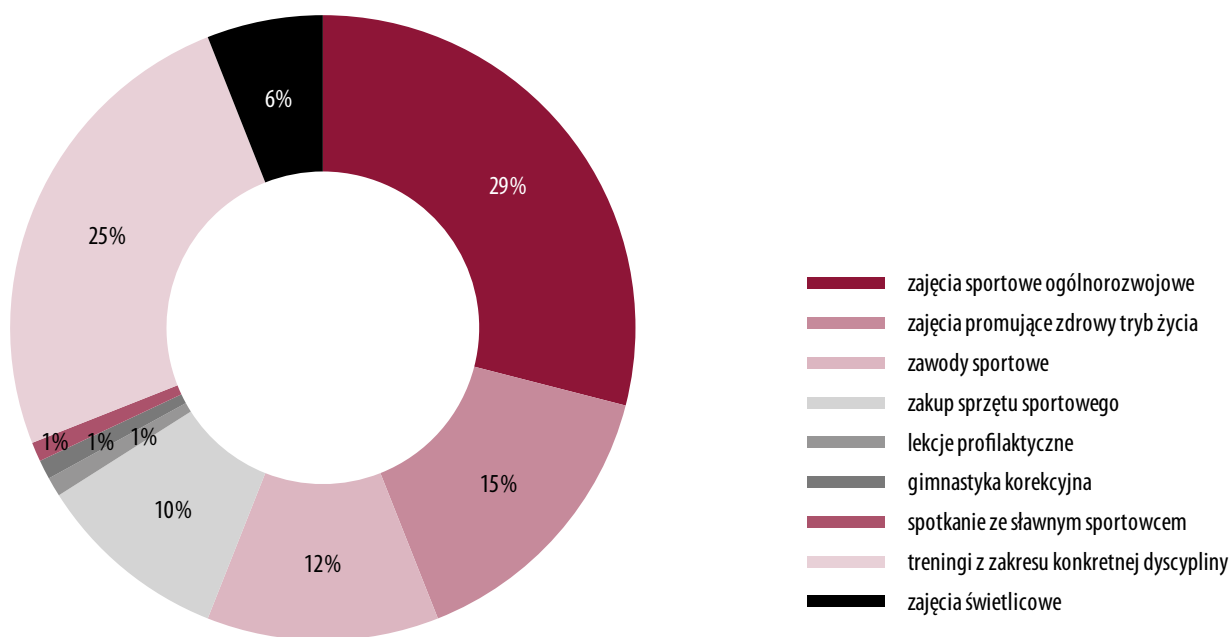
W ramach działań profilaktycznych zrealizowano dziesięć projektów z zakresu profilaktyki selektywnej, dwa projekty z zakresu profilaktyki wskazującej i osiem z zakresu profilaktyki uniwersalnej⁴. Dwadzieścia dwa działania dotyczyły profilaktyki środowiskowej, a trzy profilaktyki szkolnej.

Projekty (wedle rekomendacji PARPA) podzieliliśmy na działania z zakresu profilaktyki popularnej oraz projekty z zakresu profilaktyki profesjonalnej. **Działania koordynowane przez Wydział Spraw Społecznych oceniliśmy dobrze.** Badaczy zaniepokoiło jednak to, że zbiór przedłożonych zadań wyglądał raczej jak dobre działania rozsiane po Mieście, a nie spójna całość, mająca cechy systemu uzupełniających się oddziaływań profilaktycznych.

Wyniki badań jakościowych

Badania jakościowe w przeprowadzonym projekcie ewaluacyjnym dotyczyły oceny systemu profilaktycz-

Ryc. 1. Typ zajęć realizowanych przez szkoły w Mieście w ramach profilaktyki finansowanej ze środków z tzw. korkowego.



Źródło: Sprawozdania z realizacji miejskiego programu przeciwdziałania alkoholizmowi.

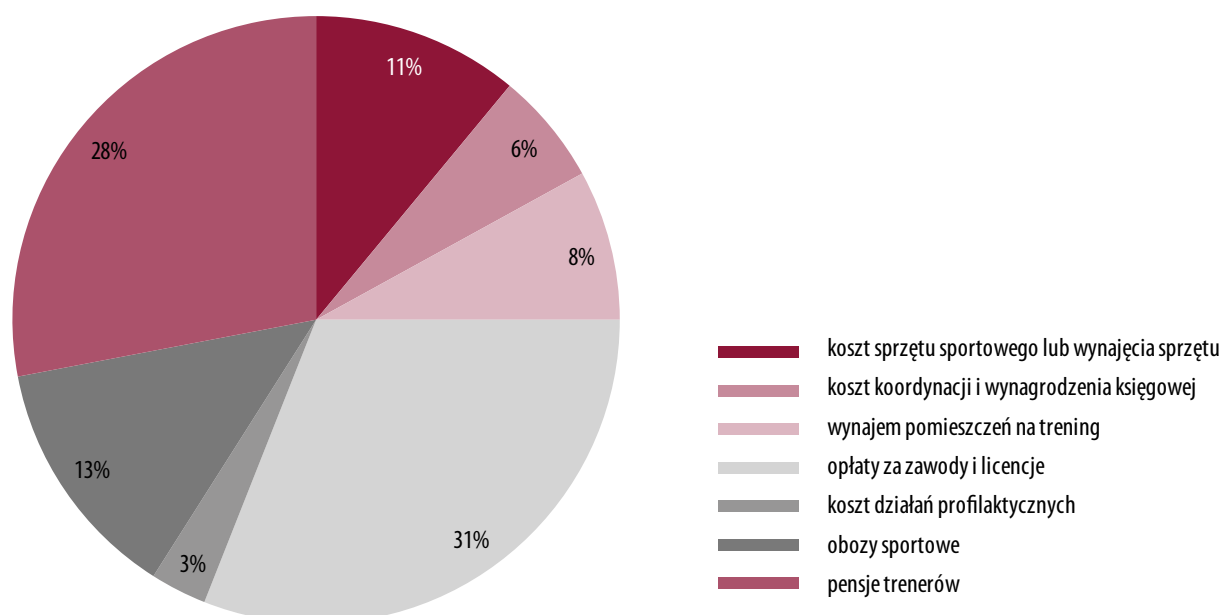
nego prowadzonego przez różne organizacje w Mieście. Rozmawialiśmy z radami pedagogicznymi i osobami odpowiedzialnymi za profilaktykę w szkołach, dziećmi i wychowawcami w świetlicach środowiskowych, analizowaliśmy wypowiedzi przedstawicieli klubów sportowych, które za pieniądze z funduszu kapslowego prowadzą zajęcia sportowe dla dzieci i młodzieży z Miasta oraz z przedstawicielami innych organizacji i stowarzyszeń zajmujących się prowadzeniem działań profilaktycznych z zakresu przeciwdziałania używaniu substancji psychoaktywnych i uzależnieniom. Wszystkie zebrane informacje poddaliśmy szczegółowej analizie w oparciu o teorię z zakresu działań profilaktycznych, ze szczególnym uwzględnieniem koncepcji czynników chroniących i czynników ryzyka. Zebrane dane przedstawiają bardzo różnorodny zespół zjawisk. Część z nich oceniliśmy jako pozytywne i warte wspierania i kontynuowania, część jako wątpliwe w świetle najnowszych badań i założeń profilaktyki opartej na badaniach naukowych. Różnorodność zebranego materiału i treść wypowiedzi wielu naszych rozmówców **zwróciły naszą uwagę na problem braku koordynacji podejmowanych w Mieście działań – osoby odpowiedzialne za profilaktykę są ekspertami w swoich jednostkach, jednak nie zdają sobie sprawy z tego, że są częścią olbrzymiego systemu profilaktycznego. Świadomość ta powinna pozwolić im na pozbycie się poczucia osamotnienia w podejmowanych działaniach.**

Przepływ informacji w miejskim systemie profilaktycznym zdecydowanie wymaga usprawnienia. Komunikacja między poszczególnymi elementami systemu byłaby pierwszym koniecznym etapem do stworzenia możliwości współpracy między nimi. Ze względu na wielość podmiotów zaangażowanych w ten system konieczne jest stworzenie jednostki, która zajęłaby się koordynacją tej współpracy i stworzyła system umożliwiający stałą wymianę informacji między poszczególnymi podmiotami oraz zbierała i upowszechniała na bieżąco najważniejsze dane mające wpływ na funkcjonowanie całego systemu. Dane zebrane w naszym badaniu zdecydowanie wskazują na potrzebę lepszej i bardziej sformalizowanej współpracy między poszczególnymi organizacjami i miastem, które zobowiązane jest do większego zaangażowania w działania profilaktyczne niż tylko rozdzielanie zebranych w ramach funduszu kapslowego środków. Weryfikacja działań profilaktycznych powinna obejmować także ocenę działalności miejskich struktur odpowiedzialnych za profilaktykę i przeznaczone na nią środki.

Badania w szkołach

Badania fokusowe odbyły się w trzech szkołach: szkole podstawowej, gimnazjum oraz zespole szkół łączącym szkołę podstawową i gimnazjum. Nauczyciele czuli się silnie podporządkowani dyrekcji, która ich zdaniem

Ryc. 2. Wydatki z tzw. korkowego na działania koordynowane przez Wydział Kultury i Sportu Urzędu Miasta.



musiała wyrazić zgodę na wywiady, dlatego dyskusje były prowadzone w małych grupach (w pierwszej szkole w badaniu udział wzięły trzy nauczycielki, w drugiej sześć). Charakterystyczną cechą badania prowadzonego w szkołach była duża trudność ze znalezieniem chętnych do udzielenia wywiadu. Dyrektorzy nie zawsze mieli czas na rozmowę z badaczami. W trakcie rozmów z dyrekcją badacze wielokrotnie spotykali się z podejrzliwością wobec prowadzonego badania, zadawano pytania o to, dla kogo jest przeprowadzane i w jakim celu. Wyraźnie traktowano je jako test ze znajomości nowej ustawy. Osoby, z którymi badaczom udało się porozmawiać, wykazywały często zniecierpliwienie kolejnymi pytaniami o profilaktykę, która niedawno była szeroko dyskutowana właśnie z powodu zmian prawnych.

Poziom wiedzy nauczycieli o profilaktyce ustalony na podstawie tego badania wydaje się być stosunkowo wysoki. Służy temu z całą pewnością obowiązek tworzenia programów wychowawczo-profilaktycznych przez każdą szkołę. Niedostateczna natomiast wydaje się wiedza nauczycieli na temat potrzeby budowania wspólnoty szkolnej w celu zapobiegania problemom uczniów. Wyraźnie widać na podstawie zebranego materiału źródłowego, że niektórzy nauczyciele nie mają podstawowej wiedzy psychologicznej, która pozwoliłaby im lepiej funkcjonować w środowisku szkolnym. Konieczne jest też z całą pewnością wspieranie nauczycieli w radzeniu sobie z problemami w relacjach z innymi nauczycielami i rodzicami, być może za pomocą su-

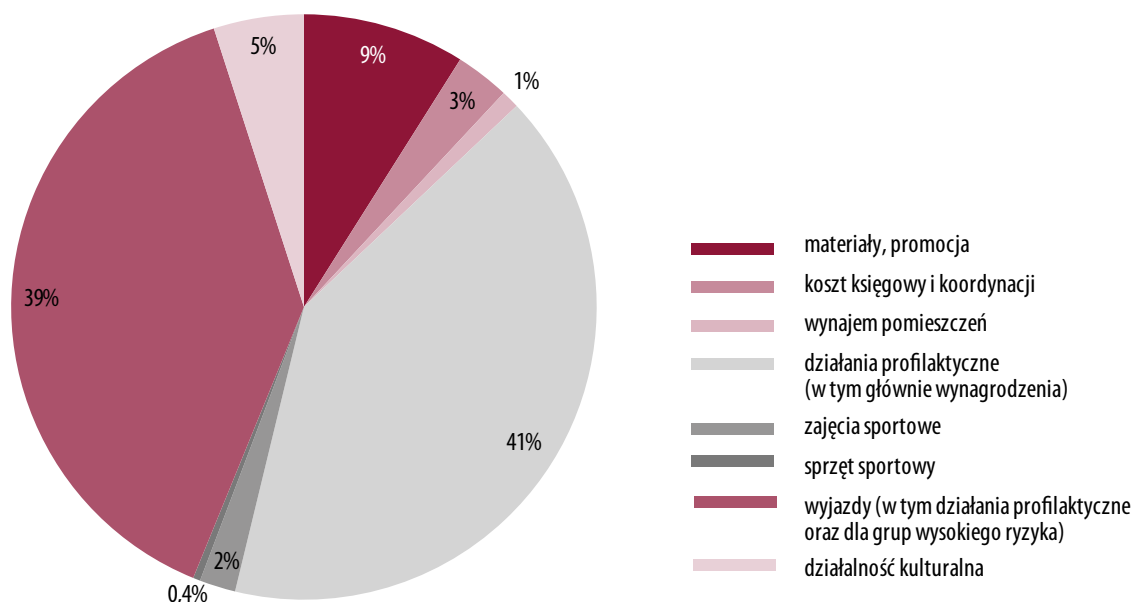
perwizji, warsztatów rozwoju interpersonalnego czy grup wsparcia.

Nauczyciele z wszystkich grup wypowiadali się bardzo zgodnie w zakresie oczekiwań względem proponowanych im do realizacji programów profilaktycznych. Oczekują od nich wspierania rozwoju młodzieży w znacznie większym stopniu niż prewencji zachowań ryzykownych. Przekonani są, że prowadzone w szkołach programy są bardzo dobre. W obu szkołach były realizowane programy rekomendowane (głównie „Archipelag Skarbów”) i obie grupy nauczycieli oceniały je bardzo wysoko. W szkołach nauczyciele odnajdują, zgodnie z deklaracjami w trakcie dyskusji, wsparcie psychologiczne. W zespole szkół odbywają się regularne superwizje, w gimnazjum nauczyciele mogą liczyć na organizowane specjalnie dla nich szkolenia i warsztaty. W ocenie nauczycieli te działania są zasadne, jest ich dużo, tak dużo, że problem stanowi znalezienie czasu na uczestnictwo we wszystkich projektach, które są dla nich przygotowywane.

Badania przeprowadzone z osobami odpowiedzialnymi za profilaktykę uzależnień w szkołach i organizacjach pracujących z młodzieżą

W ramach badania przeprowadziliśmy również szesnaście wywiadów kwestionariuszowych z osobami odpowiedzialnymi za profilaktykę uzależnień. Osiem rozmów odbyło się w szkołach, kolejne osiem w organizacjach

Ryc. 3. Wydatki z tzw. korkowego na działania koordynowane przez Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta.



zajmujących się pracą z młodzieżą sprawiającą problemy wychowawcze lub pochodzącą z rodzin dysfunkcyjnych. Celem wywiadów było zebranie informacji i opinii od osób bezpośrednio zajmujących się profilaktyką na temat działań z tego zakresu podejmowanych przez Miasto.

Odpowiedzi na pytania pokazały, że osoby badane mają szeroką wiedzę teoretyczną z zakresu profilaktyki uzależnień. Jednocześnie ujawniły, że wiedza prezentowana w odpowiedziach na pytania jest często tylko teoretyczna i nie przekłada się na efektywne działania w tym obszarze, jakie są prowadzone w szkołach.

Współpracę z innymi instytucjami zajmującymi się profilaktyką respondenci kurtuazyjnie określali jako dobrą, jednocześnie dopytywani zauważali, że jej jakość zależy głównie od ich osobistych kontaktów i sympatii. Problemem we współpracy jest przede wszystkim brak stałych reguł, które określałyby zasady kontaktu między instytucjami. Większość badanych pedagogów proponowała, by wprowadzić tego typu zasady, które pozwoliłyby na kształtowanie niezależnego systemu współpracy.

Wiedza respondentów dotycząca sposobu wydatkowania środków z tzw. korkowego w Mieście była bardzo niewielka. Jej brak jest dowodem na nieistnienie wspomnianego powyżej systemu współpracy między instytucjami. Pedagodzy niezwiązani z klubami sportowymi, ani niezainteresowani w szczególny sposób działaniami władz miasta i polityką, nie byli świadomi wymienionego przez nas w pytaniu faktu przeznaczania większości środków z funduszu korkowego na dotowanie pozalekcyjnych zajęć sportowych dla młodzieży w Mieście. Skonfrontowani z nową dla siebie informacją, nie byli w stanie sformułować na jej temat opinii. Dwie osoby mające na ten temat wiedzę uznały, że ten sposób prowadzenia profilaktyki jest właściwy. Jedna z nich dodała, że idealnie byłoby, gdyby trenerzy pracujący w dotowanych klubach sportowych mogli uczestniczyć w szkoleniach z zakresu profilaktyki.

Problem współpracy między instytucjami zajmującymi się profilaktyką oraz kształtowanie ich poczucia odpowiedzialności za kierunek wspierania profilaktyki w Mieście, na który instytucje te powinny mieć wpływ, są kluczowymi zagadnieniami, o których wadze przekonuje opisywane tutaj badanie. Wiedza teoretyczna z zakresu profilaktyki nie jest tożsama z wiedzą o zasadach funkcjonowania takiego programu na szczeblu kraju czy miasta, nie informuje także, w jaki sposób osoby zajmujące się profilaktyką mogą się włączyć w konstruowanie

programów lokalnych. **Nasi rozmówcy w większości odpowiadali na pytania kwestionariusza w sposób sugerujący, że szkolny program profilaktyczno-wychowawczy jest całą znaną im rzeczywistością profilaktyczną. W rzeczywistości jest on tylko jednym z elementów olbrzymiego systemu działań, mających na celu wzmacnianie pozytywnego rozwoju dzieci i młodzieży.** Najlepszym sposobem na uświadomienie szkołom, jak system ten wygląda i w jaki sposób mogą efektywnie włączyć swoje działania w jego obręb, jest tworzenie sieci współpracy między różnymi instytucjami. Wiedza szkolnych ekspertów od profilaktyki nie powinna funkcjonować, jak dzieje się to obecnie, w zamkniętym obiegu zatrudniającej ich szkoły.

W szkołach realizowane są w zasadzie wyłącznie programy profilaktyki uniwersalnej, a w praktyce najczęściej mityngi w ramach, mocno ostatnio krytykowanego, programu „Archipelag Skarbów”. Badani zdają sobie sprawę z ich ograniczeń i zgłaszają potrzebę prowadzenia w szkołach również działań z zakresu profilaktyki selektywnej. Jako najtrudniejsze zadanie w ramach działań profilaktycznych respondenci dość zgodnie wskazali na pracę z rodzicami swoich uczniów. Doceniają jednak jej użyteczność. W szkołach zgodnie z odpowiedziami naszych badanych są powszechnie realizowane programy rekomendowane, niektórzy nauczyciele korzystają także z innych lubianych przez siebie programów.

Omawiając i oceniając program profilaktyki prowadzony w Mieście, pedagodzy skupili się przede wszystkim na środowisku szkół, w których pracują. Po raz kolejny zwraca to uwagę na problemy z komunikacją i współpracą między wszystkimi realizującymi zadania z zakresu profilaktyki w Mieście. Badani pracują zgodnie z wewnętrznym harmonogramem szkół, systematycznie z każdą klasą, indywidualnie reagują na konkretne kryzysy w życiu konkretnych uczniów. Na temat działań innych organizacji nasi rozmówcy nie mieli wiedzy lub bali się wyrażać na ich temat zdanie, pozostając przy dobrze sobie znanym zagadnieniu profilaktyki prowadzonej w zatrudniającej ich placówce.

Druga grupa naszych badanych to osoby zajmujące się na co dzień profilaktyką uzależnień w organizacjach i stowarzyszeniach pracujących z dziećmi i młodzieżą. Ta grupa respondentów była bardzo zróżnicowana, różne też były działania profilaktyczne, którymi zajmowali się w swoich miejscach pracy. Rozmawialiśmy z osobami pracującymi z osobami uzależnionymi, z młodzieżą w ramach pro-

gramów profilaktyki selektywnej i wskazującej, ale też z instruktorem harcerstwa czy przedstawicielem stowarzyszenia, które organizuje zajęcia pozalekcyjne dla osób niepełnosprawnych oparte w dużej mierze na sporcie. Tak duże zróżnicowanie tej grupy bardzo utrudnia tworzenie jej spójnego obrazu poprzez analizę zebranego materiału. Przedstawione tutaj wyniki rozmów z osobami zajmującymi się profesjonalnie pracą profilaktyczną z dziećmi i młodzieżą zwracają uwagę przede wszystkim na zróżnicowanie instytucji, w których pracują. Zróżnicowanie to jest olbrzymią wartością, ponieważ pozwala odpowiadać na potrzeby różnych osób w różnych momentach ich życia i pozwala na dopasowanie najlepszego sposobu wsparcia. Jednocześnie jednak różnorodność ta utrudnia komunikację pomiędzy organizacjami. Powoduje także, że ilość wiedzy, którą należy opanować, by sprawnie poruszać się w miejskim systemie profilaktyki, jest bardzo duża. Wszystko to sprawia, że koniecznym wydaje się tworzenie formalnego systemu usprawniającego komunikację między organizacjami. Być może dobrym sposobem byłyby regularne spotkania przedstawicieli różnych podmiotów odpowiedzialnych za profilaktykę. Koniecznym na pewno jest stworzenie dostępnej dla wszystkich zainteresowanych mapy systemu profilaktyki w Mieście. **Być może dobrym rozwiązaniem byłoby też wymaganie od osób i organizacji zajmujących się konkretnymi działaniami stałego kontaktu i wymiany informacji.** Pomysłów na tworzenie systemu wymiany informacji szukać można w innych miastach i za granicami Polski, przede wszystkim o konkretne niezrealizowane a pilne potrzeby należy cierpliwie pytać osoby zajmujące się profilaktyką.

W przypadku szkół należy zastanowić się nad rozszerzeniem perspektywy szkolnych programów wychowawczo-profilaktycznych o działania poza szkołą. Szkoła jest bardzo ważnym punktem odniesienia dla dzieci i młodzieży, ale stanowi tylko niewielki element w życiu społecznym miasta i warto byłoby, by osoby zajmujące się szkolną profilaktyką zdawały sobie z tego sprawę. Ich aktywność na innych polach może przynieść korzyści całej społeczności Miasta.

Badania przeprowadzone w organizacjach realizujących zajęcia sportowe jako profilaktyczne

Badaniem za pomocą podobnie skonstruowanych kwestionariuszy objęliśmy także grupę osób pracujących w klubach sportowych, otrzymujących dotacje na

działalność profilaktyczną z pieniędzy z korkowego. Wywiady przeprowadzone z przedstawicielami klubów sportowych pokazują, że sposób finansowania programu profilaktyki w Mieście odbiega znacznie od ideału promowanego przez PARPA. Przeważnie nie istnieje powiązanie finansowanych zajęć z jakimkolwiek szerszym działaniem profilaktycznym, brakuje współpracy między organizacjami zajmującymi się profilaktyką a klubami sportowymi wydatkującymi pieniądze z funduszu korkowego (co więcej nasi respondenci nie widzieli potrzeby takiej współpracy), nie szkoli się trenerów pracujących w klubach z zakresu profilaktyki (wielu z nich nie rozumie nawet potrzeby istnienia tego typu szkoleń).

Wywiady zostały przeprowadzone z ośmioma osobami pracującymi w miejskich klubach sportowych lub fundacjach zajmujących się sportem, które otrzymują finansowanie z funduszu korkowego – dodać należy, że trzy wywiady zostały specjalnie przeprowadzone z przedstawicielami tych organizacji, których działania wedle dokumentów zawierały o wiele więcej elementów profilaktycznych niż pozostałe.

Żadna z pytaných osób nie była w stanie w pełni odpowiedzieć na pytania o powody używania substancji odurzających przez młodzież, o potrzeby młodzieży, których niezaspokojenie popycha ją do korzystania z używek i podać propozycje sposobów zapobiegania sięganiu przez najmłodszych po środki psychoaktywne. Tylko dwie z ośmiu osób zauważyły, że stosowanie używek może być związane z niezaspokojonymi potrzebami młodzieży i wpływem środowiska, w którym żyją dzieci na ich życiowe wybory i problemy. Konsekwencją takiego postrzegania przyczyn sięgania przez młodzież po alkohol czy nielegalne narkotyki jest podawanie przez tę grupę respondentów w odpowiedzi na pytanie o sposoby ograniczania tego zjawiska odpowiedzi typu: więcej zajęć pozalekcyjnych. Jeżeli młodzi się nudzą i dlatego odurzają się, to zajęcie im wolnego czasu jest antidotum na ich niegrzeczne zachowanie. W tej części odpowiedzi na pytania naszego kwestionariusza można znaleźć przyczynę tak szerokiego finansowania w Mieście zajęć sportowych w ramach działań profilaktycznych. **Jeżeli przyczyną zachowań problemowych jest nuda, to zajmowanie dzieciom i młodzieży czasu po lekcjach jest skutecznym sposobem na walkę z nimi.** Tak wydaje się przedstawiać sposób myślenia naszych respondentów i osób odpowiedzialnych za wydatkowanie funduszu korkowego w Mieście.

Oczywiste dla osób zajmujących się profilaktyką czy socjoterapią, i posiadających podstawową wiedzę o rozwoju człowieka i możliwych jego zakłóceniach, jest, że teza wspierająca wydatkowanie środków z korkowego na zajęcia sportowe opiera się na fałszywej, upraszczającej rzeczywistość przesłance o związkach nudy oraz sięgania po substancje psychoaktywne, i jest błędna. Bardzo wątpliwe z punktu widzenia psychologii i pedagogiki jest także obwinianie dzieci i młodzieży za ich „złe zachowanie” i sięganie po używki.

W odpowiedzi na pytania zadawane w tej części wywiadu, otrzymaliśmy odpowiedzi wskazujące na zupełny brak współpracy między klubami sportowymi organizującymi sportowe zajęcia profilaktyczne a organizacjami odpowiedzialnymi za profilaktykę w Mieście. Część respondentów podkreśliła, że ich zdaniem taka współpraca jest niepotrzebna, ponieważ „kluby wiedzą, co robią” albo „nasi zawodnicy nie biorą narkotyków” (sic!). Brak potrzeby współpracy w zakresie profilaktyki jest bardzo alarmujący i powinien być przeanalizowany jako wskaźnik niezrozumienia przez kluby idei profilaktyki uzależnień opartej na badaniach naukowych.

Wszyscy respondenci uznali, że wydatkowanie środków finansowych z korkowego na sport jest w pełni uzasadnione. Większość z nich jest przekonana, że to kluby powinny samodzielnie decydować, na co wydawane będą przyznawane im środki. Padały odpowiedzi: „Potrzeba więcej pieniędzy dla klubów, kluby będą wiedziały, co z nimi zrobić”, „Jest OK. Dać klubom kasę i one zadziałają”, „Trzeba zwiększyć ilość zajęć sportowych i innych dla tych, którzy do sportu się nie nadają”. Kluby są zadowolone ze swoich działań i oceniają je wysoko, chętnie zwiększyłyby liczbę prowadzonych zajęć i objęły treningami większe grupy dzieci i młodzieży, temu dążeniu na przeszkodzie stoją jednak zbyt małe środki z korkowego oraz istnienie innych klubów – rywali w dostępie do nich.

Przedstawiona sytuacja jest bardzo niepokojąca. Wskazuje po raz kolejny na brak znajomości zagadnień z obszaru profilaktyki przez osoby, z którymi rozmawialiśmy. Dodatkowo należy zapytać, na ile rywalizacja między klubami i oparcie działalności części z nich w większości albo w całości na pieniądzu pochodzących z korkowego mogą prowokować wśród nich takie zachowania, jak próby wpływania na decyzje Miasta. W badanych przez nas sześciu klubach, uczestnikami zajęć może zostać każde dziecko, które zgłosi się do klubu i przedstawi zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwska-

zań do treningu. W dwóch klubach rekrutacja odbywa się wśród konkretnej grupy osób (osób ze środowisk zagrożonych i dzieci ze środowisk zdefiniowanych jako „dysfunkcyjne”). Kluby w większości pobierają niewielkie comiesięczne opłaty członkowskie za udział w zajęciach, nazywając je jednak opłatami za „korzystanie z sali”, „korzystanie z lodowiska”, zapewne takie nazwanie tych opłat ma na celu utrzymanie przekonania, że „zajęcia są bezpłatne”, jak podkreślił jeden z badanych, mówiąc jednocześnie, że dzieci muszą co miesiąc zapłacić klubowi 20 złotych opłaty. Opłaty te – należy podkreślić – są niewielkie w porównaniu z opłatami za zajęcia w klubach niedotowanych przez Miasto. Uczestnicy zajęć są rekrutowani za pośrednictwem akcji informacyjnych w szkołach. Zajęcia są więc przeznaczone dla wszystkich chętnych, niezależnie od ich sytuacji materialnej (być może z wyjątkiem tych osób, których nie stać na żadne opłaty)⁵, bez względu na problemy dziecka lub ich brak i potrzebę podjęcia w jego przypadku pracy profilaktycznej.

Najbardziej zgodnie nasi rozmówcy odpowiadali na pytanie o to, czy zajęcia są finansowane przez miasto w wystarczającym stopniu. Prawie wszyscy odpowiedzieli, że finansowanie jest niewystarczające i należałoby je rozszerzyć. Zagadnienia profilaktyki w trakcie zajęć sportowych są realizowane najczęściej przez trenerów w postaci pogadanek na temat szkodliwości używek. W niektórych klubach działania profilaktyczne trenerów wspierane są przez spotkania z psychologiem czy policją. **Wydaje się, że wbrew przekonaniu niektórych naszych respondentów, przeprowadzenie szkoleń z zakresu profilaktyki jest pilną i konieczną rekomendacją dla wszystkich klubów sportowych otrzymujących dotacje z korkowego.** Brak wiedzy na temat tego, czym jest profilaktyka, powoduje, że kluby nie są w stanie nawet zacząć przygotowywać profesjonalnych, zgodnych z rekomendacjami specjalistów programów, ponieważ nie widzą popełnianych przez siebie błędów. Szkolenia (oparte na programach rekomendowanych) powinny uzmysłwić osobom pracującym w klubach, czym jest profilaktyka odwołująca się do badań naukowych i być może doprowadzić do zmiany ich przekonań, które aktualnie budowane są na wiedzy potocznej.

Staraliśmy się również dowiedzieć, w jaki sposób nasi badani rozumieją pojęcie zdrowia i jak wiążą je z prowadzoną przez siebie działalnością trenerską. Niestety, odpowiedzi respondentów okazały się bardzo lakoniczne, tylko jedna z osób pokusiła się o głębszą refleksję dotyczącą

tego zagadnienia. Wszyscy natomiast zgodnie zauważyli, że zdrowym sportem jest sport amatorski, uznając sport zawodowy za dziedzinę niebezpieczną i szkodliwą dla zdrowia.

Analiza wywiadów wskazuje na poważne braki w wiedzy z zakresu profilaktyki uzależnień wśród kadry prowadzącej zajęcia finansowane z pieniędzy z korkowego. Braki te są tak duże, że kadra ta w większości nie jest zdolna do refleksji na temat możliwych błędów w prowadzonych działaniach, ponieważ przekonana jest, że posiada pełną wiedzę w tym zakresie i nie zadaje sobie pytań o jej aktualność i uzasadnienie. Być może ten upór w forsowaniu własnej wizji profilaktyki (opartej na zagospodarowywaniu dzieciom wolnego czasu przez oferowanie zajęć sportowych) podyktowany jest przez sam system finansowania klubów. Ich istnienie w obecnej formie jest zależne od podtrzymywania tej wizji i promowania jej wśród władz i mieszkańców. Wszelkie wątpliwości musiałyby doprowadzić do przeformułowania tej koncepcji i tym samym zmiany działania klubów. Dla części z nich (być może większości) oznaczałoby to zakończenie działalności. Trudno się dziwić, że mając przed sobą taką możliwość, kluby zachowują się jak ortodoksyjni wyznawcy jednej doktryny. Doktryny o skuteczności zajęć sportowych jako profilaktyki, która zapewnia klubom finansowanie i istnienie. Należy jednak zapytać, czy właściwym celem wydatkowania korkowego jest utrzymywanie klubów sportowych? Być może część z nich jest w stanie rozszerzyć swoją ofertę i zaproponować programy zgodne z rekomendacjami PARPA. Z całą pewnością sytuacja ta wymaga zmiany. Zmianę tę należy zacząć od dopuszczenia do głosu innej idei profilaktyki i podjęcie z nią dyskusji w ramach szkoleń dla pracujących w klubach sportowych wychowawców i trenerów.

Zakończenie

Polski system profilaktyki uzależnień, w tym także system profilaktyki w Mieście, w niewystarczający sposób akcentuje wagę wstępnych i końcowych etapów tworzenia systemu profilaktyki. Zanedbywana jest zarówno diagnoza problemu, jak również ewaluacja efektów końcowych. Niemniej przyjmowana zasada, że „profilaktyka nie zaszkodzi nikomu, a i tak jest obowiązkowa, dlatego nie ma sensu stawiać diagnozy społecznej”, niestety w znaczący sposób obniża skuteczność działań profilaktycznych. Efektywne są bowiem te działania, które zaspokajają potrzeby dobrze znanego odbiorcy/potrzebującego. Profilaktyka kierowa-

na „ogólnie do wszystkich” jest mało skuteczna, a nadal pozostaje kosztowna i wymagająca. Zanedbywana jest również sama konstrukcja systemu profilaktyki uzależnień, tworzące go organizacje i pracujący w nich ludzie. Działania profilaktyczne bardzo często są postrzegane jako pewna treść, którą „ktoś” ma przekazać tej czy innej grupie osób. Przy czym ten „ktoś” nie jest uznawany za ważną część systemu, tak jakby mógłby to być ktokolwiek, przypadkowa osoba zapoznana z programem edukacyjnym i wychowawczym, który ma poprowadzić. Takie rozumienie konstrukcji systemu społecznego jest olbrzymim błędem. Funkcjonuje on poprawnie i skutecznie tylko wtedy, gdy poszczególne osoby zaangażowane w jego tworzenie mają jasno określony zakres obowiązków, komunikują się ze sobą i współpracują.

Równie zanedbywana jest ewaluacja prowadzonych działań, którą postrzega się jako nieistotną i ogranicza często to pomiaru zadowolenia osób poddanych oddziaływaniu z przeżytego doświadczenia. Ewaluacja jest natomiast zadaniem dużo szerszym, wymagającym stałego badania i interpretowania podejmowanych działań z zakresu profilaktyki. Prowadzona w ten sposób daje podstawy do stałego ulepszania systemu. Niestety, jeżeli już ktoś ją prowadzi, to jej standardy pozostawiają wiele do życzenia, a wyniki niejednokrotnie są nieprawdziwe („program działa, bo się podoba”).

Skonstruowany zgodnie z omówionymi tutaj zasadami system profilaktyczny ma szansę zagwarantować skuteczność i właściwe wykorzystanie środków finansowych, które są na niego przeznaczane. Należy również przypuszczać, że dobrze prowadzona profilaktyka uzależnień, na co wskazują doświadczenia z wielu miejsc na świecie, niesie ze sobą dodatkowe korzyści, ponieważ nie tylko ogranicza zachowania ryzykowne, ale wzmacnia użyteczne kompetencje poszczególnych osób i buduje spójność społeczeństwa.

Przypisy

- ¹ Ramowy Program Przeciwdziałania Uzależnieniom w Mieście na lata 2017–2020.
- ² Rozdział powstał na podstawie dokumentów dostarczonych przez Wydział Kultury i Sportu Urzędu Miasta.
- ³ Rozdział na podstawie dokumentów dostarczonych przez Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta.
- ⁴ W ramach profilaktyki selektywnej są dwa projekty, które łączą w sobie zarówno profilaktykę selektywną, jak i wskazującą.
- ⁵ W trakcie badania poznałyśmy kobietę, która z powodów finansowych nie mogła dopłacać do żadnych zajęć sportowych. Zadzwońiła więc do wszystkich miejskich klubów, których dane mogła znaleźć w internecie z pytaniem, czy mogłaby zapisać swoje dziecko bez dopłaty do klubu. We wszystkich klubach, do których się dodzwoniła, okazało się, że trzeba płacić comiesięczną składkę.

W artykule kontynuuję omawianie sytuacji dotyczącej problemu narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. W poprzednim wydaniu „Serwisu Informacyjnego Uzależnienia” opisane zostały kraje bałtyckie. W obecnym zaprezentowane zostaną kraje, które miały najbardziej rozwijający się rynek nowych substancji psychoaktywnych w naszym regionie – Węgry i Rumunia.

PROBLEM NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I NARKOTYKÓW NA WĘGRZECH I W RUMUNII

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W odniesieniu do Rumunii sytuacja obecnie nie jest już tak trudna, jak była w 2010 roku, kiedy powstała tam sieć sprzedaży stacjonarnej, oferująca nowe substancje psychoaktywne. Na Węgrzech nowe substancje psychoaktywne nadal stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego z powodu wysokich, na tle innych krajów, wskaźników używania oraz związanych z tym problemów zdrowotnych. Rumunia w 2011 roku, zwalczając nowe substancje psychoaktywne, wzorowała się na polskich przepisach prawnych. Jednak zastosowała ona, w przeciwieństwie do nas, rozwiązania prawa karnego i udało jej się zlikwidować sklepy stacjonarne sprzedające „dopalacze”, co nie znaczy, że problem zniknął. Opis sytuacji w tych dwóch krajach, ze szczególnych naciskiem na nowe substancje psychoaktywne (NSP), został przygotowany przede wszystkim na podstawie danych zebranych i przekazanych do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w postaci tzw. workbooków (krajowe raporty REITOX Focal Point), tabel standardowych czy systemu wczesnego ostrzegania. Corocznie raportowane dane są następnie publikowane przez EMCDDA w postaci Country Drug Reports i Biuletynu Statystycznego EMCDDA¹. Ponadto wykorzystane zostały informacje z wystąpień ekspertów podczas organizowanych przez Krajowe Biuro konferencji, jak np. ostatniej lipcowej w Warszawie².

Skala używania narkotyków i NSP na Węgrzech

Według danych EMCDDA konopie indyjskie są na Węgrzech, podobnie jak w innych krajach UE, najczęściej

używaną nielegalną substancją wśród ogółu populacji, a ich stosowanie dotyczy głównie młodych dorosłych w wieku 18-34 lata (3,5%). Najnowsze dane wskazują na spadek spożycia konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku w populacji 15-34 lata. Inne tendencje odnotowano w przypadku używania MDMA/ecstasy (2,1%), kokainy (0,9%), i amfetaminy (1,4%), których rozpowszechnienie używania zwiększyło się w latach 2007–2015. Nowe substancje psychoaktywne stały się tak popularne jak nielegalne narkotyki, w szczególności w grupie młodych dorosłych. Wyniki badania ESPAD wśród 15-16-latków z 2015 roku potwierdziły, że konopie indyjskie pozostają najpowszechniej stosowanym narkotykiem w tej populacji, choć na niższym poziomie niż w 2011 roku, i że używanie marihuany kiedykolwiek w życiu wśród węgierskich uczniów jest nieco niższe niż średnia ESPAD (z 35 krajów). Wskaźniki rozpowszechnienia użycia kiedykolwiek w życiu nielegalnych narkotyków innych niż konopie indyjskie i NSP są podobne do średnich ESPAD. Natomiast więcej węgierskich uczniów zgłosiło użycie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni, a deklarowana częstotliwość intensywnego picia epizodycznego była również wyższa niż średnia dla wszystkich krajów. W roku 2015 według badań ESPAD wskaźniki rozpowszechnienia używania przetworów konopi co najmniej raz w życiu (Elekes, 2016) były najwyższe w populacji uczniów (klasy 9-10) (18,6%). Kolejną kategorią substancji pod względem rozpowszechnienia były syntetyczne kanabinoidy (rodzaj NSP) (10,1%), które po raz pierwszy pojawiły się w deklaracjach użytkowników w 2015 roku. Trzecią kategorią substancji najbardziej popularną wśród badanych były środki uspokajające i nasenne dostępne

bez recepty (9%). Używanie innych nowych substancji, tj. syntetycznych katynonów, było mniej rozpowszechnione wśród uczniów szkół średnich. W badaniach ESPAD odnotowano używanie na poziomie 2,5% (Drugs Hungarian Workbook, 2018).

Problemowe używanie narkotyków na Węgrzech

Na Węgrzech używanie narkotyków w grupach wysokiego ryzyka jest najczęściej powiązane głównie z wstrzykiwaniem stymulantów i NSP. Szacunki mówią o 6707 iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2015 roku (0,98 na 1000 mieszkańców). Według informacji z węgierskiego Focal Pointa od 2011 roku znacznie wzrosło używanie nowych substancji psychoaktywnych wśród użytkowników iniekcyjnych. Na podstawie danych uzyskanych z programów wymiany igieł i strzykawek (Fóti and Tarján, 2018) pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych w 2010 roku całkowicie przekształciło strukturę dotychczasowych wzorów używania narkotyków. Według danych z węgierskiego workbooka, w 2009 roku mniej niż 44% iniekcyjnych użytkowników narkotyków, będących klientami programów wymiany igieł i strzykawek, używało stymulantów jako głównego narkotyku; w 2017 roku odsetek ten wzrósł do 87%. W latach 2009–2012 odsetek iniekcyjnych użytkowników klasycznych stymulantów, głównie amfetaminy, wynosił ok. 40%. Jednak od roku 2013 zaczęto odnotowywać trend spadkowy w używaniu amfetaminy. W roku 2017 odsetek iniekcyjnych użytkowników przyjmujących głównie amfetaminę wynosił jedynie 10% wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek (Drugs Hungarian Workbook, 2018). Dane z węgierskiego Reitox Focal Pointa wskazują, że wzrost iniekcyjnego używania syntetycznych stymulantów (grupa NSP, głównie syntetyczne katynony) spowodował, iż w 2010 roku rozpowszechnienie iniekcyjnego używania tych substancji okazało się wyższe od heroiny, a w 2013 roku przewyższyło używanie amfetaminy. W 2010 roku mniej niż 8% klientów programów wymiany igieł i strzykawek używało syntetycznych stymulantów z grupy NSP, natomiast w 2015 roku odsetek ten wyniósł aż 80% (Drugs Hungarian Workbook, 2018). Od roku 2016 iniekcyjne używanie syntetycznych katynonów stabilizuje się (główny narkotyk przyjmowany iniekcyjnie wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek w 2016 roku 78%; w 2017 roku 77%), co w świetle wyników najnowszych badań (Kaló i wsp., 2018) wskazuje na zmia-

nę drogi przyjmowania i substancji podstawowej wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Odnotowuje się wzrost wdychania (folia aluminiowa) substancji tradycyjnie wstrzykiwanych oraz okresową bądź permanentną zmianę w kierunku używania syntetycznych kannabinoidów (palenie) (Drugs Hungarian Workbook, 2018). W roku 2010 głównym wstrzykiwanym syntetycznym stymulantem zażywany przez iniekcyjnych użytkowników narkotyków był mefedron, w roku 2011 MDPV, natomiast od roku 2012 substancja obiegowo nazywana „penta crystal/crystal”³. Wśród syntetycznych katynonów przyjmowanych drogą iniekcji (w sumie 1407 respondentów), „penta crystal” był nadal najczęściej wymienianą nazwą uliczną w 2017 roku (95% wśród syntetycznych stymulantów; 1333 respondentów). Na drugim miejscu znalazł się produkt o nazwie „zene” (węg. muzyka) – 3% wskazań (43 respondentów); 2% respondentów wymieniło MDPV, natomiast 1% mefedron (Drugs Hungarian Workbook, 2018).

Zgłaszalność do leczenia z powodu narkotyków na Węgrzech

Według danych węgierskiego Focal Pointa spośród 4098 pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie w 2016 roku, większość osób wybrała je jako alternatywę wobec grożącej im kary za przestępstwa narkotykowe. Osoby te były przede wszystkim leczone w placówkach ambulatoryjnych. Konopie indyjskie pozostawały główną substancją, z powodu której pacjenci rozpoczynali leczenie w 2016 roku; na kolejnych miejscach znalazły się NSP, amfetaminy i opioidy. Konopie indyjskie są również najczęściej notowaną substancją podstawową dla osób, które rozpoczynają leczenie w ramach systemu sądownictwa karnego. Długofalowa analiza wskazuje na zmniejszenie zapotrzebowania na leczenie związane z heroiną i wzrost liczby klientów trafiających na leczenie z powodu uzależnienia od NSP. Wśród tych substancji dominują syntetyczne kannabinoidy i syntetyczne katynony. Liczba klientów poddanych leczeniu substytucyjnemu na Węgrzech pozostaje stabilna w ostatnich latach.

Choroby zakaźne wśród użytkowników narkotyków na Węgrzech

Wzrost liczby nowych przypadków zakażenia wirusem HIV zgłaszanych co roku na Węgrzech od 2011 roku został zahamowany. Wskazują na to dane przekazane

do EMCDDA w 2017 roku. Częstość występowania zakażeń związanych z zażywaniem narkotyków wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków na Węgrzech była stabilna do 2011 roku. Źródło zakażenia jest znane w przypadku dwóch trzecich zakażeń wirusem HIV i tylko w przypadku kilku zakażeń miały one związek z zażywaniem narkotyków w iniekcjach. Wskaźnik dla danych ogólnokrajowych wynosi 0,2% (2014 rok) zakażeń HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach. Infekcje HCV są często wykrywane wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach. W 2014 roku odsetek osób zakażonych z tej grupy wyniósł 50%. Ostatnie badania wskazały, że 8 na 10 osób zażywających nowe substancje psychoaktywne w iniekcjach było zakażonych HCV. Częstość występowania HCV tłumaczy się nowymi wzorami wstrzykiwania narkotyków. Wśród iniekcyjnych użytkowników NSP coraz powszechniejsze stało się ponowne wykorzystanie sprzętu.

Zgony z powodu substancji psychoaktywnych na Węgrzech

Zgony spowodowane przez narkotyki to zgony, które można bezpośrednio powiązać z używaniem nielegalnych narkotyków (tj. zatrucia i przedawkowania). Węgry w ramach sprawozdawczości do EMCDDA zgłaszały od 20 do 30 zgonów związanych z narkotykami rocznie w ciągu ostatnich pięciu lat. Wahania liczby zgonów zgłoszonych przed 2011 rokiem przypisywano czystości heroiny. Dostępność heroiny znacznie spadła po 2010 roku, co spowodowało, że w przypadkach zgonów związanych z narkotykami zaczęły dominować inne opioidy. Z informacji wynikających z badań toksykologicznych w 2016 roku, opioidy związane były z jedną czwartą wszystkich zgonów i zawsze były zażywane w połączeniu z innymi substancjami psychoaktywnymi. W pozostałych przypadkach wykryto obecność amfetaminy, kokainy i nowych substancji psychoaktywnych. Przypadki zgonów były także powiązane z używaniem takich substancji, jak: α -PVP, pentedrone, ADB-Fubinaca, AB-Fubinaca i AB-CHMINACA.

W 2016 roku większość ofiar używania narkotyków lub NSP była płci męskiej, a średnia wieku wyniosła 36 lat. Średni wiek ofiar śmiertelnych z powodu NSP jest niższy niż średni wiek ofiar śmiertelnych z powodu zażycia narkotyków. Wskaźnik śmiertelności wywołanej narkotykami wśród dorosłych (w wieku 15-64 lata) na

Węgrzech wynosił 3,93 zgonów na milion (2016 rok), czyli poniżej ostatniej europejskiej średniej wynoszącej 21,8 zgonów na milion.

Rynek substancji psychoaktywnych na Węgrzech

W ostatnich latach węgierski rynek narkotykowy uległ znacznym zmianom. Według danych węgierskiego Reitox Focal Point (WRFP) nowe substancje psychoaktywne coraz częściej zastępują narkotyki, co stanowi wyzwanie dla organów ścigania. Chiny są głównym źródłem zaopatrywania Węgier w NSP. Substancje te docierają zazwyczaj pocztą, chociaż niektóre NSP są wysyłane na Węgry z Hiszpanii, Holandii, Belgii oraz Słowacji. Dostępne dane WRFP wskazują, że konsumenci mogą uzyskać dostęp do tych substancji także za pośrednictwem sklepów internetowych. Jednak liczba takich sprzedawców spadła w latach 2013–2015. Udział wszystkich konfiskat NSP wzrósł stopniowo w latach 2010–2014. Substancje te stanowiły blisko 60% wszystkich konfiskat w 2014 roku, podczas gdy w 2015 roku NSP przechwytywano tak często jak narkotyki. Pochodne katynonu i mieszanki ziołowe zawierające syntetyczne kannabinoidy pozostają najczęściej przechwytywanymi NSP, chociaż liczba konfiskat zmniejszyła się od 2014 roku. Konopie indyjskie, w szczególności marihuana, pozostają najczęściej przejmowanym narkotykiem na Węgrzech. Konopie indyjskie są coraz częściej przemycane do tego kraju przez wietnamskie grupy przestępcze z Czech, z krajów Bałkanów Zachodnich i Holandii. Konopie indyjskie uprawia się również na Węgrzech, choć na niewielką skalę. Od 2012 roku, kiedy w kraju skonfiskowano rekordową ilość marihuany, prawie 1,8 t, odnotowuje się spadek zabezpieczonej marihuany. Węgry tradycyjnie były krajem tranzytowym dla heroiny pochodzącej z Afganistanu i przemycanej przez Bliski Wschód trasą bałkańską do Europy Zachodniej. Od 2010 roku, kiedy liczba zabezpieczeń heroiny znacznie spadła w porównaniu z okresem sprzed 2010 rokiem, wskazując na początek „niedoboru heroiny” na rynku węgierskim, liczba konfiskat i ilość przechwyconej heroiny pozostają stosunkowo niewielkie. Substancje syntetyczne, takie jak amfetaminy i ecstazy, są przemycane z Belgii i Holandii. Zabezpieczono jedno niewielkie miejsce produkcji amfetaminy. W ostatnich latach kokainę, którą

Tabela 1. Ilość zabezpieczonych NSP na Węgrzech w 2016 roku (dane z ST13).

Nazwa NSP	Jednostka	Ilość	Liczba zabezpieczeń	Detaliczne (liczba zabezpieczeń)	Średnie (liczba zabezpieczeń)	Hurtowe (liczba zabezpieczeń)
5-EAPB	tabletki	26	2	2	0	0
bk-MPA	kg	0,16	2	1	1	0
6-APB	kg	0,002	1	1	0	0
MPA / methylthienylpropamine	kg	0,0001	1	1	0	0
MPA / methylthienylpropamine	tabletki	69	1	0	1	0
3-MeO-PCP	kg	0,004	1	1	0	0
Deschloroketamine	kg	0,002	1	1	0	0
Deschloroketamine	tabletki	1	1	1	0	0
Methoxetamine	kg	0,009	1	1	0	0
flubromazepam	tabletki	2	1	1	0	0
ADB-FUBINACA	kg	7,99	875	818	69	1
AMB-FUBINACA	kg	10,05	635	564	56	2
CUMYL-4CN-BINACA	kg	2,67	182	173	8	1
5F-MDMB-PINACA / 5F-ADB	kg	1,81	145	128	17	0
other cannabinoids	kg	2,21	274	240	34	0
N-ethylhexedrone	kg	5,38	177	160	17	0
4-CMC / clephedrone	kg	6,17	95	82	11	2
pentedrone / β -ethyl-methcathinone	kg	1,5	67	58	8	1
other cathinones (powders)	kg	21,55	328	263	60	5
cathinone (tablets)	tabletki	1124	66	58	8	0
DMT	kg	0,02	20	20	0	0
5-MeO-MIPT	kg	0,01	2	2	0	0
4-AcO-DMT	kg	0,0001	1	1	0	0
4-AcO-MET	kg	0,0002	1	1	0	0
5-MeO-MIPT	jednostka	2	2	2	0	0
Furanylfentanyl	kg	0,02	2	0	2	0
U-47,699	kg	0,005	1	1	0	0
2C-B	tabletki	956	26	22	4	0
2C-B	kg	0,005	9	9	0	0
2-PEA	kg	0,29	5	3	2	0
NBoME's, DOC	jednostka	374	9	7	2	0
other phenethylamines	kg	0,04	9	8	1	0
Isopropylphenidate	kg	2,41	12	10	1	1
Ethylphenidate	kg	0,005	2	2	0	0
Isopropylphenidate	tabletki	2	2	2	0	0
4-fluoromethylphenidate / 4F-MPH	kg	0,004	1	1	0	0
Kratom	kg	0,05	3	2	1	0
Harmine	kg	0,1	1	0	1	0
Cannabinoid combinations	kg	1,21	579	533	45	1
Other NPS combinations	kg	1,97	277	45	27	0

Źródło: WRFP, tabela standardowa 13 EMCDDA.

skonfiskowano na Węgrzech, przetransportowano do tego kraju samochodami przez Hiszpanię i Holandię, lub została ona przemyciona bezpośrednio z Ameryki Południowej przez muły narkotykowe. Ostatnie dane

wskazują na rosnącą tendencję w obszarze konfiskat kokainy. Według informacji z WRFP z 2016 roku, spośród różnych grup nowych substancji psychoaktywnych najczęściej zabezpieczono syntetycznych katynonów

(substancja o działaniu stymulującym), prawie 35 kg i ponad 1100 tabletek. Szczegółowe zestawienie zawiera tabela 1.

Używanie substancji psychoaktywnych w Rumunii

Rozpowszechnienie używania nielegalnych substancji wśród osób dorosłych w Rumunii rosło w latach 2004–2016. Mimo to skala używania narkotyków pozostaje na niskim poziomie w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Konopie indyjskie pozostają najczęściej używanym narkotykiem, a jego stosowanie dotyczy przede wszystkim młodych dorosłych w wieku 15–34 lata. W 2016 roku dwa razy większy odsetek badanych w wieku 15–34 lata wskazał, że używał marihuany, niż w 2013 roku (dane dotyczące wskaźnika używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy: 5,8%). Dane z ostatniego badania populacji generalnej z 2016 roku wskazują, że około 2,5% dorosłych próbowało nowego środka psychoaktywnego („dopalaczy”) co najmniej raz w życiu, chociaż regularne stosowanie pozostaje rzadkie i dotyczy głównie ludzi młodych.

Dane z badań wśród młodzieży za 2015 rok wskazują na niższe wskaźniki używania marihuany w Rumunii od średniej wynikającej ze wszystkich krajów uczestniczących w ESPAD. Do używania marihuany przyznało się 8,1% 15–16-latków. Opierając się na wynikach badania ESPAD 2015, nowe substancje psychoaktywne plasują się na drugim miejscu po konopiach indyjskich; 5,1% 16-letnich uczniów zadeklarowało chociaż raz użycie NSP, a 3,1% wymieniło ich używanie w ciągu ostatniego roku. Najczęściej stosowanymi formami NSP są postacie mieszanek ziół do palenia. Stosowanie takich mieszanek NSP zadeklarowało 2,7% badanych nastolatków, a 0,4% respondentów zażywa NSP w formie proszków, kryształków lub tabletek. 0,2% respondentów mówi o używaniu NSP, nie wspominając o formie, w jakiej to robi.

Problemowe używania narkotyków w Rumunii

Rumuńskie szacunki dotyczące rozpowszechnienia stosowania opioidów wysokiego ryzyka wahały się od 1,05 do 1,77 na 1000 dorosłej populacji w 2016 roku. Dane dla Rumunii mówią o około 21 tys. problemowych użytkowników opioidów. Szacuje się, że liczba

osób wstrzykujących sobie narkotyki w Bukareszcie to blisko 10 tys. osób (dane za 2016 rok). Informacje z placówek leczących osoby uzależnione od narkotyków pokazują, że heroina jest głównym narkotykiem wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach, z powodu którego podejmują oni leczenie (EMCDDA, 2018a). Dane ze zgłaszalności do leczenia wskazują, że prawie 9 na 10 osób zażywających narkotyki w iniekcjach podejmuje leczenie z powodu heroiny. Ponadto około 1 na 20 osób zgłosiło nową substancję psychoaktywną jako substancję, z powodu której rozpoczynają leczenie. Analiza danych z ostatnich 10 lat sugeruje, że liczba osób zażywających heroinę rozpoczynających leczenie w Rumunii zmniejsza się od 2007 roku. Podczas gdy liczba osób zażywających pochodne konopi indyjskich wzrosła od 2013 roku. Według informacji z raportu EMCDDA wzrost zapotrzebowania na leczenie konopi indyjskich można w dużej mierze przypisać sytuacji, że leczenie oferowane jest jako alternatywa wobec kary więzienia dla niektórych kategorii sprawców (EMCDDA, 2018d).

Zgłaszalność do lecznictwa z powodu używania NSP w Rumunii

Według danych rumuńskiego Focal Pointa używanie nowych substancji psychoaktywnych znajduje się na trzecim miejscu jako przyczyna zgłaszalności do leczenia narkotykowego (19,4%) i na drugim miejscu w przypadku pacjentów pierwszorazowych (17,8%) w 2017 roku. Populacja pacjentów przyjętych do leczenia na skutek używania NSP w 2017 roku to głównie mężczyźni (92,5% mężczyzn wobec 7,5% kobiet) (Drugs Romanian Workbook, 2018). Wiek inicjacji używania NSP to 15–19 lat (33,1%). Głównym źródłem skierowań na leczenie były służby społeczno-medyczno-zdrowotne (41%), następnie zgłoszenia samodzielne, namowy rodziny i przyjaciół (25,9%). Główną drogą przyjmowania deklarowaną przez pacjentów-użytkowników NSP w 2017 roku było palenie/wdychanie (84,2%). 37,2% respondentów twierdziło, że używało narkotyku codziennie (Drugs Romanian Workbook, 2018).

Użytkownicy NSP to głównie ludzie młodzi (96%) (grupa wiekowa 15–34 lata). Większość młodych pacjentów w wieku 15–24 lat nigdy wcześniej nie miała kontaktu z sektorem leczenia uzależnień (63,4%), natomiast w grupie 20–29 lat leczyło się wcześniej 59,4% respondentów.

Większość użytkowników NSP (70,1%), którzy zostali przyjęci na leczenie w 2017 roku, miała wykształcenie średnie. Analizując rodzaj ośrodka leczenia, można stwierdzić, że 63,7% użytkowników NSP przebywało w ośrodkach stacjonarnych, natomiast 36,3% w ośrodkach ambulatoryjnych (Drugs Romanian Workbook, 2018).

Zakażenia HIV i HCV w Rumunii

Według danych EMCDDA w Rumunii odnotowano wzrost liczby przypadków infekcji HIV wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach w latach 2011–2013. Jednak w latach 2014–2016 zmniejszyła się liczba nowych powiadomień o zakażeniu HIV wśród tej grupy. Dane oparte na wynikach testów na HIV wśród osób zażywających narkotyki, które szukają leczenia lub korzystają z usług mieszczących się w ramach redukcji szkód, również wskazywały na wzrost w zakresie rozpowszechnienia HIV w latach 2010–2013. Dane po 2013 roku sugerują pewną stabilizację występowania nowych zakażeń wśród osób zażywających narkotyki w iniekcji. W 2016 roku odnotowano 83 przypadki nowych zakażeń wirusem HIV. Infekcja wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) jest najczęstszą infekcją

związaną z narkotykami wśród rumuńskich użytkowników narkotyków. Od 2013 roku, kiedy odnotowano najwyższe wskaźniki częstości występowania HCV wśród zażywających narkotyki w iniekcjach, częstość występowania HCV wśród tej populacji nieznacznie spadła. Ponadto dane uzyskane od osób będących w trakcie leczenia wskazują na tendencję spadkową w obszarze zakażeń HCV i wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) w ostatnich latach, po szczytach obserwowanych w 2011 roku (dla HCV) i 2013 roku (dla HBV). Współwystępowanie HIV i HCV i/lub HBV jest znacznie częstsze wśród zażywających narkotyki w iniekcjach. Według krajowych badań wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków 11,6% było zakażonych wirusem HIV (dane za 2016). W przypadku zakażeń HCV dostępne dane dotyczą badań regionalnych, gdzie odnotowano, że trzy czwarte osób zażywających narkotyki w iniekcjach jest zakażonych wirusem typu C (EMCDDA, 2018a).

Zgony z powodu narkotyków w Rumunii

Zgony spowodowane przez narkotyki to zgony, które można bezpośrednio przypisać używaniu narkotyków

Tabela 2. Ilość zabezpieczonych NSP w Rumunii w 2016 roku (dane z ST13).

Nazwa NSP	Jednostka	Ilość	Liczba zabezpieczeń	Detaliczne (liczba zabezpieczeń)	Średnie (liczba zabezpieczeń)	Hurtowe (liczba zabezpieczeń)
AM-2201	kilogram	0,00059	2	2		
JWH-122	kilogram	0,0012	1		1	
JWH-210	kilogram	0,01196	2	1	1	
UR-144	kilogram	0,0084	1		1	
XLR-11	kilogram	0,00357	3	2	1	
Pentedrone	kilogram	0,02701	7	6	1	
4-MEC	kilogram	0,04521	3	2	1	
4-MMC	kilogram	0,00678	1		1	
S-MeO-DALT	tabletki	4	1	1		
2C-B	kilogram	0,00003	1	1		
2C-B	tabletki	33	9	9		
Amfepramone	tabletki	7	1	1		
CPP	kilogram	0,0001	1	1		
MBZP razem z BZP i TFMPP	kilogram	0,00011	1	1		
MBZP razem z BZP i TFMPP	tabletki	3	1	1		
Alpha-PVP	kilogram	0,14462	125	116	9	
Alpha-PVP	papierosy	1	1	1		
MDPV	kilogram	0,00032	9	9		
MDPBP	kilogram	0,08612	15	12	3	

Źródło: Rumuński Focal Point, tabela standardowa 13 EMCDDA.

(np. zatrucia lub przedawkowania). W 2016 roku, podobnie jak w latach ubiegłych, liczba zgłoszonych zgonów spowodowanych narkotykami opierała się głównie na informacjach dotyczących samej stolicy i przekazanych do EMCDDA przez rumuński Focal Point. Analiza przypadków dotyczących zgonów wskazuje, że ofiary miały długą historię zażywania narkotyków i używały głównie nielegalnych substancji w drodze iniekcyjnej (EMCDDA, 2018a). Zgodnie z wynikami badań toksykologicznych, opioidy, a w tym przede wszystkim metadon – były najczęściej głównymi narkotykami powodującymi śmiertelne przedawkowanie. Nowe substancje psychoaktywne wykryto w przypadku czterech zgonów, a kokainę w jednym zgonie w 2016 roku. Dwie lub więcej substancji psychoaktywnych dotyczyło trzech czwartych odnotowanych zgonów. Większość ofiar śmiertelnego przedawkowania narkotyków stanowili mężczyźni, średni wiek ofiar wynosił około 32 lat, a długoterminowa tendencja wskazywała na stały wzrost wieku ofiar na przestrzeni lat (EMCDDA, 2018a).

Interwencje medyczne w wyniku używania NSP w Rumunii

Według danych rumuńskiego Reitox Focal Pointa w 2017 roku odnotowano 1213 interwencji medycznych w związku z używaniem NSP (konsumpcja wyłącznie jednego środka lub w połączeniu z inną substancją). W porównaniu z rokiem 2016 liczba interwencji utrzymuje się na podobnym poziomie (1236). Nowe substancje psychoaktywne wciąż zajmują czołowe miejsce w rankingu interwencji medycznych na skutek używania nielegalnych narkotyków. W 2017 roku na poziomie krajowym odsetek tego typu interwencji wyniósł 40% (EMCDDA, 2018a).

Przestępstwa narkotykowe w Rumunii

W 2016 roku w przypadku 7140 osób prowadzone było dochodzenie z powodu przestępstw narkotykowych. Ze względu na swoje położenie geograficzne Rumunia stanowi część bałkańskiej drogi przemytu heroiny do Europy. Heroina pochodzi z Afganistanu i jest przemycana głównie przez Turcję i inne kraje bałkańskie do Rumunii, a następnie do Europy Środ-

kowej i Zachodniej. Kokaina jest wysyłana z Ameryki Południowej w dużych ilościach przez porty Morza Czarnego lub drogą lądową i lotniczą z innych krajów Unii Europejskiej i jest przeznaczona głównie na rynki poza granicami kraju. NSP są przemycane do Rumunii głównie z krajów azjatyckich i zazwyczaj docierają do tego kraju za pośrednictwem poczty kurierskiej. W 2015 roku w Rumunii wykryto trzy laboratoria mieszania i pakowania nowych substancji psychoaktywnych, czyli miejsca, gdzie sprowadzone z Chin NSP były przygotowane do sprzedaży detalicznej. W przypadku syntetycznych kannabinoidów podkład roślinny był nasączony nowymi substancjami psychoaktywnymi. Rumuńskie organy ścigania zgłosiły znaczny wzrost całkowitej liczby konfiskat i ilości nielegalnych substancji zajętych w ostatnich latach. Liczba zabezpieczeń narkotyków w 2016 roku osiągnęła najwyższą wartość w ciągu ostatnich 10 lat. Większość z nich to konfiskaty na poziomie detalicznym, z których mniej niż 2% przekracza 1 kg. Konopie indyjskie pozostają głównymi narkotykami pod względem liczby konfiskat zabezpieczonych w Rumunii, chociaż całkowita ilość zabezpieczonych konopi zmniejszyły się w 2016 roku do 142,6 kg. W 2016 roku Rumunia zgłosiła zwiększone ilości zabezpieczonej kokainy, khatu i syntetycznych stymulantów (MDMA i amfetaminy). Największe konfiskaty odnotowano w przypadku kokainy: 2321 kg. Warto zauważyć, że ilość przejętej heroiny była najniższą odnotowaną w historii. W 2016 roku liczba konfiskat nowych substancji psychoaktywnych była mniejsza niż liczba konfiskat dokonanych w Rumunii w okresie 2012–2015. W przypadku zabezpieczeń NSP w Rumunii, podobnie jak na Węgrzech, odnotowano najwięcej ujawnionych substancji z grupy syntetycznych katynonów: 1,3 kg.

Przypisy

- ¹ Link do biuletynu statystycznego EMCDDA: http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018_en
- ² Informacje o lipcowej konferencji znajdują się w artykule o krajach bałtyckich zamieszczonym w SIU 3/2018.
- ³ Według informacji węgierskiego Focal Pointa we wcześniejszych danych z konfiskat (2012–2014) była to substancja zawierająca pentedron. Rozpowszechnienie pentedronu zmalało na korzyść innych syntetycznych katynonów, uliczna nazwa „crystal” pozostała.

Bibliografia dostępna w redakcji.

W ostatnich dziesięcioleciach nastąpiło wiele zmian na globalnym rynku gier hazardowych, a zaburzenia hazardowe coraz częściej postrzegane są w kategoriach zagrożenia dla zdrowia publicznego. Zwiększyła się dostępność gier hazardowych, co było spowodowane wprowadzaniem nowych rodzajów gier, zwłaszcza wykorzystujących internet i urządzenia mobilne (St-Pierre i in., 2014).

CZYNNIKI PRZYCZYNIAJĄCE SIĘ DO PODEJMOWANIA LECZENIA PRZEZ OSOBY Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI

Łukasz Wieczorek

Katarzyna Dąbrowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Poszukiwanie leczenia w populacji osób z zaburzeniami hazardowymi często następuje po kryzysie wywołanym wystąpieniem negatywnych konsekwencji. W wielu sytuacjach problemy finansowe są główną przyczyną i motywacją do poszukiwania pomocy. Niemniej ważne są problemy rodzinne, w relacjach ze współmałżonkiem lub partnerem. Innymi przyczynami są obawy dotyczące zdrowia fizycznego lub psychicznego. Wśród czynników, które nie były aż tak istotne, ale jednak miały wpływ na podjęcie decyzji o poszukiwaniu pomocy, znalazły się uwagi pochodzące od personelu zatrudnionego w punktach uprawiania hazardu na temat grania, problemy prawne, problemy w pracy oraz wynikające z warunków życia. Wiele czynników motywujących do podejmowania leczenia, takich jak problemy finansowe, w relacjach z innymi, problemy ze zdrowiem somatycznym i psychicznym, problemy prawne, w pracy mają charakter ponadnarodowy. Oznacza to, że te same motywy są identyfikowane przez osoby z zaburzeniami hazardowymi zamieszkujące różne części świata (Suurvali i wsp., 2009; Suurvali i wsp., 2010; Gainsbury i wsp., 2014).

Celem artykułu jest identyfikacja czynników przyczyniających się do podejmowania leczenia przez osoby z zaburzeniami hazardowymi. Czynniki te mogą zawierać się wśród motywów mających wpływ na zmianę zachowania i podjęcie decyzji o szukaniu pomocy, czynników determinujących wybór placówki oraz barier i ułatwień, na które osoby z zaburzeniami hazardowymi natrafiają, podejmując leczenie.

Materiał i metoda

W badaniach¹ wykorzystano metody jakościowe – technikę wywiadu semi-strukturyzowanego. Wywiady prowadzono wśród osób z zaburzeniami hazardowymi oraz w grupie profesjonalistów – lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (pierwszego kontaktu), psychiatrów, terapeutów oraz pracowników socjalnych z ośrodków pomocy społecznej (OPS). Próba liczyła 90 respondentów i obejmowała 30 pacjentów z zaburzeniami hazardowymi i po 15 osób w każdej grupie profesjonalistów. W badaniach wykorzystano 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. Badanie było anonimowe, wypowiedzi respondentów oznaczano jedynie kodem. Dane personalne nie były zbierane, udział w badaniu był dobrowolny.

Wyniki

Motywy mające wpływ na zmianę zachowania i podjęcie decyzji o szukaniu pomocy

Przez wiele lat osoby z zaburzeniami hazardowymi nie szukają pomocy, chociaż doświadczają negatywnych

konsekwencji wynikających z grania. Decyzja o rozpoczęciu leczenia pojawia się, gdy problemy dotyczą wielu obszarów życia, stają się tak poważne, że nie można już dłużej ich lekceważyć, a osoby z zaburzeniami hazardowymi nie są w stanie same sobie z nimi poradzić.

Myszę, że może to być w różnych sytuacjach. Tak naprawdę lecę ludzi, którzy są w wielkim kryzysie, na przykład, gdy tracą pracę, dom lub kontakt z rodziną, która nie może znieść długów i wierzycieli, którzy ich nęka. Są to takie sytuacje, kiedy zaczyna walić im się całe życie. (T2603F2)²

Nawet wtedy osoby z zaburzeniami hazardowymi rzadko poszukują leczenia bez presji pochodzącej z zewnątrz. Jednak w opinii osób z zaburzeniami hazardowymi decyzja o zmianie ich zachowania została podjęta przede wszystkim pod wpływem własnych refleksji o sposobie grania. Poczucie winy wynikające z niespełniania ról społecznych rodzica i współmałżonka oraz brak poczucia bezpieczeństwa rodziny były czynnikami, które respondenci postrzegali jako wewnętrzną motywację do zmiany zachowania.

W tym czasie (kiedy grałem – autorzy) byłem w związku, mamy dziecko i nie mogłem patrzeć, jak oni przeze mnie cierpią, przez to, co wydarzyło się w naszym życiu, przez brak bezpieczeństwa. Jedna sytuacja była dla mnie szokująca, kiedy wróciłem do domu po graniu, a mój syn stracił przytomność, zadzwoniłem po karetkę pogotowia, byłem bez pieniędzy. Potem poczułem się zdruzgotany, ciężko mi było wytrzymać ze sobą. (PG2204M1)

Jak wynika z naszych badań, decyzja o poszukiwaniu leczenia bardzo często podejmowana jest pod presją osób ważnych dla gracza – na przykład partnera, rodziców. Przedstawiciele wszystkich grup profesjonalistów wspominali o tych motywach. Presja rodziny jest motywacją zewnętrzną, która nie jest ugruntowana refleksją o własnym graniu. Zdarza się, że rodzina wyrzuca z domu osobę mającą problemy z graniem, partner grozi rozwodem bądź separacją. Dzieje się tak, gdy rodzina jest zmęczona problemami spowodowanymi przez gracza lub gdy problem z hazardem, ukrywany przez lata, pojawia się nagle. Pracownicy socjalni wspomnieli, że czasami inne problemy rodzinne, takie jak przemoc, są motywem, który wywołuje zmianę zachowania.

Niektórzy pacjenci podejmują leczenie pod wpływem najbliższych, małżonka, partnera, dzieci, to zależy od wieku pacjentów. (GP0503F1)

Bardzo ważnym motywem zmian w życiu, często wspomnianym przez osoby z zaburzeniami hazardowymi, a także przez profesjonalistów, były problemy finansowe wynikające z niespłacania długów w bankach i parabankach, zaciągniętych u znajomych i członków rodziny. Dodatkowo, długi obejmują zaległości w czynszu za mieszkanie, co w konsekwencji może doprowadzić do jego utraty i bezdomności. Do innych problemów z tego obszaru zaliczają się kradzieże pieniędzy na grę z budżetu domowego, defraudacje pieniędzy służbowych, sprzedawanie wyposażenia domowego. Czasami pozyskiwanie pieniędzy na hazard powoduje występowanie problemów prawnych.

Straty, które pacjenci mają w przypadku hazardu, związane z wpadaniem w pętlę zadłużenia, kiedy pozbawieni są środków na grę, stoją pod ścianą i mają coraz mniejsze możliwości zdobycia pieniędzy, są motywami podejmowania leczenia. (PS2804M2)

Konsekwencje prawne motywują ich do szukania pomocy, na przykład ktoś, kto kradnie i policja go łapie, i tak dalej. Te zachowania występują, ponieważ cały czas szukają pieniędzy na hazard. (PS2805M1)

Inną grupą problemów, które mogą mieć wpływ na rozpoczęcie poszukiwania leczenia, są problemy emocjonalne i psychiczne. Lekarze pierwszego kontaktu, psychiatrzy i terapeuci wspomnieli o depresji, próbach samobójczych, lęku, współwystępowaniu uzależnienia od substancji jako czynnikach, które mogą przyspieszyć proces decyzji o poszukiwaniu leczenia. Wśród motywów związanych z występowaniem problemów emocjonalnych, psychiatrzy zidentyfikowali takie doświadczenia, jak: ból, cierpienie, lęk, wyrzuty sumienia, poczucie winy.

Kiedy tracą pieniądze i pojawia się stres, nastrój się obniża, rodzina wywiera presję, wtedy zaczynają szukać pomocy. (GP2302F1)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi mają depresję, czasami próbują popełnić samobójstwo. Jest to perspektywa szpitala psychiatrycznego, w której widoczne są efekty problemów emocjonalnych, a później dopiero się zauważa, że ich przyczyną był hazard (PS2301M1).

Lekarze zatrudnieni w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej dodają do listy motywów problemy ze zdrowiem fizycznym, dla których trudno jest znaleźć przyczynę, takie jak bóle głowy, bóle brzucha, zaburzenia snu, kołatanie serca.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi narzekają na zaburzenia snu, bezsenność, kołatanie serca, ucisk

w klatce piersiowej, niepokój, różne zaburzenia somatyczne, na przykład bóle pleców. (GP1604F2)

Czynniki determinujące wybór placówki

Zanim osoby z zaburzeniami hazardowymi rozpoczną leczenie, oni lub ich rodziny szukają placówki, która spełni ich oczekiwania. Decyzja o wyborze placówki podejmowana jest przez graczy bądź przez ich partnera życiowego, współmałżonka lub innych bliskich członków rodziny, na przykład w sytuacji, gdy to oni płacą za leczenie w prywatnej placówce. Osoby z zaburzeniami hazardowymi są również kierowane na leczenie przez lekarzy pierwszego kontaktu, psychiatrów, pracowników socjalnych i pod wpływem ich sugestii wybierają placówkę. Te same determinanty mogą być istotne przy wyborze placówki zarówno dla osób z zaburzeniami hazardowymi, jak również dla członków rodziny. Odnoszą się one do dostępności placówki, infrastruktury i jakości prowadzonego leczenia, opinii o placówce i aktualnie doświadczanych problemów.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi wspominały, że bardzo często wybór placówki jest determinowany przez praktyczne kwestie, takie jak odległość od miejsca zamieszkania, możliwość uczestniczenia w terapii indywidualnej lub grupowej w różnych godzinach w zależności od codziennych obowiązków, na przykład przed południem lub w weekendy, niskie koszty leczenia lub jego bezpłatność, długa obecność placówki na rynku, jej renoma, kompleksowość oferty terapeutycznej i doświadczenie w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi.

Dostałem skierowanie do placówki, która znajduje się w pobliżu mojego domu. Jechałem na rowerze około 15 minut, co jest dość blisko. (PG1605M1)

Głównym powodem, dla którego wybrałem właśnie tę placówkę, było to, że leczenie było bezpłatne. Moje długie nie pozwoliły mi na rozpoczęcie leczenia w innych miejscach, oddalonych od mojego miejsca zamieszkania. (PG2603M1)

Dziewięćdziesiąt procent osób z zaburzeniami hazardowymi jest leczonych w (nazwa ośrodka – autorzy). To najsłynniejsza placówka w Warszawie, a terapeuci mają największe doświadczenie. (PG0605M1)

Zdaniem profesjonalistów prywatne placówki wybierane są głównie dlatego, że warunki lokalowe są lepsze niż w placówkach sektora publicznego. Respondenci wspominali również o większej dostępności terapeutów oraz o możliwości zapewnienia większej anonimowości niż w sektorze publicznym. Lekarze pierwszego kontaktu i terapeuci potwierdzili, że zapewnienie anonimowości jest jednym z czynników decydujących o wyborze placówki.

Niektórzy pacjenci uważają, że w prywatnych placówkach będą lepiej leczeni niż w sektorze publicznym.

Twierdzą – jeśli zapłacę za leczenie, muszą mi zaoferować coś specjalnego, lepszy standard. (T2703M2)

W opinii osób z hazardem problemowym sektor prywatny jest w stanie zapewnić lepszą anonimowość, nie ma potrzeby zakładania dokumentacji medycznej, a wizyty nie są rejestrowane. (...) Pacjenci szukają takiej placówki, która gwarantuje im, że informacje o hazardzie nie pojawią się poza jej murami. (T2703M2)

Wiedza o rynku usług terapeutycznych może decydować o wyborze konkretnej placówki.

Zdaniem pracowników socjal-

nych ci, którzy są lepiej zorientowani w możliwościach otrzymania pomocy lub leczenia, będą jej szukać w wyspecjalizowanych placówkach, ponieważ pozwoli im to skrócić ścieżkę i uzyskać pomoc wcześniej. Źródłem informacji o ofercie terapeutycznej jest głównie internet i spotkania Anonimowych Hazardzistów. Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie tylko szukają informacji o placówce, takich jak adres, numer telefonu, ale także próbują poznać opinie o niej i zatrudnionych tam terapeutach od osób, które były tam leczone.

Zacząłem od udziału w spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, gdzie wylądowałem przez forum inter-

Wyniki badań pokazują, że tylko około 30% osób z zaburzeniami hazardowymi podejmuje leczenie. Jest to spowodowane istnieniem barier indywidualnych i strukturalnych. Najbardziej rozpowszechnione bariery na poziomie indywidualnym to wstyd i strach przed rozmową o problemach osobistych, emocjach, uczuciach i doświadczeniach podczas terapii.

netowe. Na spotkaniach inni uczestnicy powiedzieli mi, gdzie powinienem jechać, którą placówkę powinienem wybrać, że są otwarte i zamknięte terapie, placówki stacjonarne i ambulatoryjne. (PG1504M1)

Na wybór placówki wpływ ma rodzaj doświadczanych problemów. W opinii pracowników socjalnych z oferty ośrodka pomocy społecznej korzystają przede wszystkim ci, którzy nie znają oferty pomocy psychologicznej lub doświadczają problemów finansowych.

Na pewno ci, którzy szukają wsparcia finansowego odwiedzą ośrodek pomocy społecznej. Ich warunki życia są tak trudne, że nie mogą sobie nawet pozwolić na podstawowe potrzeby. Może to być przyczyną szukania pomocy u nas. Także długi wynikające z niezapłacenia czynszu. Te sytuacje mogą być przez nas wspierane i z takimi problemami mogą się u nas zjawić. (SW2904F1)

Myślę, że ci, którzy nie mają żadnych środków na utrzymanie, są opuszczeni przez rodzinę lub rodzina nie jest im w stanie już więcej pomóc, mogą odwiedzić ośrodek pomocy społecznej. (SW1002F1)

Również lekarze zatrudnieni w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej są zdania, że wybór specjalisty zależy od tego, jaki problem w danej chwili jest najpilniejszy do rozwiązania. Jeśli osoby z zaburzeniami hazardowymi doświadczają dolegliwości somatycznych, skorzystają z oferty podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli jednak pacjent uzna, że jego głównym problemem są zaburzenia hazardowe, pójdzie do psychiatry lub psychologa. Psychiatrzy podkreślali, że w praktyce możliwość wyboru jest ograniczona, ponieważ oferta leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi jest dość wąska. Bardzo często decyduje o tym dostępność usługi, ponieważ ludzie nie chcą zbyt długo czekać na rozpoczęcie terapii.

Bariery w dostępie do placówek świadczących pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi

Decyzja o leczeniu i poszukiwaniu pomocy może zostać odroczone z powodu barier, które napotykają osoby z zaburzeniami hazardowymi podczas poszukiwania placówki. Bariery zidentyfikowane przez respondentów można podzielić na dwie główne kategorie – indywidualne i strukturalne. Barie-

ry indywidualne obejmują problemy emocjonalne i przekonania, które utrudniają podjęcie leczenia. Z kolei bariery strukturalne są związane z organizacją systemu leczenia, infrastrukturą, personelem i programem terapii.

Bariery indywidualne

Najbardziej rozpowszechnione bariery na poziomie indywidualnym to wstyd i strach przed rozmową o problemach osobistych, emocjach, uczuciach i doświadczeniach podczas terapii. Leczenie w placówkach z obszaru psychiatrycznej opieki zdrowotnej wiąże się również z większym poczuciem stygmatyzacji i uzyskaniem etykiety osoby chorej psychicznie.

Byłem na dwóch spotkaniach z psychologiem i ona skierowała mnie do grupy terapeutycznej. Wstydziłem się tam iść i zrezygnowałem z leczenia. (PG0605M1)
Wstydzę się swojego uzależnienia, nigdy o tym nie rozmawiam i nie obnoszę się z nim. Myślę, że jeśli ktoś nie może sobie poradzić z własnym życiem, jest trochę gorszy od innych, jest chory. Jeśli ktoś jest chory, jest nieco gorszy od innych, a ja nie chcę być traktowany jak ktoś gorszy, chcę być normalny i traktowany jak normalna osoba. (PG3103M1)

Terapeuci twierdzili, że osoby z zaburzeniami hazardowymi nie wierzą, że mogą uzależnić się od hazardu, a jeśli będą doświadczali dotkliwych problemów w związku z graniem, poradzą sobie bez profesjonalnej pomocy. Takie przekonania sprawiają, że nie mają oni motywacji do podejmowania leczenia.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi podkreślały, że czują się samotne, marginalizowane i źle rozumiane, ponieważ są leczone w tych samych grupach terapeutycznych co osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków.

Bariery strukturalne

Większość barier zidentyfikowanych przez respondentów miała charakter strukturalny. Barię z tego obszaru, która była najczęściej identyfikowana przez respondentów z niemal każdej kategorii, był brak oferty leczenia dla osób z zaburzeniami hazardowymi w poradniach ambulatoryjnych. Tylko kilka placówek oferowało terapię specjalnie przeznaczoną dla osób z zaburzeniami hazardowymi. Najczęściej szukają oni pomocy w placówkach przeznaczonych dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Oferta

terapeutyczna w tych miejscach jest postrzegana jako nieadekwatna, skoncentrowana na substancjach psychoaktywnych i nieuwzględniająca potrzeb osób z zaburzeniami hazardowymi.

Istnieją różne placówki, które oferują terapię dla uzależnionych od alkoholu lub od innych substancji psychoaktywnych, w tym opioidów, stymulantów, nowych substancji psychoaktywnych i tak dalej. Nie ma oferty leczenia skierowanej bezpośrednio do osób z zaburzeniami hazardowymi. Czasami jest to bardzo skromna oferta spotkań indywidualnych prowadzonych w poradniach ambulatoryjnych. Jeśli chodzi o ofertę leczenia stacjonarnego, jest to typowa oferta dla osób uzależnionych od alkoholu. (PS2805M1)

W wyniku braku oferty dla osób z zaburzeniami hazardowymi, pacjenci z tym schorzeniem mieszanym są z pacjentami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. W tak zorganizowanej grupie terapeutycznej osoby z zaburzeniami hazardowymi są w mniejszości, co sprawia, że program terapii grupowej koncentruje się na zaburzeniach związanych z alkoholem i narkotykami. Podobnie, materiały edukacyjne są zaprojektowane i przeznaczone do leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków.

Jak już rozpocząłem leczenie w poradni, cała terapia skupiała się na uzależnieniu od alkoholu. Nawet uzależnieni od narkotyków lub tacy jak ja, z zaburzeniami hazardowymi, musieliśmy się skupić na uzależnieniu od alkoholu. (PG1605M1)

Materiały edukacyjne są nieprawidłowe. Myślę, że należy zmienić materiały dla pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, którzy pojawiają się w placówce, ponieważ są adresowane głównie do uzależnionych od alkoholu i może to stanowić problem. (T0705F1)

Na jakość leczenia ma również wpływ duża liczba uczestników grupy. Osoby z zaburzeniami hazardowymi twierdziły, że grupy są przepełnione, co powoduje, że nie mają oni wystarczająco dużo czasu, by mówić o swoich problemach lub ćwiczyć umiejętności praktyczne, a to z kolei może mieć wpływ na pozostawanie w procesie terapeutycznym.

Terapeuci i osoby z zaburzeniami hazardowymi twierdzili, że harmonogram zajęć grupowych nie zawsze pasuje do codziennych obowiązków, szczególnie tych, którzy pracują popołudniami. W rezultacie mogło to doprowadzić do częstych nieobecności podczas spotkań grupowych, a w konsekwencji do

przerwania terapii. Dodatkowo, na ogół poradnie są zamykane w weekendy, co również wpływa na dostępność leczenia.

Z doświadczeń terapeutów i pacjentów wynika, że nie zawsze leczenie osób z zaburzeniami hazardowymi jest bezpłatne. Zwłaszcza osoby, które nie mają ubezpieczenia zdrowotnego, nie mogą go rozpocząć, ponieważ z powodu trudnej sytuacji materialnej nie mogą sobie pozwolić na leczenie w placówkach prywatnej służby zdrowia. Czasami, aby ominąć te przepisy, podejmują leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu lub narkotyków, ponieważ dla tej grupy pacjentów jest ono refundowane, nawet dla osób, które nie mają ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeśli NFZ refunduje leczenie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, to jestem zaskoczony, że tak nie jest w przypadku osób z zaburzeniami hazardowymi, gdzie problem braku ubezpieczenia jest powszechny. (PG3003M2)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi wspomniały o długim czasie oczekiwania na pierwszą konsultację z terapeutą. Może mieć to wpływ na zmianę decyzji o podjęciu leczenia, szczególnie jeśli jego rozpoczęcie zostanie opóźnione z powodu kolejki oczekujących. Respondenci zidentyfikowali także bariery odnoszące się do personelu placówki. Osoby z zaburzeniami hazardowymi mają poczucie, że terapeuci nie mają wystarczającego doświadczenia i wiedzy na temat leczenia takich zaburzeń. Oferta leczenia oparta jest na paradygmacie terapeutycznym uzależnienia od alkoholu i narkotyków. Brak wiedzy na temat specyfiki zaburzeń hazardowych potwierdzali terapeuci. Byli zdania, że nie czują się odpowiednio przygotowani do udzielenia pomocy. W niektórych placówkach pracownicy nie ufają pacjentom tworzącym atmosferę kontroli. Pacjenci musieli wyjaśnić każdą nieobecność na terapii.

Lekarze pierwszego kontaktu, psychiatry i pracownicy socjalni zidentyfikowali specyficzne bariery charakterystyczne dla miejsca ich zatrudnienia. Lekarze zatrudnieni w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej nie zawsze wiedzą, że mają do czynienia z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Nie przeprowadzają badań przesiewowych w tym kierunku, nie pytają pacjentów o granie w gry hazardowe, dodatkowo to zaburzenie jest „niewidoczne” podczas badania lekarskiego. Diagnoza

hazardu jest również trudna ze względu na krótki czas wizyty, która trwa nie dłużej niż 15 minut. Lekarze pierwszego kontaktu nie chcą przeprowadzać diagnostyki zaburzeń hazardowych, ponieważ nie mają wystarczającej wiedzy na ten temat i nie znają specjalistycznej oferty terapeutycznej. W opinii lekarzy pacjenci nie wiedzą nawet, że mogą rozmawiać z nimi o problemie hazardu, ponieważ są postrzegani jako specjaliści w leczeniu zaburzeń somatycznych. Nie pytają oni o hazard, ponieważ traktują to jako kwestię intymną; nie mają takiego poczucia w przypadku palenia papierosów czy picia alkoholu.

Nie wiem, jak leczyć takich pacjentów z zaburzeniami hazardowymi, nie mam pojęcia, co mogę zmienić, nie mam doświadczenia i wiedzy. (GP1902F1)

Pytam o alkohol i papierosy, ale nie pytam o hazard, ponieważ to zbyt ingeruje w prywatność. Czy chciałby pan, żeby ktoś pana o to spytał? (GP1604F2)

Leczenie w placówkach psychiatrycznych łączy się ze stygmatyzacją, ale większość barier wiąże się z dostępnością leczenia psychiatrycznego. Pacjenci nie wiedzą, że podjęcie leczenia w placówkach tego sektora nie wymaga skierowania. W poradniach psychiatrycznych są kolejki, przez które wydłuża się czas oczekiwania na leczenie. Jest to związane z niedoborem personelu, ponieważ psychiatrzy częściej niż lekarze innych specjalności przenoszą się do sektora prywatnego.

Barierą z naszej strony, to, co wiem, a pacjenci nie wiedzą, to częste problemy z personelem, zwłaszcza jeśli chodzi o personel medyczny, wśród terapeutów sytuacja jest trochę lepsza. Obserwuję tendencję do przenoszenia się psychiatrów do sektora prywatnego. (PS2805M1)

Specyficzne bariery były identyfikowane również przez pracowników socjalnych. Ośrodki pomocy społecznej postrzegane są jako instytucje dla osób biednych i zmarginalizowanych społecznie. Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie wiedzą, że oferta ośrodków jest o wiele szersza niż zapewnienie wsparcia finansowego.

Nie myślą nawet, że taka instytucja jak pomoc społeczna, która kojarzy się tylko z pomocą dla biednych ludzi o niskim statusie materialnym (może im pomóc – autorzy). Musieliby być bardzo zdesperowani, aby do nas przyjść. (SW1002F1)

Odsetek osób z zaburzeniami hazardowymi w ośrodkach pomocy społecznej jest tak niski, że pracownicy socjalni nie mają doświadczenia w pracy z tego rodzaju klientami, a problem „nie istnieje” w formularzach opisu sytuacji klienta i nie jest rozpoznawany w diagnozie. W konsekwencji pracownicy socjalni nie rozpoznają tego problemu wśród swoich klientów.

Klienci OPS są zobowiązani do spełniania zobowiązań w zamian za udzieloną pomoc. Ingerencja pracowników socjalnych w życie prywatne, próby kontrolowania klientów mogą powstrzymywać przed skorzystaniem z usług ośrodka. Dodatkowo, pracownicy socjalni mogą mieć obawy, że przyznane środki finansowe mogą zostać zmarnowane w wyniku przeznaczenia ich na gry hazardowe, i przez to niechętnie udzielają tego rodzaju wsparcia.

Ułatwienia w dostępie do placówek świadczących pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi

Zidentyfikowano niewiele ułatwień w dostępie do placówek świadczących pomoc osobom z zaburzeniami hazardowymi. Podobnie jak w przypadku barier, można podzielić je na indywidualne i strukturalne.

Ułatwienia indywidualne

Terapia dostarcza wiedzy na temat zaburzenia, jego mechanizmów i sposobów zapobiegania nawrotom. Podczas leczenia osoby z zaburzeniami hazardowymi mają możliwość poznania swoich stanów emocjonalnych, rozpoznawania ich, identyfikacji problemów oraz wypracowania możliwości ich rozwiązania.

Jak wróciłem do hazardu, było mi łatwiej to rzucić po tym doświadczeniu (z leczeniem – autorzy). (PG3003M2)

Czynnikiem ułatwiającym podejmowanie leczenia na poziomie indywidualnym związanym z terapią w prywatnych placówkach była większa szansa na zachowanie anonimowości.

Ułatwienia strukturalne

Darmowe leczenie dla osób posiadających ubezpieczenie było przez respondentów traktowane jako ułatwienie w podejmowaniu terapii. Dodatkowo, gdy pacjenci podejmują leczenie, nie muszą mieć skiero-

wania od lekarza pierwszego kontaktu i psychiatry, co zapewnia im większe poczucie anonimowości.

Na leczenie ambulatoryjne możesz iść od razu i jest ono bezpłatne. Nawet jeśli nie masz ubezpieczenia, to oni w jakiś sposób przyjmują cię na leczenie uzależnienia od alkoholu, a 90% osób z zaburzeniami hazardowymi to alkoholicy, którzy mają leczenie za darmo. (PG0605M1)

Ułatwieniem strukturalnym związanym z organizacją leczenia uzależnień jest zróżnicowanie form terapii. Osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą wybierać pomiędzy leczeniem ambulatoryjnym i stacjonarnym, które jest przede wszystkim przeznaczone dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków, terapią oferowaną w oddziałach dziennych oraz uczestnictwem w mityngach Anonimowych Hazardzistów. Leczenie w poradniach sprawia, że osoby z zaburzeniami hazardowymi nie muszą opuszczać swojego środowiska, rezygnując z codziennych czynności i pracy, pozostawiając rodzinę.

W poradni (ambulatoryjnej – autorzy) nie muszą przychodzić codziennie, ale raz, dwa razy lub trzy razy w tygodniu. Żyję normalnie, pracuję, utrzymuję relacje rodzinne. Podczas pobytu na oddziale byłoby to trudne. (PG0806M1)

W niektórych poradniach czas oczekiwania na leczenie nie był zbyt długi, a pacjenci potrzebowali około tygodnia na rozpoczęcie terapii.

Było to dość szybko, ponieważ otrzymałem skierowanie do poradni, pani (recepjonistka – autorzy) powiedziała mi, że powinienem przyjść w ciągu najbliższych 3-4 dni. (PG1605M1)

Na etapie kwalifikacji do poradni osoby z zaburzeniami hazardowymi miały konsultacje z terapeutą i psychiatrą w tym samym dniu i w tym samym budynku. Dzięki temu nie musieli pojawiać się w placówce następnego dnia, co przyspieszało proces podjęcia terapii. W opinii osób z zaburzeniami hazardowymi dobry pierwszy kontakt z terapeutą pomaga podjąć decyzję o rozpoczęciu terapii. Pacjenci i terapeuci twierdzili, że rośnie liczba profesjonalistów zajmujących się leczeniem zaburzeń hazardowych, co poprawia dostępność oferty.

Najważniejszy jest pierwszy kontakt z pacjentem, że przyszli do nas i coś ich tu zatrzymało, wizyta ich nie zniechęciła. Pierwszy kontakt, zarówno twa-

rzę w twarz, jak i przez telefon, jest bardzo ważny. (T2603F1)

Większość ułatwień została zidentyfikowana przez pracowników socjalnych w dostępie do ośrodka pomocy społecznej. Ich zdaniem najważniejszymi ułatwieniami są: możliwość uzyskania darmowej pomocy, wsparcia finansowego, pod warunkiem uczestnictwa w terapii, brak kolejek, kompleksowość pomocy świadczonej w ośrodkach pomocy społecznej. *W związku z pojawieniem się problemów hazardowych pojawia się również wiele innych problemów, takich jak problemy z wychowaniem dzieci, w relacjach, związane z utratą pracy, problemami finansowymi. Ośrodek pomocy społecznej może pomóc większości z nich. Odsyłamy tych, którzy mają zaburzenia hazardowe do specjalistycznych placówek na terapię, ale nasza oferta pozwala na rozwiązanie ich problemów w wielu innych obszarach. W poradniach leczenia uzależnień osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą uzyskać pomoc tylko w jednym obszarze, tutaj mogą uzyskać pomoc w wielu problemach, na szerszej płaszczyźnie, nie tylko dla nich, ale także dla rodziny.* (SW1201F1)

Lekarze psychiatrzy zwrócili uwagę na korzyści płynące z leczenia w prywatnych placówkach, takie jak włączenie farmakoterapii podczas terapii psychologicznej, co może poprawić funkcjonowanie emocjonalne pacjentów. Lekarze pierwszego kontaktu podkreślili brak rejonizacji leczenia uzależnień, tak więc osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą podejmować je wszędzie, nie tylko w miejscu zamieszkania. Zwracali również uwagę, że w niektórych przypadkach poradnia terapii uzależnień zatrudniająca terapeutów i psychiatrów jest częścią ośrodka opieki zdrowotnej, dzięki czemu istnieje możliwość konsultacji innych problemów zdrowotnych.

Podsumowanie

Czynniki determinujące podejmowanie leczenia przez osoby z zaburzeniami hazardowymi można podzielić na cztery kategorie: motywy mające wpływ na zmianę zachowania i podjęcie decyzji o szukaniu pomocy, czynniki decydujące o wyborze placówki, bariery i ułatwienia w dostępie do leczenia. Wyniki różnych badań pokazują, że tylko około 30% osób z zaburzeniami hazardowymi podejmuje leczenie (Suurvali i wsp., 2008; Gainsbury i wsp., 2014). Uwzględnienie

zidentyfikowanych w naszym badaniu determinantów podczas projektowania oferty leczenia osób z zaburzeniami hazardowymi bądź jej zmiany może skutkować zwiększeniem odsetka osób podejmujących terapię. Ich identyfikacja jest również ważna, ponieważ pozwala zwiększyć szanse na wcześniejsze włączenie tych osób do leczenia bądź systemu pomocy społecznej, co pozwoli przeciwdziałać pogłębieniu problemów wynikających z hazardu.

Identyfikacja motywów odpowiedzialnych za zmianę zachowania hazardowego jest ważna, ponieważ pozwala odpowiedzieć na pytanie, które strategie są skuteczne, aby ją wywołać. Z kolei poznanie czynników determinujących wybór placówki oraz barier i ułatwień w dostępie do leczenia pozwala lepiej zrozumieć potrzeby tej grupy i ulepszyć dla niej ofertę pomocy. Badania pokazują, że indywidualne bariery są najbardziej istotne i trudniejsze do przezwyciężenia niż strukturalne (Gainsbury i wsp., 2014). Eliminacja barier i rozwijanie ułatwień to zadania, które powinny być implementowane na poziomie krajowych i lokalnych polityk zdrowotnych, a także na poziomie indywidualnych placówek. Ponadto identyfikacja ułatwień w podejmowaniu leczenia daje możliwość wymiany wiedzy i dobrych praktyk na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Wyniki badania pokazują również, że istnieją grupy zawodowe (lekarze zatrudnieni w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, pracownicy socjalni), którzy

bardzo rzadko rozpoznają zaburzenia hazardowe wśród swoich klientów. Wynika to z braku wiedzy na temat problemu, ograniczeń administracyjnych a także niechęci do diagnozy lub rozpoznawania zaburzeń hazardowych. Osoby z zaburzeniami hazardowymi podejmują leczenie na późnym etapie rozwoju uzależnienia, na ogół po kryzysie, gdyż nie mają wiedzy o problemie oraz napotykać na bariery w dostępie do placówek. To pokazuje, że istnieje potrzeba edukacji społecznej i konkretnych specjalistów, mająca na celu zwiększenie świadomości problemu i upowszechnianie wiedzy o możliwościach pomocy. W placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodkach pomocy społecznej należy stosować testy przesiewowe, które ułatwiają rozpoznawanie osób z zaburzeniami hazardowymi, które są na wcześniejszym etapie uzależnienia, kiedy szkody wynikające z grania są mało dotkliwe.

Przypisy

- ¹ Źródło finansowania: Badanie „Dostępność leczenia dla problemowych i patologicznych hazardzistów w Warszawie” zostało sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia (umowa numer: 72/HE/2014; 3/HEK/2015).
- ² 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 dostępna w redakcji.

„Krzywo weszło – zmień ustawienia” to ogólnopolska kampania społeczna adresowana do młodych ludzi w wieku 16-20 lat oraz ich rodziców, przygotowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Fundację Polska Sieć Polityki Narkotykowej. Kampania potrwa od listopada 2018 roku do grudnia 2019 roku.

KRZYWO WESZŁO – ZMIENŲ USTAWIENIA, CZYLI JAK SKUTECZNIE PRZECIWDZIAŁAĆ NARKOMANII

Promocja zdrowych postaw życiowych

Celem kampanii jest promowanie zdrowych postaw życiowych oraz edukowanie na temat zagrożeń zwią-

zanych z używaniem narkotyków i tzw. dopalaczy. Myśl strategiczna i przekaz kampanii brzmi: „Używanie substancji psychoaktywnych jest niebezpiecznym i ryzykownym zachowaniem”.

Hasło kampanii „zmień ustawienia” ma zaś zmotywować odbiorców do aktywnej postawy sprzeciwu wobec ich używania. – Mamy nadzieję, że dzięki kampanii „Krzywo weszło – zmień ustawienia” uda nam się dotrzeć do młodych osób z przekazem, że od ich wiedzy i decyzji zależy ich zdrowie oraz styl życia. Chcielibyśmy, by młodzi ludzie unikali sytuacji lub zdarzeń, w których obecne są narkotyki, a także, żeby w razie konieczności potrafili adekwatnie zareagować, chroniąc siebie i swoich znajomych przed możliwymi zagrożeniami. „Zmiana ustawień” oznacza: kieruj tak swoim postępowaniem, by cieszyć się życiem i młodością. Zmieniaj ustawienia na coraz lepsze – mówi Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Odpowiedź na realny problem

Kampania stanowi odpowiedź na problem zażywania nielegalnych substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi. Badanie „Młodzież 2016”, zrealizowane przez CBOS, pokazuje, że większość uczniów szkół ponadpodstawowych nie korzysta z substancji psychoaktywnych. W porównaniu z 2003 rokiem odsetek uczniów, którzy odpowiedzieli twierdząco na pytanie o używanie nielegalnych substancji, spadł z 24% do 17%¹. Jak wskazuje najnowszy raport EMCDDA (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii), w Polsce wśród osób w wieku 15-24 lata w ciągu ostatniego roku używanie konopi deklarowało 9,6% z nich². Natomiast mniej niż 1% ankietowanych zadeklarował używanie innych narkotyków, takich jak kokaina, amfetamina, MDMA w ciągu ostatniego roku³. Niestety, dzisiejszy rynek narkotykowy to również nowe substancje psychoaktywne, czyli tzw. dopalacze. Jak wskazuje raport EMCDDA, wśród polskich nastolatków w wieku od 15 do 16 lat aż 10% choć raz próbowało tzw. dopalaczy⁴.

Nowoczesna forma komunikacji

Dzięki wykorzystaniu środków masowego przekazu, posługując się nowoczesnymi metodami komunikacji, kampania dotrze do ok. 2 mln Polaków. Jak wskazuje badania CBOS z 2017 roku, wśród osób w wieku 16-24 lata, aż 100% korzysta z internetu⁵, a 88% jako telefonu komórkowego używa wyłącznie smartfona⁶.

Są to najwyższe odsetki ze wszystkich badanych grup wiekowych. Z tego powodu głównym elementem kampanii jest prosta gra internetowa oraz baza wiedzy zawarta na stronie www.krzywoweszlo.pl. Koncepcję wizualną gry oraz strony internetowej przygotowała Fabryka Komunikacji Społecznej.

Nauka przez zabawę

Kampania posługuje się metodą „nauki przez zabawę”, zaś teksty do gry oraz strony internetowej kampanii były tworzone przez ekspertów zajmujących się problematyką przeciwdziałania narkomanii. Rozgrywka i podejmowane przez gracza wybory przy „zmianie ustawień” pokazują w przyjazny sposób „drogowskazy”, jakimi należy kierować się w życiu. Zadaniem gracza jest prawidłowe ułożenie postaci – doprowadzenie jej do pierwotnego, prawidłowego stanu. Poszczególne fragmenty postaci będą „wracały do normy” po prawidłowym wyborze ustawień według zagadnień z sześciu kategorii. Dzięki temu kampania pokazuje prawidłową normę postępowania i utrwala ją poprzez przekazanie wiedzy oraz motywuje gracza do prawidłowych zachowań i edukuje na temat zagrożeń związanych z używaniem narkotyków. – Poprzez atrakcyjną i bliską młodym osobom formę gry internetowej chcemy upowszechnić wiedzę zarówno na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, alternatywnych sposobów zaspokajania potrzeb życiowych, jak również chcemy przygotować młode osoby do reagowania w sytuacji, kiedy ktoś w ich otoczeniu ma problem z narkotykami – mówi Agnieszka Sieniawska, przewodnicząca Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej.

Przypisy

¹ Młodzież 2016, s. 218. Pozyskano z http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1150305.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). Poland Drug Report 2018. Pozyskano z <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8903/poland-cdr-2018-with-numbers.pdf>.

³ Ibidem.

⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016). *ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Pozyskano z http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf.

⁵ Korzystanie z internetu, CBOS, s. 2. Pozyskano z https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_049_17.PDF.

⁶ Korzystanie z telefonów komórkowych, CBOS, s. 6. Pozyskano z https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_099_17.PDF.

Damian Sobczyk

KAMPANIA SPOŁECZNA KRZYWO WESZŁO – ZMIEN USTAWIENIA



Konferencja prasowa poświęcona kampanii



Plakaty kampanii 1



Logo kampanii



Plakat kampanii 2

KAMPANIA SPOŁECZNA DOROŚLI DZIECIOM – MAZOWSZE NA RZECZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII



Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej rozpoczęło realizację kampanii społecznej o charakterze edukacyjno-informacyjnym, której celem nadrzędnym jest podniesienie poziomu wiedzy mieszkańców Mazowsza na temat szkodliwości zażywania nielegalnych substancji psychoaktywnych, w szczególności przez dzieci i młodzież. Honorowy patronat nad kampanią objął Marszałek Województwa Mazowieckiego Adam Struzik.

Cele szczegółowe kampanii to:

1. Uświadomienie rodzicom, że aby uchronić dziecko przed niewłaściwą reakcją w konfrontacji z narkotykami, należy z jednej strony mieć wiedzę o narkotykach, a z drugiej dbać o trwałość, częstość i jakość merytoryczną oraz emocjonalną relacji rodzinnych.
2. Pomoc rodzicom i specjalistom w poszerzaniu wiedzy na temat wychowania i wiedzy dotyczącej narkotyków i narkomanii.
3. Zmniejszenie ryzyka używania narkotyków przez dzieci poprzez zwiększenie umiejętności wychowawczych rodziców.
4. Propagowanie i rozpowszechnienie materiałów dotyczących problemu narkotyków i narkomanii, które mogą pomóc rodzicom i specjalistom.

Na stronie internetowej Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej (www.mcps.com.pl) dostępne są materiały stworzone w ramach kampanii (artykuły, filmy itd.) oraz materiały już istniejące, przygotowane przez inne instytucje, takie jak np. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (materiały w formie pdf lub linki).

Biuro kampanii

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 62A, 02-002 Warszawa

Koordynator kampanii: Piotr Oniszk

Wydział ds. Profilaktyki Uzależnień
Główny Specjalista
e-mail: piotr.oniszk@mcps.com.pl
tel. 22 622 42 32 wew. 75

Badanie ESPAD (European Survey Project on Alcohol and Drugs) z 2015 r. pokazuje, że mazowieccy gimnazjaliści przodują w rozpowszechnieniu używania niemal wszystkich substancji psychoaktywnych, a licealiści zajmują pierwsze miejsce, jeśli chodzi o rozpowszechnienie używania takich substancji, jak metamfetamina, LSD lub inne halucynogeny oraz kokaina. Do tego dochodzą tzw. dopalacze, po które młodzież na Mazowszu sięga najczęściej ze wszystkich badanych.



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