



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 3 (91) 2020

NR 3

2020



WSPOMNIENIE O PROFESORZE JERZYM MELLIBRUDZIE

Ciągle brzmią w naszych uszach wciąż żywe słowa Jego wykładów. Te sprzed 30, 20, 10 lat, i te jeszcze z przedwczoraj. Ciągle żywe w Jego licznych publikacjach twórcze myśli, budzące naszą refleksję.

Zostaje z nami brzmienie Jego słów, niezliczona liczba tekstów, Jego uśmiech, życzliwość, empatia i poczucie humoru. I Jego dzieła – Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Profesjonalna Szkoła Psychoterapii, „Niebieska Linia” z infolinią, Studium Psychoterapii Uzależnień i Współuzależnienia, Ośrodek Psychoterapii „Ogród”, Studium Terapii Par i inne.

Pozostaje dorobek zjazdów sympozjalnych DDA (dorosłych dzieci alkoholików), letnich szkół, skupiających psychoterapeutów – adeptów psychoterapii, zdrowiejących pacjentów i członków ich rodzin; pozostają dzieła w programie PAPO (Program Aktywizacji Placówek Odwykowych), przekształcającym „antikolownie” (placówki głównie podające anticol) w placówki terapii uzależnień. Pozostają Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, sieć przychodni i poradni uzależnień w całej Polsce.

Dał podwaliny pod nowy zawód specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień.

Z tamtego okresu przekształceń leczenia odwykowego, dokonywanych przez Niego wraz z zespołem, który zgromadził wokół siebie, pamiętam trudne dyskusje, rzeczowe argumentacje, zawsze oparte na *argumentum ad rem*, a nigdy *argumentum ad hominem* czy *ad personam*. Tak wspominam nasze wspólne zebrania zespołu ekspertów, przeciągające się do późnych godzin nocnych.

Dokonał przewrotu w myśleniu wielu, „jak leczyć nieuleczalnych, by stawali się nowymi ludźmi ze swoją chorobą”.

Analogicznie, jak Piniel i Pussin pod koniec XVIII wieku upodmiotowili „chorych psychicznie”, tak On – Profesor, wówczas Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – w drugiej połowie XX wieku zwrócił podmiotowość tym, których alkohol pokonał; stworzył metodę i system psychoterapii, „wydobywając człowieczeństwo, nadzieję, godność, wolność u tych, którzy nadzieję już dawno utracili”.

W tym duchu humanizmu, będąc profesorem psychologii, a przede wszystkim człowiekiem, przyjacielem i rozważnym doradcą dla nas – swoich współpracowników – odszedł kontynuować swoje dzieła w niebiańskich uniwersytetach. Odszedł 4 września 2020 roku, w samo południe.

Jacek Skrobot

superwizor psychoterapii
Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

SPIS TREŚCI

Prawo

PRAWNE UWARUNKOWANIA DZIAŁANIA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH NA TERENIE SZKOŁY

Jan Latkowski 2

Profilaktyka

JUBILEUSZ DZIAŁALNOŚCI OGÓLNOPOLSKIEGO TELEFONU ZAUFANIA NARKOTYKI – NARKOMANIA

Anna Twierdziańska 9

Analiza

CZY PANDEMIA COVID-19 ZASZKODZIŁA DZIECIOM I MŁODZIEŻY?

Jacek Pyżalski 14

Leczenie, redukcja szkód

CZY TERAPIA ONLINE I PRZEZ TELEFON JEST SKUTECZNA? PRZEGLĄD BADAŃ

Justyna Klingemann 17

UŻYWANIE NARKOTYKÓW PRZEZ PODOPIECZNYCH MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW SOCJOTERAPII I MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW WYCHOWAWCZYCH

Jakub Greń, Agnieszka Pisarska 24

Badania, raporty

NADMIERNE KORZYSTANIE Z MEDIÓW SPOŁECZNOŚCIOWYCH W OCENIE INTENSYWNYCH UŻYTKOWNIKÓW NA PRZYKŁADZIE FACEBOOKA

Filip Nawara 29

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA ŚWIECIE – NAJNOWSZE RAPORTY ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWYCH

Artur Malczewski 35

TRUDNOŚCI W LECZENIU OSÓB ZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYMI ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI I WYNIKAJĄCYMI Z UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 43

DOSTĘPNOŚĆ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY 48

Internet

KAMPANIA „BEZ CHEMII NA DRODZE” okładka IV

Na początku lipca 2020 roku Prezydent Andrzej Duda zapowiedział złożenie w Sejmie projektu nowelizacji prawa oświatowego, przewidującej uzależnienie podjęcia działalności w szkole lub placówce przez stowarzyszenie bądź inną organizację od uzyskania wyrażanej w drodze głosowania zgody ogółu rodziców dzieci uczęszczających do szkoły. Z deklaracji tej prezydent się wywiązał.

PRAWNE UWARUNKOWANIA DZIAŁANIA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH NA TERENIE SZKOŁY

Jan Latkowski

Prawnik

Fundacja Praesterno

Debata nad prawnymi uwarunkowaniami działania organizacji pozarządowych na terenie szkoły

Publiczna dyskusja na temat podziału zadań wychowawczych i dydaktycznych pomiędzy rodziców a szkoły (zwłaszcza publiczne) toczy się w Polsce od lat. W istniejącym układzie prawnym – umocowanym w przepisach Konstytucji RP¹ – to rodzice ponoszą główny ciężar odpowiedzialności za rozwój dziecka, a szkoła w tym zakresie wypełnia (zwłaszcza w zakresie oddziaływań wychowawczych) jedynie funkcje wspomagające. Przyczyną ponownego ożywienia się wspomnianej dyskusji w okresie kilku ostatnich miesięcy stało się zagadnienie aktywności organizacji pozarządowych w szkołach. Wszystko to za sprawą tzw. prezydenckiego projektu zmiany ustawy Prawo oświatowe² (zwanego dalej projektem). Co istotne, toczony spory w nieunikniony sposób uwikłane są w ogólniejsze napięcia wynikające z podziałów krystalizujących się wokół zachodzących przemian obyczajowych i oporowi wobec nich części społeczeństwa. Sprzyja to w oczywisty sposób pewnej nerwowości w przedstawianiu stanowisk uczestników debaty i nadmiernej często radykalizacji wypowiedzianych poglądów. W sporze uczestniczą zarówno grupy osób i organizacji niedziałających bezpośrednio na terenie szkół, ale z różnych powodów zainteresowanych szukaniem nowych rozwiązań, jak i rozmaite grupy interesariuszy działających bezpośrednio na terenie szkół. Do pierwszej kategorii

uczestników należą politycy (w tym odgrywający szczególną rolę parlamentarzyści), reprezentanci administracji rządowej i samorządowej, duchowni różnych wyznań, przedstawiciele świata nauki, mediów, reprezentanci związków zawodowych i innych formalnych i nieformalnych organizacji społecznych czy też obywatele niepełniący żadnych funkcji publicznych. Uczestników sporu bezpośrednio działających na terenie szkół podzielić można na pięć grup: 1. same szkoły, ze szczególnym uwzględnieniem ich dyrektorek i dyrektorów³ odpowiedzialnych w szczególności sposób za pracę szkoły, 2. nauczyciele reprezentowani także przez organizacje związkowe, 3. organizacje pozarządowe działające na terenie szkół, 4. rodzice uczennic i uczniów uczęszczających do szkół i – o czym często się zapomina – 5. same uczennice i uczniowie⁴. Wyznawane (bądź przynajmniej deklarowane) systemy wartości i realne interesy wymienionych osób i podmiotów są często nie do końca jasne bądź bardziej lub mniej sprzeczne. Trudno także nie odnieść wrażenia, że uczestnicy debaty nie mają często pełnej wiedzy o obecnie obowiązującym stanie prawnym i praktykach stosowanych w jednostkach oświaty, a kierują się raczej swoimi wyobrażeniami na ten temat bądź – stereotypami – często fałszującymi obraz rzeczywistości. Dlatego też warto skupić się na chwilę zarówno nad stanem prawnym i faktycznym obowiązującym obecnie, jak i nad kierunkami i konsekwencjami ewentualnych zmian tego stanu. Zagadnienia te są niezwykle istotne także przy rozważaniu roli szkoły i podejmowanych przez nią oddziaływań w zakre-

sie profilaktyki przeciwdziałania uzależnieniom i pomocy uczniom i uczennicom już uzależnionym, zagrożonym uzależnieniami bądź wychowującym się w rodzinach dotkniętych uzależnieniami.

Stan prawny i faktyczny

Jak stanowi preambuła Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe⁵ (zwana dalej ustawą): *Oświata w Rzeczypospolitej Polskiej stanowi wspólne dobro całego społeczeństwa; kieruje się zasadami zawartymi w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a także wskazaniemi zawartymi w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Konwencji o Prawach Dziecka. Nauczanie i wychowanie – respektując chrześcijański system wartości – za podstawę przyjmuje uniwersalne zasady etyki. Kształcenie i wychowanie służy rozwijaniu u młodzieży poczucia odpowiedzialności, miłości Ojczyzny oraz poszanowania dla polskiego dziedzictwa kulturowego, przy jednoczesnym otwarciu się na wartości kultur Europy i świata. Szkoła winna zapewnić każdemu uczniowi warunki niezbędne do jego rozwoju, przygotować go do wypełniania obowiązków rodzinnych i obywatelskich w oparciu o zasady solidarności, demokracji, tolerancji, sprawiedliwości i wolności. Nie wchodząc bliżej w kontrowersje na temat charakteru prawnego preambuły⁶, czyli części ustawy mającej za zadanie m.in. przekazanie adresatom aktu prawnego założonego przez prawodawcę celu tego aktu (tzw. *ratio legis*), jej postanowienia winny być niewątpliwie podstawą interpretacji dalszych zapisów ustawy. Cele, jakich osiągnięcie ma zapewnić system oświaty, opisane są szczegółowo w art. 1 ustawy. W szczególności system ma zabezpieczyć prawo dzieci i młodzieży do wychowania i opieki, odpowiednich do ich wieku i osiągniętego rozwoju, przy czym system oświaty ma w tym zakresie zapewnić wspomaganie przez szkołę wychowawczej roli rodziny. Wychowanie rozumiane jest w ustawie jako wspieranie dziecka w rozwoju ku pełnej dojrzałości w sferze fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej, wzmacniane i uzupełniane przez działania z zakresu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. System oświaty mogą wspierać w jego działaniach organizacje pozarządowe, w tym*

organizacje harcerskie, a także osoby prawne prowadzące statutową działalność w zakresie oświaty i wychowania (art. 3 ust. 1 ustawy).

Szczegółowe zasady, na jakich organizacje pozarządowe mogą działać na terenie szkół prowadzonych przez jednostki samorządowe (a więc w zdecydowanej większości szkół w Polsce), zostały unormowane w art. 86 ustawy w brzmieniu: *Art. 86. 1. W szkole i placówce mogą działać, z wyjątkiem partii i organizacji politycznych, stowarzyszenia i inne organizacje, a w szczególności organizacje harcerskie, których celem statutowym jest działalność wychowawcza albo rozszerzanie i wzbogacanie form działalności dydaktycznej, wychowawczej, opiekuńczej i innowacyjnej szkoły lub placówki.*

2. Podjęcie działalności w szkole lub placówce przez stowarzyszenie lub inną organizację, o których mowa w ust. 1, wymaga uzyskania zgody dyrektora szkoły lub placówki, wyrażonej po uprzednim uzgodnieniu warunków tej działalności oraz po uzyskaniu pozytywnej opinii rady szkoły lub placówki i rady rodziców.

3. W szkołach i placówkach, (...) w których nie utworzono rady szkoły lub placówki, nie stosuje się wymogu uzyskania pozytywnej opinii odpowiednio rady szkoły lub placówki i rady rodziców, o których mowa w ust. 2. Rada szkoły lub placówki to społeczny organ szkoły, który może być fakultatywnie utworzony na terenie szkoły. W jej skład wchodzi w równej liczbie nauczyciele wybrani przez ogół nauczycieli, rodzice wybrani przez ogół rodziców i uczniowie wybrani przez ogół uczniów, z tym jednak zastrzeżeniem, że w skład rady nie wchodzi uczniowie przedszkoli, uczniowie klas I-IV szkół podstawowych, z wyłączeniem szkół dla dorosłych, a także uczniowie szkół specjalnych i placówek dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, znacznym lub głębokim, a w szkołach podstawowych udział uczniów klas V i VI nie jest obowiązkowy. Rada szkoły powinna mieć co najmniej 6 członków. Jej powstanie organizuje dyrektor szkoły lub placówki z własnej inicjatywy albo na wniosek rady rodziców, a w przypadku szkół ponadpodstawowych także na wniosek samorządu uczniowskiego. Tryb wyboru członków rady szkoły lub placówki określa statut szkoły lub placówki, który jest uchwalany przez samą radę szkoły na podstawie projektu przygotowanego przez radę pedagogiczną

i może przewidywać rozszerzenie składu rady o inne osoby niż wyżej wymienione.

Natomiast rada rodziców to działający w szkole obligatoryjnie społeczny organ szkoły, reprezentujący ogół rodziców, wybierany na pierwszym zebraniu rodziców w każdym roku szkolnym. W skład rady rodziców wchodzi po jednym przedstawicielu rad oddziałowych (oddział to grupa uczniów pobierających naukę w tej samej klasie), wybranych w tajnych wyborach przez zebranie rodziców uczniów danego oddziału (klasy). Do kompetencji rady rodziców należy uchwalanie, w porozumieniu z radą pedagogiczną, programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły, opiniowanie programu i harmonogramu poprawy efektywności kształcenia lub wychowania szkoły i opiniowanie projektu planu finansowego przedkładanego przez dyrektora szkoły.

Program wychowawczo-profilaktyczny uchwalany jest corocznie przez radę rodziców w oparciu o wyniki diagnozy w zakresie występujących w środowisku szkolnym potrzeb rozwojowych uczniów, w tym czynników chroniących i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Za przeprowadzenie diagnozy odpowiada, zgodnie z ustawą, dyrektor szkoły albo upoważniony przez niego pracownik.

Podsumowując, wejście organizacji pozarządowej na teren szkoły wymaga w obecnym stanie prawnym zgody jej dyrektora, poprzedzonej uzgodnieniem warunków tej działalności oraz po uzyskaniu pozytywnej opinii rady szkoły lub placówki i rady rodziców. Zakres planowanych oddziaływań powinien być zgodny z przyjętym w szkole programem wychowawczo-profilaktycznym i w zakresie finansowania mieścić się w planie finansowym szkoły (warto zaznaczyć, że większość organizacji przynosi do szkoły w wianie wraz z planowanymi oddziaływaniami zewnętrzne wobec szkoły ich finansowanie, zdobyte zazwyczaj w drodze konkursów organizowanych przez administrację rządową i samorządową). Zapisy art. 86 ustawy wydają się zbyt lakoniczne i nasuwają przynajmniej kilka istotnych wątpliwości interpretacyjnych. Po pierwsze, ustawa nie precyzuje, na czym konkretnie ma polegać i jaką formę ostatecznie przyjąć „uzgodnienie warunków działalności” orga-

nizacji na terenie szkoły. Dążeniem stron uzgodnień (a zwłaszcza dyrektora szkoły) winno być oczywiście – i to już właśnie na etapie tych uzgodnień, które mają być następnie przedmiotem akceptacji obu organów społecznych – pisemne potwierdzenie zarówno zakresu merytorycznego działalności organizacji, jak i uzgodnienie klauzul dotyczących zasad organizacyjnych tej obecności. Znane autorowi, jako członkowi zarządu organizacji pozarządowej działającej na terenie szkół, praktyki w tym zakresie daleko odbiegają jednak od postulowanego wzorca. Powoduje to sytuację, w której oba organy społeczne wymienione w art. 86 stawiane są często w sytuacji konieczności podejmowania decyzji bez pełnej znajomości zarówno samej organizacji ubiegającej się o możliwość podjęcia oddziaływań na terenie szkoły, jak i treści oraz formy planowanych oddziaływań. To z kolei powoduje bądź przeciąganie się procedur uzyskania akceptacji organów społecznych, bądź ich całkowitą lub częściową fasadowość. Po drugie, ustawa nie rozstrzyga, czy dyrektor może podjąć negatywną decyzję co do możliwości rozpoczęcia przez organizację działalności na terenie szkoły już na etapie uzgodnień warunków współpracy z organizacją, bez wszczęcia procedury uzyskania akceptacji obu wymienionych w art. 86 organów społecznych. Wydaje się, że odpowiedź na to pytanie powinna być pozytywna – współpraca z organizacjami może okazać się przecież niemożliwa bądź niepożądana już na etapie uzgadniania przez dyrektora warunków działalności organizacji. Organizacji w opisanej sytuacji przysługiwać będzie oczywiście prawo zwrócenia się o uzyskanie rekomendacji do obu lub jednego z wymienionych organów społecznych, ale ich decyzje nie będą pod względem prawnym wiążące dla dyrektora.

Autorzy komentarza do prawa oświatowego⁷ podnoszą wreszcie zasadną wątpliwość, jaka będzie decyzja dyrektora szkoły w sytuacji, gdy radzie szkoły i radzie rodziców nie uda się uzgodnić wspólnego stanowiska w sprawie (art. 86. ustawy zawiera zapis o pozytywnej opinii rady szkoły i rady rodziców, a nie o dwóch niezależnych opiniach każdego z tych organów), podnosząc jednocześnie, że oba zainteresowane organy powinny mieć uzgodnione wspólne stanowisko. Wydaje się jednak, że brak takiego uzgodnienia pociąga za sobą w konsekwencji brak „pozytywnej opinii rady szkoły i rady rodziców”,

co jest dla dyrektora wiążące i uniemożliwia mu wyrażenie zgody na podjęcie przez organizację działalności na terenie szkoły.

Podkreślić należy także, że jeśli w szkole nie działa rada szkoły i rada rodziców, dyrektor podejmuje w zakresie współpracy szkoły z organizacjami samorządowymi decyzję samodzielnie, bez konieczności uzyskania opinii innego organu.

Prezydencki projekt

Na początku lipca 2020 roku Prezydent Andrzej Duda zapowiedział na spotkaniu z rodzinami w Pałacu Prezydenckim złożenie w Sejmie projektu nowelizacji prawa oświatowego, przewidującej uzależnienie podjęcia działalności w szkole lub placówce przez stowarzyszenie lub inną organizację od uzyskania wyrażanej w drodze głosowania zgody ogółu rodziców dzieci uczęszczających do szkoły. Z deklaracji tej prezydent się wywiązał, składając w Sejmie, na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., projekt ustawy o zmianie ustawy Prawo oświatowe⁸.

Projekt znajduje się obecnie na tzw. etapie pierwszego czytania w sejmowej Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży i jest traktowany jako projekt rozpatrywany w trybie pilnym⁹. Z uzasadnienia¹⁰ do projektu wynika, iż *bezpośrednim celem projektowanych rozwiązań jest (...) zagwarantowanie rodzicom konstytucyjnej ochrony ich prawa do wychowania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniem, także poprzez wpływ na proces jego kształcenia i kreowania osobowości, jako realizacji zasady wynikającej z art. 48 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Projekt ustawy realizuje ten cel, dając rodzicom realny wpływ na kształcenie i wychowanie ich dzieci w szkołach lub placówkach oświatowych. Służyć będzie również ochronie praw dziecka, o której mowa w art. 72 ust. 1 zdanie pierwsze Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Ponadto przyczyni się do zwiększenia zainteresowania rodziców procesem kształcenia i wychowywania dziecka realizowanym przez szkołę i placówki oświatowe. W uzasadnieniu do projektu wskazano, że wymagana w dotychczasowym stanie prawnym opinia rady rodziców co do organizacji zajęć dodatkowych, mimo iż rada rodziców reprezentuje ogół rodziców, może jednak nie odzwierciedlać poglądów większości*

rodziców. Ponadto rodzice często nie mają pełnej wiedzy na temat treści przekazywanych dzieciom podczas organizowanych w szkole lub placówce zajęć dodatkowych. *Zdarza się więc, że dzieci uczęszczają na zajęcia dodatkowe, na które – w przypadku posiadania przez rodziców pełnej informacji na ten temat – nie zostałyby zapisane – czytamy w uzasadnieniu. Jak wynika z uzasadnienia projektu, wprowadzenie projektowanych przepisów zwiększy wpływ rodziców na realizowany w szkołach i placówkach oświatowych proces kształcenia i wychowywania dzieci, co należy uznać za pozytywny skutek społeczny, wpisujący się w realizację przywołanych powyżej zasad konstytucyjnych. Z kolei obowiązek przedstawiania przez stowarzyszenia i inne organizacje zamierzające podjąć działalność w szkole lub placówce oświatowej prospektu informacji wychowawczej będzie również pomocny przy podejmowaniu przez rodziców decyzji o uczestnictwie dziecka w prowadzonych w szkole lub placówce zajęciach dodatkowych.*

Zgodnie z projektem procedura rozpoczęcia przez organizację oddziaływań na terenie szkoły ma się rozpocząć bezpłatnym przekazaniem przez organizację dyrektorowi szkoły lub placówki tzw. prospektu informacji wychowawczej. Ma on obligatoryjnie zawierać:

1. przedstawienie idei wychowawczych prezentowanych przez stowarzyszenie lub inną organizację;
 2. prezentację programu działalności wychowawczej lub programu rozszerzającego i wzbogacającego formy działalności dydaktycznej, wychowawczej, opiekuńczej i innowacyjnej szkoły lub placówki, zwanych dalej „programem”;
 3. przedstawienie idei wychowawczych, które będzie realizował program;
 4. wskazanie osób, które będą realizowały program w szkole lub placówce, wraz z informacją o posiadanym przez te osoby doświadczeniu zawodowym, w szczególności w zakresie objętym programem;
 5. informację zawierającą opis materiałów graficznych oraz pomocy dydaktycznych wykorzystywanych podczas realizacji programu.
- Prospekt informacji wychowawczej może być rozbudowany fakultatywnie także o:
6. recenzentów naukowych programu i rekomendacji udzielonych programowi przez inne osoby lub podmioty;
 7. literaturę, na której oparty jest program;

8. inne informacje dotyczące stowarzyszenia lub organizacji i proponowanego przez nią programu.

Dyrektor szkoły lub placówki w terminie 14 dni od dnia otrzymania prospektu ma być zobowiązany przekazać go w postaci elektronicznej lub papierowej rodzicom dzieci uczęszczających do szkoły. Wraz z przekazaniem prospektu informacji wychowawczej dyrektor szkoły lub placówki informować ma rodziców o możliwości wyrażenia zgody albo braku zgody na podjęcie przez organizację działalności w szkole oraz o terminie i sposobie wyrażenia zgody bądź braku zgody, a także skutkach nieprzekazania informacji o zgodzie albo braku zgody. Rodzic może wyrazić zgodę albo brak zgody w terminie 7 dni od dnia otrzymania prospektu informacji wychowawczej. Informację o zgodzie albo jej braku rodzic ma przekazać w postaci elektronicznej lub papierowej dyrektorowi szkoły lub placówki. Nieprzekazanie przez niego informacji o zgodzie albo braku zgody w terminie 7 dni od dnia otrzymania prospektu informacji wychowawczej będzie uznawane za równoważne z wyrażeniem przez tego rodzica zgody na podjęcie przez organizację działalności w szkole lub placówce w zakresie określonym w prospekcie informacji wychowawczej.

Za uzyskanie zgody rodziców ma być uznawane wyrażenie zgody przez większość rodziców dzieci uczęszczających do szkoły lub placówki (z zastrzeżeniem poczynionym w zdaniu poprzednim, a więc uznaniem głosów nieoddanych za głosy aprobujące wejście organizacji do szkoły).

Zgoda rodzica może zostać w każdym czasie cofnięta, bez podawania przyczyny. W przypadku cofnięcia zgody przez większość rodziców dzieci uczęszczających do szkoły lub placówki, dyrektor tej szkoły lub placówki będzie zobowiązany do cofnięcia organizacji zgody na prowadzenie oddziaływań na terenie szkoły. Organizacje prowadzące dotychczas działalność na terenie szkoły, zgodnie z projektem, byłyby zobowiązane do bezpłatnego przekazania dyrektorowi szkoły prospektu informacji wychowawczej, a dalsze procedury mają być analogiczne do opisanych wcześniej w odniesieniu do organizacji, które dopiero zamierzają rozpocząć działalność na terenie szkoły. Natomiast sprawy trwające w dniu wejścia w życie zmian w ustawie (a więc wszczęte przed tym dniem), mają być prowadzone w oparciu o zasady określone w projekcie.

Procedury sejmowe wokół prezydenckiego projektu

Czytanie prezydenckiego projektu zmiany ustawy Prawo oświatowe do 30 września dwukrotnie znalazło się w porządku obrad sejmowej Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży, i dwukrotnie zostało z tego porządku wycofane. Po raz pierwszy 17 lipca na skutek oprostowania przez Związek Nauczycielstwa Polskiego. Powodem protestu były uchybienia formalne przy procedowaniu projektu – brak 30-dniowego czasu na opiniowanie projektu przez stronę społeczną. Po raz drugi zaś 18 września na skutek przyjęcia wniosku formalnego jednej z posłanek w przedmiocie odroczenia posiedzenia komisji z powodu braku możliwości uczestnictwa w obradach przedstawicieli strony społecznej, spowodowanego zmianami w regulaminie Sejmu wprowadzonymi w związku z sytuacją epidemiologiczną w kraju.

Głosy w dyskusji

Zaproponowane przez prezydenta zmiany w ustawie Prawo oświatowe spotkały się z bardzo różnym przyjęciem – poczynając od bezwarunkowej bądź warunkowej akceptacji aż do całkowitego zanegowania sensowności i możliwości wdrożenia proponowanych rozwiązań. Stanowiska aprobujące propozycję zgodne są zwłaszcza w kwestii wynikającej z uzasadnienia tezy projektu, iż możliwości wpływu rodziców na działania organizacji pozarządowych w szkole są w istniejącym stanie prawnym zbyt małe, i że – jak czytamy w uzasadnieniu do projektu – *wprowadzenie projektowanych przepisów zwiększy wpływ rodziców na realizowany w szkołach i placówkach oświatowych proces kształcenia i wychowywania dzieci, co należy uznać za pozytywny skutek społeczny, wpisujący się w realizację przywołanych powyżej zasad konstytucyjnych. Z kolei obowiązek przedstawiania przez stowarzyszenia i inne organizacje zamierzające podjąć działalność w szkole lub placówce oświatowej prospektu informacji wychowawczej będzie również pomocny przy podejmowaniu przez rodziców decyzji o uczestnictwie dziecka w prowadzonych w szkole lub placówce zajęciach dodatkowych.*

Uzasadnienia poparcia projektu nowelizacji odwołują się często do argumentów ideologicznych bądź o zbliżonym charakterze, czego przykładem może być stanowisko Krajowej Sekcji Oświaty i Wycho-

wania NSSZ Solidarność¹¹, przekazane do Sejmu 10 sierpnia. Również podmioty aprobujące, co do zasady, zasadność nowelizacji (bądź traktujące ją jako początek dyskusji o niezbędnych zmianach) podnoszą niejednokrotnie obawy, iż wprowadzenie proponowanych zmian może przyczynić się do nadmiernego rozrostu biurokracji szkolnej.

Głosy przeciwne nowelizacji – w subiektywnej ocenie autora artykułu liczniejsze od głosów aprobujących – zgodne są, iż proponowana nowelizacja prawa oświatowego wpłynie na pogorszenie jakości pracy polskiego systemu szkolnictwa, wysuwając jednocześnie na uzasadnienie tej tezy różnorodne argumenty. Jedynie tytułem symptomatycznego przykładu wskazać można podpisane przez przedstawicieli 78 organizacji pozarządowych „Stanowisko organizacji pozarządowych z dnia 21 lipca 2020 r. w sprawie negatywnych skutków ustawy o zmianie ustawy Prawo oświatowe”¹², wskazujące, iż *przedstawione w projekcie ustawy rozwiązania nakładają ograniczenia na działalność organizacji pozarządowych w szkołach i placówkach oraz w istotny sposób utrudniają korzystanie z oferowanego przez nie wsparcia edukacyjnego i wychowawczego*.

Ocena wybranych elementów projektu

Przechodząc do osobistej oceny proponowanych zmian i abstrahując od ich ideologicznego umotywowania, zgadzam się z ogólną tezą wynikającą z uzasadnienia projektu prezydenckiego, że wiedza rodziców na temat organizacji realizujących oddziaływanie na terenie szkół, do których uczęszczają ich dzieci, jest zbyt nikła. Wynika to w mojej ocenie zarówno z niedoskonałości obowiązującej procedury „uzgadniania warunków działalności”, przewidzianych w art. 86 ustawy, jak i z ogólnie zbyt niskiego angażowania rodziców w wychowawcze aspekty pracy szkoły. W tym zakresie uważam, że przyjęcie koncepcji obligatoryjnego opracowywania przez organizacje prospektów informacji wychowawczej i upubliczniania ich jest jak najbardziej uzasadnione.

Poważne wątpliwości budzi we mnie natomiast zastąpienie obecnie obowiązującej procedury uzgodnień postulowanym referendum rodziców. Po pierwsze, istnieją istotne wątpliwości, czy postulowane rozwiązanie przyczyni się rzeczywiście do zwiększenia wpływu

ogółu rodziców na wybór organizacji działających na terenie szkoły i realizowanych przez nie programów. Uzasadnienie projektu nie odwołuje się w tym zakresie do żadnych wyników badań naukowych lub analiz prawno-komparatystycznych (tj. porównujących proponowane rozwiązania i ich skuteczność z rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach bądź innych dziedzinach życia społecznego). Nie ulega natomiast wątpliwości, iż wprowadzenie proponowanego referendum rodziców umniejszy w istotny sposób obecną rolę rady rodziców – instytucji działającej dotychczas w wielu szkołach w miarę sprawnie.

Brak nam także wiedzy, czy przyjęcie proponowanego referendum rodziców nie zagrozi obejmowaniu oddziaływaniami mniejszościowych grup dzieci i młodzieży o specyficznych potrzebach wychowawczych (dyskusja wokół projektu koncentruje się wyłącznie na zagadnieniach szeroko rozumianego wychowania seksualnego i równościowego, pomijając problemy dzieci z różnymi niepełnosprawnościami czy też zagrożonych uzależnieniami lub pochodzących z rodzin z trudnościami wychowawczymi albo narażonych na przemoc domową).

Poważne wątpliwości budzi także przyjęta formalna strona proponowanego referendum. Przyjęta zasada, że głosy nieoddane zaliczane są jako głosy „za”, nie została w uzasadnieniu umotywowana. Domniemywać jedynie należy, iż opisana zasada wynika z wątpliwości w zakresie frekwencji w referendum, co zdaniem autorów projektu wyklucza przyjęcie ogólnie stosowanej zasady, iż referendum jest ważne, jeśli weźmie w nim udział określona liczba uprawnionych do oddania głosu (np. 20 lub 50%).

W dalszej kolejności propozycja nowelizacji nie precyzuje nawet, kto jest uprawniony do głosowania. Stosowne zapisy ustawy brzmią: *Dyrektor szkoły lub placówki przekazuje rodzicom dzieci uczęszczającym do tej szkoły lub placówki prospekt informacji wychowawczej i Rodzic może wyrazić zgodę albo brak zgody (...) w terminie 7 dni od dnia otrzymania prospektu informacji wychowawczej. Informację o zgodzie albo braku zgody rodzic przekazuje dyrektorowi szkoły lub placówki, w postaci elektronicznej lub papierowej*.

Na tle powyższych zapisów tylko przykładowo można podnieść następujące wątpliwości:

- czy w wypadku rodziny pełnej (tj. składającej się na gruncie obowiązującego prawa z dwojga

małżonków) prawo do udziału w referendum przysługuje obojgu małżonkom wspólnie (jeden głos w referendum), czy też każdemu z nich osobno (dwa głosy w referendum);

- w wypadku przyjęcia opcji, że małżonkom przysługuje wyłącznie prawo do oddania jednego głosu, jakie zasady obowiązują w sytuacji niemożności osiągnięcia przez małżonków porozumienia co do sposobu głosowania (zwłaszcza wobec faktu, że nieoddanie przez nich głosu będzie automatycznie uznane za oddanie głosu „za”);
- w wypadku przyjęcia opcji, że każdemu z małżonków przysługuje oddanie oddzielnego głosu, jak rozwiązać dylemat sytuacji osób wychowujących dziecko samodzielnie i mających z tego tytułu jeden głos?;
- czy osobom mającym w szkole więcej niż jedno dziecko przysługuje z tego tytułu zwiększona liczba głosów?
- czy uczniowie pełnoletni głosują sami, czy też głosują za nich rodzice?

Projekt – jak się wydaje – nie daje także pełnych gwarancji równego traktowania rodziców, mających prawo do udziału w referendum. Stosowne zapisy w tym zakresie brzmią: *Dyrektor szkoły lub placówki przekazuje rodzicom dzieci uczęszczających do tej szkoły lub placówki prospekt informacji wychowawczej w postaci elektronicznej lub papierowej, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wraz z przekazaniem prospektu informacji wychowawczej dyrektor szkoły lub placówki informuje rodziców o możliwości wyrażenia zgody albo braku zgody na podjęcie przez stowarzyszenie lub inną organizację (...) działalności w szkole lub placówce, terminie i sposobie wyrażenia zgody oraz braku zgody, a także skutkach nieprzekazania informacji o zgodzie albo braku zgody (...) oraz wyrażenia zgody i braku zgody (...).* Językowa wykładnia powyższych zapisów upoważnia więc dyrektora do przekazania prospektu w wersji elektronicznej, co może stanowić o wykluczeniu z udziału w referendum części osób uprawnionych do głosowania, ale nieposiadających dostępu do elektronicznych środków przekazu informacji.

Na uwagę zasługują oczywiście także te głosy – wyrażone m.in. przez największe związki zawodowe działające na terenie szkół – że wdrożenie w życie projektu przyczyni się w znacznym stopniu do trudnego do oszacowania wzrostu biurokracji szkolnej.

W uzasadnieniu projektu czytamy wreszcie, że *proponowane zmiany mogą wywołać nieznaczne skutki finansowe związane z opracowaniem prospektu informacji wychowawczej oraz procedurą uzyskiwania zgody rodziców*. Tak lakoniczne potraktowanie skutków finansowych uregulowania nie wzbudza zaufania. O ile zgodzić się wypada, że koszt opracowania prospektu informacji wychowawczej wydaje się być niewielki, to już skutki wdrożenia procedury referendum wymagają (zwłaszcza w dużych szkołach, mających siedzibę w ośrodkach, w których działa wiele organizacji pozarządowych) staranniejszego oszacowania, zwłaszcza wobec znanej powszechnie trudnej sytuacji oświaty.

Przypisy

- ¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. Zobacz zwłaszcza umiejscowiony wśród podstawowych zasad porządku konstytucyjnego art. 18 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, gwarantującego ochronę i opiekę Rzeczypospolitej Polskiej małżeństwu, rodzinie, macierzyństwu oraz rodzicielstwu oraz art. 48 w brzmieniu: 1. Rodzice mają prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami. Wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania. 2. Ograniczenie lub pozbawienie praw rodzicielskich może nastąpić tylko w przypadkach określonych w ustawie i tylko na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu, <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm> (dostęp: 30.09.2020 r.).
- ² <http://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=458> (dostęp: 30.09.2020 r.).
- ³ W dalszej części artykułu, ze względu na przejrzystość wyводу, na określenie dyrektorów i dyrektorek szkół, będę się posługiwał jednym, wspólnym rzeczownikiem „dyrektorzy”, za co Szanowne Panie Dyrektorki serdecznie przepraszam.
- ⁴ W Konstytucji RP w art. 72 pkt 3 znajdujemy zapis: W toku ustalania praw dziecka organy władzy publicznej oraz osoby odpowiedzialne za dziecko są obowiązane do wysłuchania i w miarę możliwości uwzględnienia zdania dziecka. Norma ustalona w przytoczonym artykule jest jedną z najczęściej pomijanych w życiu publicznym. Także w interesującym nas zakresie głos uczniów i uczennic dotychczas nie wybrzmiał bądź był wyjątkowo słabo słyszalny.
- ⁵ <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=W-DU20170000059> (dostęp: 30.09.2020 r.).
- ⁶ Wśród prawników nie ma zgody, czy z tekstu preambuły można wyprowadzać bezpośrednio obowiązujące normy prawne. W tej kwestii przykładowo: Sosnowski B., „Geneza, rola i cechy preambuły w aktach prawnych”, <https://duckduckgo.com/?q=BE-NIAMIN+SOSNOWSKI.+Geneza%2C+rola+i+cechy+preambu%C5%82y+w+aktach+prawnych.+site%3Acejsh.icm.edu.pl&t=ffab&i=web> (dostęp: 30.09.2020 r.).
- ⁷ Dr Adam Balicki, prof. KUL dr hab. Magdalena Pyter., „Prawo oświatowe. Komentarz”, s. 266; Wydawnictwo Beck, Warszawa 2017.
- ⁸ <http://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=458> (dostęp: 30.09.2020 r.).
- ⁹ jw.
- ¹⁰ jw.
- ¹¹ jw.
- ¹² https://obywatele.dlaedukacji.org/bez_kateogrii/stanowisko-organizacji-pozarzadowych-21-lipca-2020-r-sprawie-negatywnych-skutkow-ustawy-o-zmianie-ustawy-prawo-oswiatowe/ (dostęp: 30.09.2020 r.).

W tym roku Ogólnopolski Telefon Zaufania Narkotyki – Narkomania (TZ) obchodzi jubileusz dwudziestolecia działalności. W tym czasie odbyliśmy ponad 30 tys. rozmów telefonicznych. Czy to dużo? Każdy może udzielić innej odpowiedzi. Dla nas najważniejsze jest to, że ponad 30 tys. razy dzwoniący mogli otrzymać wsparcie, pomoc i różnego rodzaju informacje.

JUBILEUSZ DZIAŁALNOŚCI OGÓLNOPOLSKIEGO TELEFONU ZAUFANIA NARKOTYKI – NARKOMANIA

Anna Twierdziańska

Koordinator Ogólnopolskiego Telefonu Zaufania Narkotyki – Narkomania

Początki działalności telefonów zaufania

Historia telefonów zaufania ma swój początek w latach 50. XX wieku w Wielkiej Brytanii. Samobójstwo 14-letniej dziewczynki, z powodu uznania przez nią swojej pierwszej miesiączki za objaw choroby, było historią, która wstrząsnęła anglikańskim pastorem Chadem Varahem. Postanowił on wtedy pomagać osobom przeżywającym kryzys. W 1953 roku w Londynie zorganizował pierwszą bezpłatną pomoc telefoniczną czynną całą dobę. Zainteresowanie było tak ogromne, że po kilku miesiącach pastory pomagali wolontariusze. W ten sposób powstał pierwszy telefon zaufania pod nazwą „Samarytański Telefon Zaufania”.

Już w 1967 roku w Genewie powstała Międzynarodowa Federacja Pomocy Telefonicznej – IFOTES (*International Federation of Telephonic Emergency Services*), która zrzesza przedstawicieli krajowych telefonów zaufania z całego świata. Federacja opracowała zasady udzielania pomocy przez telefon zaufania.

Ogólnopolski Telefon Zaufania Narkotyki – Narkomania

Ogólnopolski Telefon Zaufania Narkotyki – Narkomania został utworzony 20 listopada 2000 roku z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Początkowo zespół osób dyżurujących czerpał z doświadczeń Mazowieckiego Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót

IFOTES. Zasady udzielania pomocy przez telefon zaufania

1. Telefon zaufania jest dostępny dla każdej osoby o każdej porze, niezależnie od wieku, płci, religii czy narodowości osoby potrzebującej pomocy.
2. Każdy dzwoniący ma prawo być wysłuchany, niezależnie od swoich przekonań, wierzeń czy osobistych wyborów.
3. Słuchanie odbywa się w sposób otwarty i w przyjaznej atmosferze, a pracownik TZ nigdy nie narzuca swoich osobistych przekonań czy wyborów.
4. Treść rozmowy pozostaje poufna, szczególnie w odniesieniu do wszelkich informacji dotyczących życia prywatnego osoby dzwoniącej.
5. Podczas rozmowy telefonicznej zarówno dzwoniący, jak i pracownik TZ mają prawo do zachowania anonimowości.
6. W telefonach zaufania dyżurują osoby, które zostały specjalnie wybrane, przeszkolone i poddawane superwizji celem stałego doskonalenia swoich umiejętności.
7. Telefon zaufania jest całkowicie bezpłatny dla dzwoniącego.

z U”, które już w 1986 roku zaczęło prowadzić „Pogotowie Makowe”, czyli pierwszy telefon zaufania dla rodzin. Superwizja, prowadzona przez ekspertów z Polskiego Towarzystwa Pomocy Telefonicznej, oraz systematyczne pogłębianie wiedzy o mechanizmach uzależnienia i współuzależnienia oraz na temat działania samych substancji psychoaktywnych pomogły w nabraniu doświadczenia młodemu zespołowi TZ. Dyżury w telefonie odbywają się każdego dnia, oprócz świąt państwowych, w godzinach 16.00-21.00. Obecnie zatrudnionych jest 10 osób, które średnio mają 3 dyżury w miesiącu. Dyżurnymi telefonu są psycholodzy, socjologowie, pedagodzy, specjaliści terapii uzależnień, którzy mają doświadczenie w problematyce przeciwdziałania narkomanii. Organizowane są również szkolenia związane z udzielaniem pomocy przez telefon. Pracę telefonu koordynuje i finansuje Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W listopadzie 2018 roku Telefon Zaufania zmienił numer na 800 199 990, tym samym stając się całkowicie bezpłatny dla dzwoniącego, co znacznie poprawiło komfort rozmówców. Spowodowane było to tym, że w ostatnim czasie większość osób korzystających z pomocy telefonicznej dzwoniła z telefonów komórkowych. Niestety, operatorzy komórkowi ustanawiali własne stawki za połączenia z numerem 801. Dlatego też ważne było dla nas odciążenie dzwoniących od naprawdę sporych kosztów związanych z połączeniem.

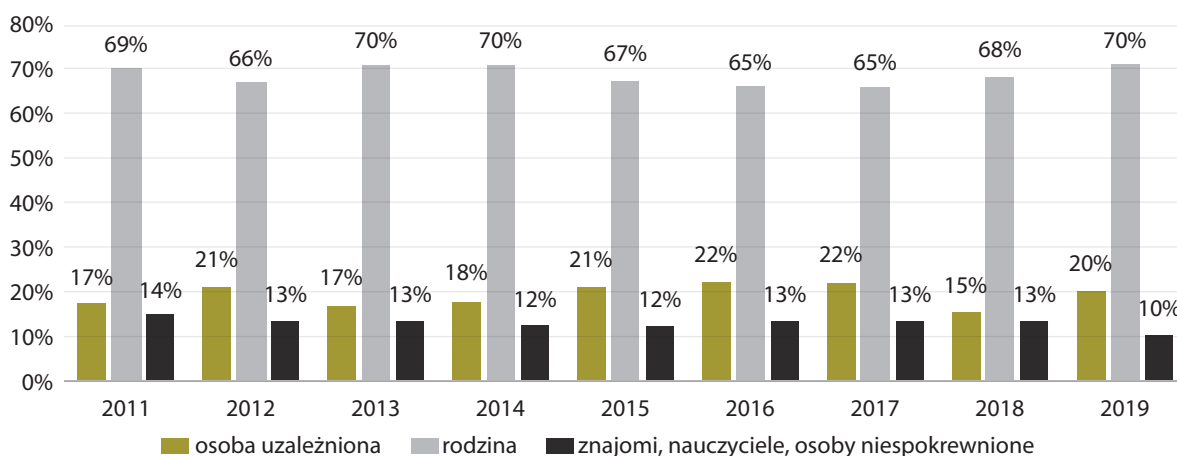
Trochę statystyki...

Jak wspominałam na początku, przez ostatnie 20 lat odebraliśmy ponad 30 tys. telefonów, co średnio daje 4 telefony dziennie. Osobami korzystającymi z pomocy

TZ są przede wszystkim rodzice osób niepełnoletnich i młodych dorosłych. Ta tendencja nie zmienia się od początku istnienia naszego telefonu. Najczęstszy scenariusz to dzwoniąca matka w sprawie syna w wieku ok. 22 lat. Syn od jakiegoś czasu stał się agresywny, zaczął podkraść pieniądze, dziwnie się zachowuje. Matka najczęściej nie ma wsparcia w rodzinie (mąż, dziadkowie, rodzeństwo) i jest pod ciągłą presją bycia dobrą matką, czyli chroni syna, utrzymuje go, stara się zapewnić mu opiekę zdrowotną. Zdarza się, że gdy stara się być konsekwentną, „odcina” swoje dziecko od pieniędzy, nie bierze na siebie odpowiedzialności za używanie narkotyków przez syna. Wtedy jednak wkraczają dziadkowie, mąż albo dalsza rodzina, którzy nadal starają się „chronić” syna, nierzadko obwiniając matkę za złe traktowanie własnego dziecka. Ostracyzm społeczny w takich sytuacjach naprawdę ma wielką moc. Rodzice osób niepełnoletnich stanowią ok. 25% dzwoniących. Ich rozmowom często towarzyszy panika, strach, niedowierzanie, że ich dziecko może brać narkotyki. W ich trakcie trudno ustalić, jakie substancje przyjmuje dziecko. W obecnych czasach, kiedy tzw. tradycyjne narkotyki zostały zastąpione syntetykami (nowe substancje psychoaktywne), niełatwo jest określić, jaka substancja znajduje się w odnalezionym przez rodzica opakowaniu.

Kolejnymi rozmówcami są osoby uzależnione bądź przyjmujące substancje psychoaktywne w sposób problemowy. Stanowią oni ok. 20% dzwoniących. Najczęściej szukają kontaktu do placówek stacjonarnych i ambulatoryjnych związanych z leczeniem uzależnień. Duża część osób chce uzyskać bezpośredni kontakt do terapeuty uzależnień prowadzącego program terapeutyczny CANDIS, skierowany do użytkowników

Wykres 1. Kto do nas dzwoni?



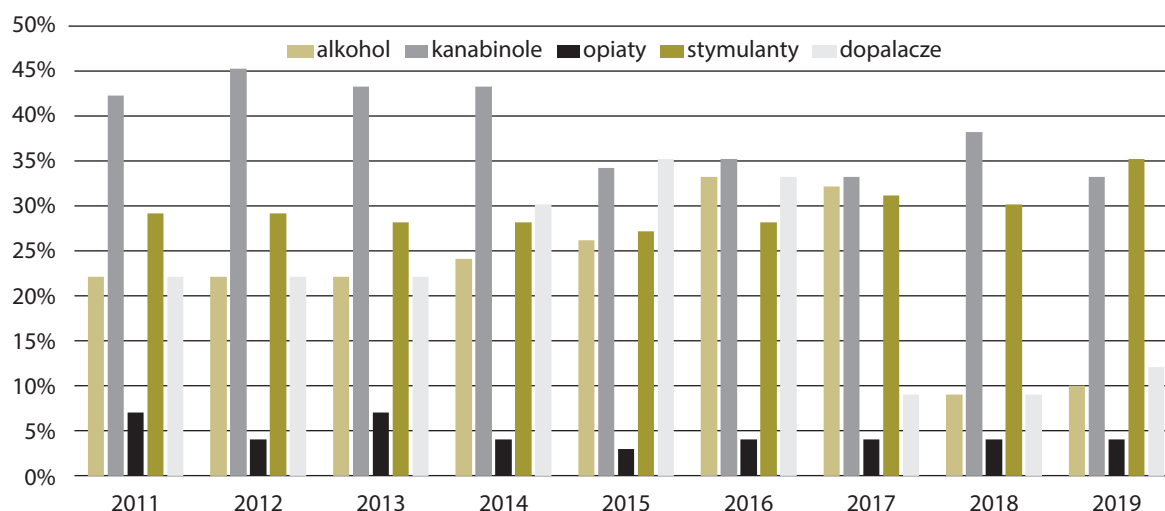
kanabinoli. Zdarzają się również osoby, które mają kryzysy związane z utrzymaniem abstynencji i szukają wsparcia.

Trzecią grupą dzwoniących są osoby niespokrewnione z osobą używającą substancji psychoaktywnych. Najczęściej są to znajomi, nauczyciele, sąsiedzi, a nawet pracodawcy. Kontaktują się z nami, bo chcieliby pomóc osobie uzależnionej lub biorącej problemowo. Chcieliby również uzyskać informacje o formach terapii i proszą o wskazówki ułatwiające im rozmowę z rodziną osoby, dla której szukają pomocy.

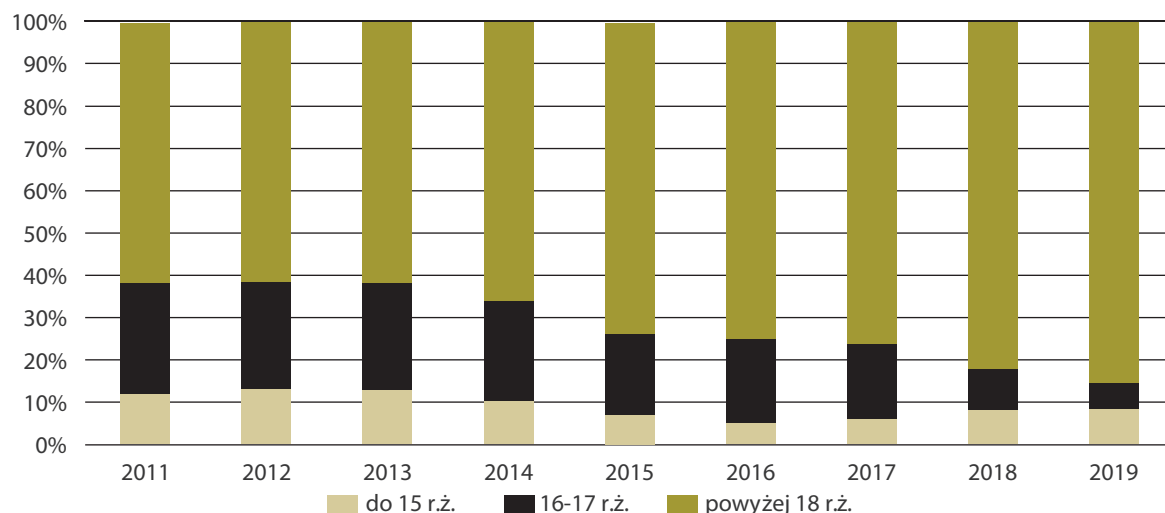
Jak już wspomniałam, części dzwoniącym trudno jest określić rodzaj narkotyku przyjmowanego przez osoby im bliskie. Te wątpliwości dotyczą ok. 30% rozmów.

W pozostałych przypadkach staramy się ustalić rodzaj przyjmowanej substancji po opisywanych objawach. Zdarza się, że osoba dzwoniąca jest dobrze zorientowana w obecnym rynku narkotykowym. Najczęściej zgłaszaną substancją jest marihuana, tuż za nią plasuje się amfetamina i inne stymulanty (wykres 2). Nierzadko jest to też kilka narkotyków używanych przez jedną osobę lub łączenie ich z alkoholem. Osoby uzależnione od opiatów stanowią stałą grupę osób dzwoniących (ok. 4-5%). Często dzwonią osobiście, aby otrzymać dane kontaktowe do placówki leczenia uzależnień. Zdarzają się również osoby przyjmujące leki uspokajające lub nasenne oraz inne substancje, typu LSD lub ecstazy, lecz są to znikome przypadki.

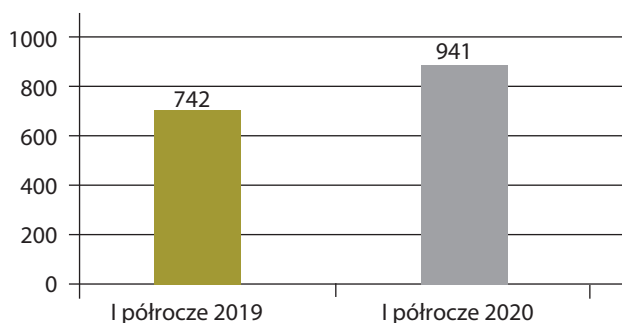
Wykres 2. Substancje, które są przyjmowane przez dzwoniących lub zgłaszane przez osoby bliskie.



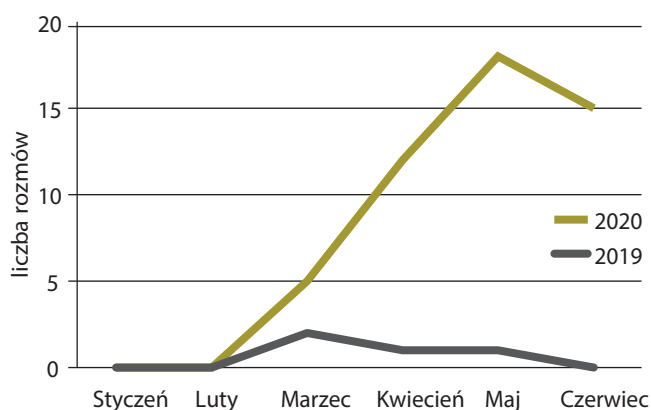
Wykres 3. Wiek osób biorących substancje psychoaktywne.



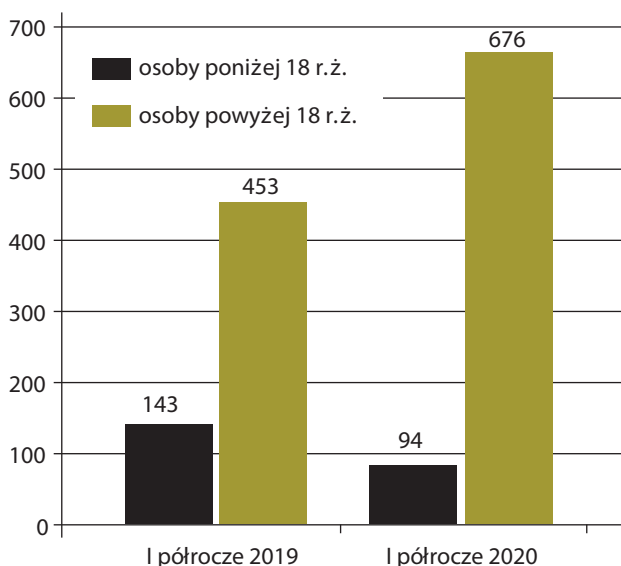
Wykres 4. Liczba rozmów w Telefonie Zaufania Narkotyki – Narkomania.



Wykres 5. Statystyka rozmów dotyczących przemocy.



Wykres 6. Liczba rozmów w Telefonie Zaufania dotyczących osób małoletnich i pełnoletnich w I półroczu 2019 i 2020 roku.



W latach 2014–2016 osoby dzwoniące najczęściej zgłaszały problem sięgania po dopalacze. Obecnie obserwujemy znaczny spadek takich przypadków na rzecz stymulantów.

Podczas rozmów w TZ zbieramy również dane dotyczące wieku osoby, która jest uzależniona lub przyjmuje substancje psychoaktywne w sposób problemowy (wykres 3).

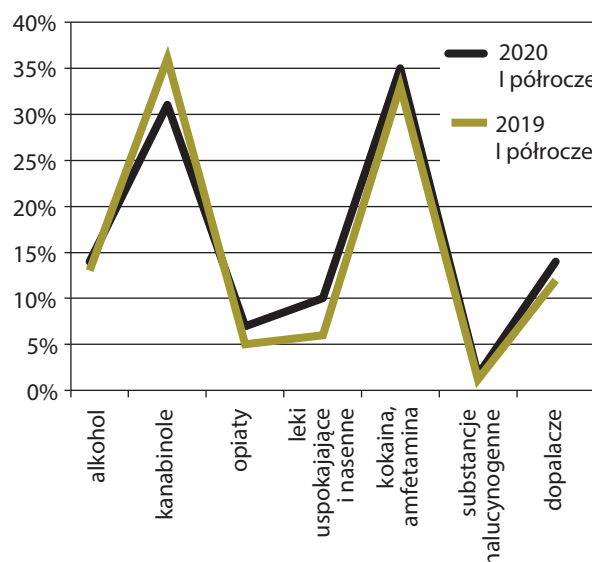
Znaczną część stanowią osoby dorosłe – ok. 80%. W takich sytuacjach osobami dzwoniącymi są najczęściej matki, partnerki, żony lub same osoby uzależnione. Pozostałe 20% rozmów dotyczy osób niepełnoletnich, których to rodzice kontaktują się z TZ.

Telefon Zaufania podczas pandemii COVID-19

Warto zwrócić szczególną uwagę na ostatni okres związany z pandemią koronawirusa w kontekście rozmów, które miały miejsce w Telefonie Zaufania. Analizie poddałam I i II kwartał 2020 roku (wykres 4).

W I półroczu 2020 roku w porównaniu do I półrocza 2019 roku odnotowaliśmy wzrost odsetka rozmów w telefonie o 27%. W pozostałych analizowanych kategoriach (płeć, rodzaj narkotyku) nie odnotowaliśmy znaczącej zmiany. Natomiast ciekawe jest to, że w rozmowach zaczęły się pojawiać wątki dotyczą-

Wykres 7. Odsetek rozmów dotyczących poszczególnych substancji psychoaktywnych w I półroczu 2019 i 2020 roku.



ce przemocy oraz trudności i kryzysów w relacjach partnerskich. Jeszcze w I kwartale 2020 roku były to nieliczne rozmowy, ale od kwietnia powyższe tematy zaczęły znacznie częściej pojawiać się w statystykach TZ. Częstym problemem zgłaszanym głównie przez rodziców osób nieletnich lub młodych dorosłych był brak dostępu do placówek leczenia.

Według relacji dzwoniących członków rodzin w sytuacji pojawienia się u osoby bliskiej psychozy bądź zachowań agresywnych, służby medyczne niechętnie zabierały takiego pacjenta na oddział psychiatryczny. W tematach rozmów pojawiły się również relacje o próbach samobójczych nieletnich. Były to dla nas nowe doświadczenia i często bardzo trudne rozmowy.

W okresie pandemii wzrósł odsetek rozmów dotyczących osób pełnoletnich, a spadł odsetek rozmów dotyczących osób małoletnich. W czasie tzw. lockdownu młodzież pozostawała w domach, szkoły były zamknięte. Można przypuszczać, że w tym okresie dostęp do substancji psychoaktywnych był dla nich mocno utrudniony. Natomiast dzwoniące osoby dorosłe zgłaszały trudności związane z pracą (niższe wynagrodzenie, strata pracy, praca online) oraz osobiste (kłótnie z partnerem/partnerką, stres związany z nauką dzieci w domu itp.). Okres największych obostrzeń to był czas sprzyjający również powrotom do sięgania po substancje psychoaktywne. Zdarzało się, że osoby, które utrzymywały abstynencję, w okresie pandemii zgłaszały nawrót.

Zauważyć należy również wzrost odsetka telefonów dotyczących substancji psychoaktywnych innych niż kanabinoły, średnio o 2 punkty procentowe, natomiast w przypadku leków nasennych i uspokajających wzrost ten wyniósł już 4 punkty procentowe.

Podsumowanie

Dwadzieścia lat doświadczeń związanych z Telefonem Zaufania Narkotyki – Narkomania pozwala sformułować jeden podstawowy wniosek – tego typu forma wsparcia osób doświadczających różnorodnych proble-

mów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych jest potrzebna. Ważne jest jednak, aby osoby dyżurujące w telefonie cały czas pogłębiały swoją wiedzę w zakresie pomocy osobom uzależnionym i ich bliskim. Mimo tylu lat pracy wciąż mierzymy się z nowymi wyzwaniami.

Czas pandemii i wzmożonych obostrzeń z tym związanych odbił się negatywnie na osobach biorących szkodliwie bądź uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Pandemia koronawirusa, jak każdy silny kryzys, sprzyja uzależnieniom. Początkowa izolacja nie pomagała osobom zagrożonym substancjami psychoaktywnymi powrócić do zdrowia. Zmniejszenie dostępności leczenia stało się znacznym utrudnieniem dla osób chcących rozpocząć terapię uzależnień. To również niełatwy czas dla rodzin i bliskich osób uzależnionych. Należałoby wypracować strategię i plany na przyszłość, bo koronawirus nas nie opuszcza. Nie można jednak przez pandemię nie widzieć wielu

innych chorób, w tym uzależnienia. Początkowy okres pandemii wiązał się nie tylko ze wzrostem liczby rozmów w ogóle, ale również z pojawieniem się nowych wątków, które dotyczyły przede wszystkim przemocy domowej oraz obniżenia jakości życia z powodu lockdownu. To dla nas nowe doświadczenia. Będziemy z nich korzystać na co dzień, nadal odbierając telefon zaufania. Planując kolejne szkolenia podnoszące nasze kompetencje w udzielaniu wsparcia i prowadzeniu interwencji, bierzemy pod uwagę nowe tematy, które pojawiły się w rozmowach telefonicznych.

Osobami korzystającymi z pomocy TZ są przede wszystkim rodzice osób niepełnoletnich i młodych dorosłych. Stanowią oni ok. 25% dzwoniących. Ich rozmowom często towarzyszy panika, strach, niedowierzanie, że ich dziecko może brać narkotyki. Kolejnymi rozmówcami są osoby uzależnione bądź przyjmujące substancje psychoaktywne w sposób problemowy (ok. 20% dzwoniących). Najczęściej szukają oni kontaktu do placówek leczenia uzależnień. Trzecią grupą są osoby niespokrewnione z osobą używającą substancji psychoaktywnych. Najczęściej są to znajomi, nauczyciele, sąsiedzi, a nawet pracodawcy. Kontaktują się z nami, bo chcieliby pomóc osobie uzależnionej lub biorącej problemowo.

Wielu specjalistów zastanawia się, jak czas pandemii przełożył się na funkcjonowanie młodych ludzi. Wyniki badania „Zdalne nauczanie a adaptacja do warunków społecznych podczas epidemii koronawirusa” wskazują, że 18% dzieci i młodzieży czuło się podczas lockdownu dużo gorzej pod względem psychicznym niż przed jego wprowadzeniem, a 30% trochę gorzej. Na pogorszenie się samopoczucia psychicznego istotnie częściej skarżyły się dziewczęta. Różnic takich nie było w kontekście oceny zmian w samopoczuciu fizycznym.

CZY PANDEMIA COVID-19 ZASZKODZIŁA DZIECIOM I MŁODZIEŻY?

Jacek Pyżalski

Wydział Studiów Edukacyjnych

Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu

Wprowadzenie

Wiele osób zaraz po rozpoczęciu lockdownu w Polsce zastanawiało się, jak ten wyjątkowy czas związany z odczuwaniem stresu wynikającego z zagrożenia COVID-19, ale także z poważnymi zmianami w funkcjonowaniu społecznym w skali mikro i makro wpłynie na kondycję ludzi. Te obawy w szczególności dotyczyły dzieci i młodzieży. Z powodu decyzji administracyjnej przestali oni uczęszczać do szkoły, tracąc bezpośrednie relacje z nauczycielami i rówieśnikami. Oczywiście, ze względu na rozpoczęcie zajęć edukacji zdalnej w pewnym stopniu mogli oni utrzymać te ważne kontakty z wykorzystaniem tzw. komunikacji zapośredniczonej, prowadzonej za pomocą różnego rodzaju narzędzi internetowych (np. komunikatorów czy platform służących do prowadzenia zajęć dydaktycznych). Warto przypomnieć także, iż w czasie lockdownu mieliśmy okres, gdzie wychodzenie z domu, przede wszystkim osób małoletnich, było bardzo ograniczone. Co więcej, zmieniło się także funkcjonowanie młodych ludzi w obszarze wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych. Stały się one jeszcze bardziej obecne w życiu młodych ludzi, również w sposób potencjalnie ryzykowny, jeśli idzie o wzory ich wykorzystania.

Warto dodać, że pewne grupy dzieci i młodzieży były w tym okresie narażone w szczególności. Byli to na przykład ci, których sytuacja rodzinna i domowa była trudniejsza: osoby ze środowisk, gdzie występuje przemoc, uzależnienia lub inne problemy. Młodzi ludzie z tych środowisk byli „skazani” na przebywanie w domu i doświadczanie wielu awersyjnych sytuacji. Jednocześnie pozbawieni byli często

relacji, kontaktów i profesjonalnej pomocy, które mogły działać jako czynnik chroniący.

Warto zatem przyrzeć się temu, co mówią wyniki diagnoz naukowych na temat tego, jak czas pandemii przełożył się na funkcjonowanie młodych ludzi. Odniosę się do wyników badań, w których planowaniu i przeprowadzeniu sam uczestniczyłem.

Podstawowe założenia metodologiczne

Badanie „Zdalne nauczanie a adaptacja do warunków społecznych podczas epidemii koronawirusa”¹, kierowane przez dra hab. Grzegorza Ptaszka, było realizowane za pomocą badań kwestionariuszowych online w 34 szkołach podstawowych i ponadpodstawowych z terenu całego kraju, w okresie od 12 maja do 12 czerwca 2020 roku. Interpretując wyniki, należy zwrócić uwagę na termin przeprowadzenia badań – około dwa miesiące po zamknięciu szkół, kiedy różne problemy związane z izolacją z jednej strony mogły się pojawić, a z drugiej zaś mogło nastąpić przyzwyczajenie się do nowej sytuacji. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w trzech grupach funkcjonujących w społeczności szkolnej. Próba badawcza była zatem zróżnicowana i stanowili ją uczniowie (N=1284), rodzice (N=979) i nauczyciele (N=671). W tekście bliżej zajmę się tymi pierwszymi (czasami będę używał wyników dotyczących innych grup dla celów porównawczych). Badanymi byli uczniowie klas VI-VIII szkoły podstawowej oraz wszystkich klas szkół ponadpodstawowych (liceów, techników, liceów zawodowych, bez uczniów klas maturalnych). Należy podkreślić, że zastosowana procedura

zbierania danych nie pozwoliła na zbadanie uczniów, którzy wypadli w czasie lockdownu z systemu i nie komunikowali się elektronicznie ze szkołą.

Samoocena w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego

Przedstawiciele wszystkich uczestniczących w badaniu grup, tj. uczniowie, rodzice i nauczyciele, często twierdzili, że ich aktualne samopoczucie psychiczne oraz fizyczne było gorsze w porównaniu do czasu sprzed pandemii. Jednocześnie w grupie uczniów tego typu deklaracje pojawiały się najrzadziej (Bigaj, Dębski, 2020).

Warto bliżej przyjrzeć się rozkładowi wyników uczniów, którzy oceniali swoje zdrowie fizyczne, porównując je do tego, jak określali je przed pandemią. Blisko 20% badanych czuło się dużo gorzej, a 27% trochę gorzej. Jednocześnie 28% uczniów fizycznie czuło się bardzo podobnie zarówno przed, jak i w trakcie pandemii. Interesujące jest to, że co piąty ankietowany uczeń przyznał (21%), że w porównaniu do czasu sprzed pandemii koronawirusa psychicznie czuł się trochę lepiej lub dużo lepiej. Ten ostatni wynik zasługuje na namysł i pogłębione interpretacje, choć nasze badanie nie daje informacji pozwalających na w pełni wiarygodne interpretacje w tym obszarze (Bigaj, Dębski, 2020).

Wyniki dotyczące takiej relatywnej oceny samopoczucia psychicznego wyglądają podobnie, jak w przypadku oceny samopoczucia fizycznego. Osiemnaście procent respon-

dentów wskazało, że czuło się dużo gorzej pod względem psychicznym, a 30%, że trochę gorzej. Na podobne samopoczucie psychiczne przed lockdownem i w jego trakcie wskazało 23% uczniów, a 17% z nich uważało, że od czasu zamknięcia szkół czuło się nieco lepiej (9%) lub trochę lepiej (8%).

Warto podkreślić, że na pogorszenie samopoczucia psychicznego istotnie częściej skarżyły się dziewczęta. Różnic takich nie było w kontekście oceny zmian w samopoczuciu fizycznym.

Dosyć alarmujące wydają się wyniki w zakresie zagrożenia zaburzeniami depresyjnymi, nawet jeśli przyjmiemy przy interpretacji ograniczenia diagnostyczne testów przesiewowych, takich jak ten zastosowany w badaniu.

Okazuje się, że w grupie uczniów nasilony nastrój depresyjny był udziałem 17% respondentów, wśród nauczycieli 13%, a w przypadku rodziców 5%. Wysoki poziom nasilenia takiego nastroju dotyczył istotnie częściej dziewcząt i uczniów liceów (niższy był w szkołach podstawowych). Uczniowie często doświadczali symptomów psychosomatycznych, tj. bólu brzucha, głowy, trudności w zasypianiu, zdenerwowania czy braku energii. Przykładowo trudności w zasypianiu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie pojawiły się przynajmniej jednokrotnie u 60% młodzieży (u 22% kilkanaście razy lub więcej).

Doświadczane negatywne emocje można przynajmniej częściowo wiązać z wdrażaniem edukacji zdalnej. Uczący się w ten sposób uczniowie często denerwowali się, że nauczyciele zadają im zbyt dużo materiału. Wielu respon-

Tabela 1. Odsetek uczniów doświadczających symptomów braku higieny cyfrowej.

	Odsetek uczniów doświadczających określonego problemu
Korzystałem/am z narzędzi ekranowych tuż przed pójściem spać	67
Pozostawałem/am w ciągłej gotowości do odbierania połączeń i powiadomień	63
Miałem/am dosyć siedzenia przy komputerze/smartfonie	57
Czułem/am się przeładowany/a informacjami	51
Bolała mnie głowa od ciągłego korzystania z narzędzi ekranowych i internetu	37
Czułem/am się rozdrażniony/a z powodu ciągłego używania internetu, komputera, smartfona	35
Chciałem/am być niedostępny/a w sieci dla nikogo	34
Byłem/am niewyspany/a z powodu używania internetu, komputera, smartfona	34
Miałem/am problemy z koncentracją z powodu korzystania z internetu i narzędzi ekranowych	34
Podczas zajęć online korzystałem z portali społecznościowych, grałem w gry, przeglądałem internet do celów prywatnych, pisałem do kogoś bez związku z lekcjami	28
Używałem/am swojego smartfona podczas e-lekcji, żeby robić coś innego	28
Zarywałem/am nocki, korzystając z komputera, smartfona, telewizora, internetu	23

Źródło: Bigaj, Dębski, 2020.

dentów wstydziło się również swojego wyglądu podczas zajęć (widać ich było na monitorach) i obawiało się, że nie sprostają obowiązkom uczniowskim (Bigaj, Dębski, 2020).

Higiena cyfrowa

Edukacja zdalna w oczywisty sposób wymagała nasilonego korzystania z urządzeń ekranowych, zarówno w trakcie zajęć, jak i podczas przygotowań do nich.

Nie powinno zatem dziwić, że część uczniów i nauczycieli przejawiała wyraźne symptomy nadużywania mediów cyfrowych. Pojawiło się wiele związanych z tym problemów, stanowiących wskaźniki braku tzw. higieny cyfrowej.

Jak widać, wiele z symptomów braku higieny cyfrowej jest powszechne w grupie uczniów. Dotyczy to głównie korzystania z narzędzi ekranowych bezpośrednio przed snem oraz bycia w ciągłej gotowości do reakcji na komunikację online (np. powiadomienia z aplikacji). Pojawiają się tutaj często także określone negatywne stany emocjonalne, tj. poczucie, że ma się dosyć siedzenia przy komputerze czy poczucie przeładowania informacjami lub rozdrażnienie, a także symptomy fizyczne (np. ból głowy). Prawie jedna czwarta badanych wskazała też, że często zarywała noce, aby korzystać z internetu. Z jednej strony zatem technologie informacyjno-komunikacyjne pozwoliły na realizację zajęć oraz utrzymanie ważnych relacji, z drugiej zaś przyniosły szereg problemów związanych z ich ryzykownym wykorzystaniem.

Co się stało z ważnymi relacjami dzieci i młodzieży?

Powszechnie wiadomo, że w edukacji, a także w rozwoju dzieci i młodzieży dużą rolę odgrywają relacje. W kontekście szkoły są to głównie relacje nauczyciel–uczeń i relacje rówieśnicze. Edukacja to relacja. A relacja to komunikacja. Skoro w czasie lockdownu komunikacja była utrudniona, a z pewnością znacząco zmodyfikowana, to mogliśmy spodziewać się zaburzenia tych znaczących relacji. Nasze badania tego typu problemy potwierdziły.

W obszarze relacji rówieśniczych 50% respondentów wskazuje, że przed pandemią były one trochę lub dużo lepsze. Jednocześnie czterech na dziesięciu uczniów (39%) nie zauważa zmian na tym polu. Istnieje także niewielka, ale znacząca grupa prawie 5% badanych

młodych ludzi, którzy oceniają, że przed pandemią ich relacje z rówieśnikami były gorsze. Ten ostatni wynik może być trudny do zrozumienia, ale dostępne dane jakościowe pozwalają przypuszczać, że są to uczniowie, którzy w zapośredniczonej komunikacji mniej odczuwają nieśmiałość lub przestali w wyniku izolacji doświadczać wiktymizacji (na skutek przemocy ze strony rówieśników). Oczywiście nie można tego przesądzać – niezbędne byłyby tu dalsze badania o charakterze jakościowym (Pyżalski, 2020).

Rozkład odpowiedzi wygląda bardziej optymistycznie (choć z pewnością nie całkiem), jeśli idzie o ocenę relacji z wychowawcami. Tutaj większość uczniów nie zauważa zmian w porównaniu do wcześniejszego okresu. Równolegle około 23% ocenia, że te relacje przed pandemią były lepsze. Jest też nieco ponad 4% badanych, którzy uważają, że relacje z wychowawcą/wychowawczynią przed pandemią były gorsze (Pyżalski, 2020).

Oczywiście relacje uczniów to nie tylko relacje bazujące na instytucji szkoły. Zawsze, a w czasie lockdownu szczególnie ważne były relacje domowe. Młodzi ludzie zostali w naszym badaniu poproszeni także o ocenę zmian w zakresie tych właśnie relacji.

Wyraźna większość badanych nie zauważa zmian w relacjach z rodzicami i opiekunami w czasie pandemii (ok. 68%). Jednocześnie podobny odsetek uczniów zauważa pogorszenie i polepszenie tych relacji (odpowiednio ok. 13% i 12%). Znaczący jest wynik dotyczący czasu spędzanego na robieniu wspólnych rzeczy z członkami rodziny. Około 12% wskazuje, że przed pandemią częściej dochodziło do takich sytuacji. Jest jednak bardzo duża grupa (ok. 30%), która wskazuje, że w czasie pandemii na takie aktywności poświęca więcej czasu. Jak widać, wyniki w zakresie wpływu pandemii na życie rodzinne dzieci i młodzieży są niejednoznaczne.

Niewątpliwie jednak należy zwrócić uwagę na całkiem wysoki odsetek uczniów, którzy wskazali na pogorszenie relacji domowych. To oni byli potencjalnie najbardziej zagrożeni negatywnym wpływem lockdownu, ze względu na problemy doświadczane w środowisku domowym. Na koniec tego krótkiego przedstawienia wyników warto wskazać, iż w naszym badaniu ustaliliśmy statystyczny związek pomiędzy oceną zmian w relacji a wskaźnikami samopoczucia i dobrostanu uczniów. Istotnie statystycznie niższe wyniki w tym zakresie mieli ci badani, którzy wskazywali na pogorszenie relacji z rodzicami i opiekunami oraz relacji z rówieśnikami (Pyżalski, 2020a).

Podsumowanie

Przedstawione w tekście wybrane wyniki dotyczące funkcjonowania dzieci i młodzieży w trakcie pandemii wyraźnie wskazują, że trudno mówić o jednoznacznym charakterze tego wpływu. Widać duże populacyjne zróżnicowanie – na jednych młodych ludzi pandemia wpłynęła jednoznacznie negatywnie, na innych miała niewielki wpływ, wreszcie na niewielki odsetek badanych wpłynęła pozytywnie.

Dobrostan uczniów powiązany jest z dwoma istotnymi grupami czynników: wykorzystaniem mediów cyfrowych oraz istotnymi relacjami społecznymi.

Obecnie z pewnością jest tak, że konsekwencje pandemii (w przypadku pewnego odsetka uczniów) będą przejawiały się w szkole w warunkach stacjonarnej i hybrydowej edukacji. Oznacza to konieczność szczególnej czujności rodziców oraz nauczycieli i innych profesjonalistów pracujących z dziećmi i młodzieżą.

Ze względu na ryzyko zamykania szkół, a także powtórzenia lockdownu, ważne jest również profesjonalne przygotowanie nauczycieli, aby umieli oni pracować w sposób minimali-

zujący ryzyko negatywnych konsekwencji izolacji. Więcej na temat rozwiązywania problemów przedstawionych w tekście można przeczytać w podręczniku dla nauczycieli wydanym w czasie lockdownu, który jest dostępny bezpłatnie online (Pyżalski, 2020).

Przypisy

- ¹ Badania przeprowadził zespół naukowców złożony z: Grzegorza Ptaszka, Magdaleny Bigaj, Macieja Dębskiego, Grzegorza Stunży i Jacka Pyżalskiego. Procedura badawcza, w tym kwestionariusze ankiety, zostały zatwierdzone przez Komisję Etyczną Wydziału Studiów Edukacyjnych UAM w Poznaniu. Artykuł bazuje na raportach znajdujących się na specjalnej stronie internetowej prezentującej badanie i jego wyniki: zdalnenauczanie.org.

Bibliografia

- Bigaj M., Dębski M. (2020), „Subiektywny dobrostan oraz higiena cyfrowa w czasie edukacji zdalnej”, raport dostępny na stronie zdalnenauczanie.org.
Pyżalski J. (2020), „Ważne relacje uczniów i nauczycieli w czasie edukacji zdalnej”, raport dostępny na stronie zdalnenauczanie.org.
Pyżalski J. (red.) (2020a), „Edukacja w czasach pandemii wirusa COVID-19. Z dystansem o tym, co robimy obecnie jako nauczyciele”, Warszawa: EduAkacja.

Pandemia wirusa COVID-19 i związane z nią obostrzenia sprawiły, że terapeuci uzależnień musieli skorzystać z pomocy systemów teleinformatycznych, aby podtrzymać kontakt z pacjentami i kontynuować proces terapeutyczny. Jednocześnie pojawiło się pytanie o efektywność takiej terapii w odniesieniu do osób z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi. Poniższy przegląd jest próbą znalezienia na nie odpowiedzi.

CZY TERAPIA ONLINE I PRZEZ TELEFON JEST SKUTECZNA? PRZEGLĄD BADAŃ

Justyna Klingemann
Socjolog medycyny
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Terapia online (ang. *internet-based therapy*) to ustrukturyzowane programy terapeutyczne z elementami interakcji pacjent–terapeuta oferowane przez internet. Interakcje te mogą mieć charakter **asynchroniczny** (ang. *asynchronic* lub *store and forward technologies*), umożliwiając elektroniczną transmisję informacji medycznych – tekstów i obrazów cyfrowych (na przykład za pomocą poczty elektronicznej) lub **synchroniczny** (ang. *synchronic* lub *videoconferencing technologies*), pozwalając terapeutom i pacjentom łączyć

się online w czasie rzeczywistym w celu prowadzenia sesji terapeutycznych (poprzez czat, komunikatory i wideokonferencje). Zdarza się też model mieszany, gdy asynchroniczna terapia online jest wzmacniana poprzez krótkie sesje telefoniczne lub twarzą w twarz z terapeutą (Gainsbury i Błaszczynski, 2011; Lin, 2019).

Synchroniczna terapia online w postaci wideokonferencji w leczeniu uzależnień prowadzona jest zwykle przy wykorzystaniu bezpiecznych portali telemedycznych i służy:

prowadzeniu sesji psychoterapeutycznych online, udzielaniu wsparcia w zdrowieniu oraz realizacji medycznych wizyt specjalistycznych, które mają na celu zwiększenie dostępu do rzadko występujących specjalistów, jak na przykład psychiatrą dziecięcym czy lekarzem z licencją na przepisywanie buprenorfiny (Molfenter i wsp., 2015).

Porady i konsultacje telefoniczne oraz terapia telefoniczna to mniej zaawansowany technologicznie wariant terapii synchronicznej, z tą różnicą, że pacjent i terapeuta tylko się słyszą. Telefon częściej wykorzystywany jest do udzielania porad i konsultacji w ramach krótkich interwencji czy przy wykorzystaniu technik dialogu motywującego. Rzadziej w ten sposób prowadzi się terapię, choć jest to jedna z metod terapii uzależnienia od nikotyny, ponadto konsultacje telefoniczne bywają wykorzystywane po zakończeniu terapii jako forma podtrzymania kontaktu z pacjentem (Gates i Albertella, 2016).

Zakres przeglądu

W artykule zaprezentowano wyniki przeglądu literatury, obejmującego czternaście artykułów opublikowanych w języku angielskim w latach 2009–2019: cztery przeglądy literatury poświęcone zagadnieniu pomocy terapeutycznej przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych i dziesięć dotyczących badań oryginalnych uszczegóławiających wybrane kwestie.

Terapia online zaburzeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych

Przegląd badań *Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review* (Lin i wsp., 2019) dotyczy badań nad efektywnością interwencji terapeutycznych lub medycznych (włączając w to leki oraz psychoterapię) w odniesieniu do zaburzeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych oferowanych online przy wykorzystaniu technologii synchronicznych. W takich sytuacjach leczenie medyczne oznacza konsultację online oraz przepisanie leków używanych w terapii zaburzeń wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych, natomiast psychoterapia oznacza sesję psychoterapeutyczną online (w formie wideokonferencji). Autorzy przeglądu uwzględnili badania opublikowane w latach 1998–2018 w bazach Cochrane Library, Embase, PsycINFO, Pub-

Med, Scopus, and Web of Science. Zidentyfikowano 13 artykułów opublikowanych w latach 2005–2018, które zostały uwzględnione w przeglądzie: siedem randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych (ang. *randomized controlled trials, RCT*), włączając w to wyniki pilotażowych randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych, jedno badanie quasi-eksperymentalne, dwa nierandomizowane badania pilotażowe oraz trzy badania retrospektywne. Trzy artykuły dotyczyły nikotyny, pięć alkoholu i pięć opioidów. Spośród badań poświęconych opioidom dwa dotyczyły psychoterapii pacjentów programów metadonowych, a pozostałe trzy to nierandomizowane badania dotyczące konsultacji medycznych (przepisaniu metadonu lub buprenorfiny w ramach opieki ambulatoryjnej). Autorom przeglądu nie udało się dotrzeć do badań uwzględniających używanie kanabinoli oraz stymulantów (Lin i wsp., 2019). Jeśli chodzi o efektywność badań analizowanych w przeglądzie, wynika z niego, że w przypadku nikotyny sesje terapeutyczne online nie były bardziej skuteczne od sesji twarzą w twarz oraz od sesji telefonicznych. W odniesieniu do alkoholu odnotowano stosunkowo niskie wskaźniki przerywania terapii (ang. *drop out rates*) po 6 i 12 miesiącach oraz obniżenie poziomu konsumpcji alkoholu (badanie bez grupy kontrolnej). Natomiast terapia online z klientami sądowo zobowiązanymi do leczenia uzależnienia od alkoholu miała podobną efektywność do terapii standardowej. W przypadku opioidów w żadnym z raportowanych badań nie wykazano różnicy pomiędzy leczeniem medycznym lub psychoterapią online a leczeniem w formie standardowej. Zdaniem autorów przeglądów wyniki są zachęcające, jednak nie jest to terapia dla każdego – w niektórych z analizowanych badań wskazywano na wyzwania natury technicznej, będące nierzadko powodem rezygnacji z terapii (Lin i wsp., 2019).

Przegląd *A systematic review of internet-based therapy for the treatment of addictions* (Gainsbury i Blaszczyński, 2011) dotyczy efektywności terapii online w odniesieniu do leczenia różnych rodzajów uzależnień. Przegląd uwzględnia dziewięć badań, w tym siedem odnoszących się do nikotyny, jedno do hazardu i jedno do nadużywania substancji psychoaktywnych. Tym samym trudno wyciągać na jego podstawie wnioski co do efektywności terapii online w odniesieniu do innych substancji czy zaburzeń niż uzależnienie od nikotyny. Opisywane w przeglądzie badanie dotyczące hazardu oferowało

terapię poznawczo-behawioralną online (osiem modułów) ze wsparciem terapeutycznym przez telefon (osiem porad telefonicznych). Grupę kontrolną stanowili pacjenci z listy oczekujących, co uniemożliwiło porównanie na etapie *follow-up*, ponieważ osoby z grupy kontrolnej zaczęły w międzyczasie uczestniczyć w terapii (Calbring i Smit, 2008). Tym samym trudno wyciągać jakiegokolwiek wnioski z jego wyników.

W opisywanym w przeglądzie badaniu *Assessing the effectiveness of an internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance abuse counseling* (King i wsp., 2009) skoncentrowano się na pacjentach programów metadonowych w celu zapewnienia im większego wsparcia terapeutycznego. Pomimo dosyć zachęcających wyników opisanych w przeglądzie (Gainsbury i Blaszczyński, 2011), dotarcie do oryginalnego artykułu ujawniło, że jest to tylko badanie pilotażowe (King i wsp., 2009). Testowano w nim platformę wideokonferencyjną w celu intensyfikacji oraz zwiększenia dostępności wsparcia psychologicznego skierowanego do pacjentów programów substytucyjnych. W badaniu porównywano efektywność grupy wsparcia online z efektywnością tradycyjnej grupy wsparcia. Tylko 20% pacjentów, których zaproszono do badania, miało dostęp do komputera z internetem. W badaniu nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami, jeśli chodzi o odsetki abstynencji narkotykowej, uczestniczenie w spotkaniach czy satysfakcję z terapii, ale pacjenci z grupy online raportowali wysoką satysfakcję związaną z otrzymywaniem wsparcia tą drogą i chęć kontynuowania terapii w ten sposób (King i wsp., 2009).

Przegląd *Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention* (Jiang i wsp., 2017) dotyczy efektywności technik dialogu motywującego w profilaktyce oraz w terapii problemów związanych używaniem substancji psychoaktywnych. Włączono do niego 25 artykułów dotyczących nikotyny, alkoholu i narkotyków. Jeśli chodzi o narkotyki, tylko dwa badania dotyczyły wyłącznie marihuany, w pozostałych czterech interwencje dotyczyły alkoholu, narkotyków, nikotyny oraz marihuany lub wszystkich substancji psychoaktywnych razem. Techniki dialogu motywującego oferowane były przez telefon (1 artykuł; czterogodzinne sesje), przez internet (2 artykuły; jedna około półgodzinna

sesja) lub w formie grupowej (trzy artykuły; 3, 6 lub 12 sesji). Badania charakteryzowały się dużym zróżnicowaniem na poziomie intensywności interwencji: liczba sesji wahała się od jednej do dwunastu (średnia 4,65 sesji). Autorzy przeglądu podkreślają, że rezultaty analizowanych badań są niejednoznaczne, szczególnie w odniesieniu do narkotyków, a jakość metodologiczna części badań budzi zastrzeżenia (w wielu badaniach w grupie kontrolnej albo nie było interwencji albo oferowano psychoedukację). Tym samym wydaje się, że użycie technik motywacyjnych przez telefon daje zachęcające rezultaty, przynajmniej jeśli chodzi o mierzone w badaniach efekty krótkoterminowe, o innych zastosowaniach (SMS, internet, grupa) niewiele jeszcze można powiedzieć ze względu na brak badań oraz niejednoznaczne wyniki (Jiang i wsp., 2017). Testowano również efektywność terapii online w odniesieniu do specyficznych populacji użytkowników substancji psychoaktywnych. Badanie *Efficacy of e-therapy for treating substance use disorders in persons who are deaf or have a disability* (Adhikari i wsp., 2015) objęło specyficzną populację 62 dorosłych z niepełnosprawnością, włączając w to osoby głuche i niedoслyszające, które doświadczały problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych i w związku z tym korzystali z e-terapii rozumianej jako terapia oferowana na odległość przy wykorzystaniu technologii komputerowych. Uczestnikom badania proponowano konsultacje online oferowane przez terapeutów ze znajomością języka migowego oraz wspomagany komputerowo Program 12 Kroków. Spośród 62 osób, które ukończyły program terapeutyczny, 48 przeszło wszystkie jego etapy. Badacze donoszą, że im większa ekspozycja na e-terapię, tym lepsze funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów z niepełnosprawnością. Tym samym wyniki badania są zachęcające, szczególnie ze względu na znacznie wyższą dostępność tego typu terapii, między innymi dzięki przezwyciężeniu barier geograficznych. Z drugiej strony jakość metodologiczna badania nie jest wysoka ze względu na małą próbę, brak grupy kontrolnej oraz braki danych.

Terapia telefoniczna zaburzeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych

Przegląd *The effectiveness of telephone counseling in the treatment of illicit drug and alcohol use consumers* (Gates

i Albertella, 2016) dotyczy efektywności mniej technologicznie zaawansowanych oraz często pomijanych metod terapii uzależnień, a mianowicie efektywności poradnictwa przez telefon (ag. *telephone counselling*, TC) w odniesieniu do osób używających alkoholu i narkotyków. Przegląd obejmuje 64 kontrolowane badania kliniczne (*controlled trials*), w tym 21 dotyczy alkoholu lub narkotyków, a 5 specyficznie narkotyków. W ocenianych badaniach prowadzono (średnio) 7 sesji telefonicznych, które trwały (średnio) pół godziny, w okresie (średnio) 5 miesięcy. 60% badanych ukończyło pełny program terapeutyczny oferowany telefonicznie. Jeśli chodzi o efektywność – wyniki badań są zróżnicowane, choć głównie zachęcające. W większości analizowanych badań porównujących terapię oferowaną przez telefon z minimalną interwencją terapeutyczną twarzą w twarz lub ze standardową terapią wyniki pokazywały, że terapia telefoniczna była przynajmniej tak samo skuteczna przy niższych kosztach. Co istotne, nie są to wyniki krótkoterminowe – mediana pomiarów w *follow-up* wynosiła 12 miesięcy, a skuteczność nie obniżała się znacząco wraz z upływem czasu. Z drugiej strony autorzy przeglądu zwracają uwagę na nieliczne badania w tym zakresie w odniesieniu do substancji nielegalnych oraz na wyłączenie z badań osób o znacznym zaawansowaniu uzależnienia (wynikające z założenia, że terapia telefoniczna nie jest odpowiednia w ich przypadku). W badaniach brakuje analizy efektywności terapii telefonicznej w odniesieniu do specyficznych grup klientów czy też ze względu na płeć lub wiek pacjentów oraz analizy barier i problemów związanych z implementacją. Tym samym trudno o jednoznaczne konkluzje – autorzy przeglądu sugerują ostrożność w tym zakresie (Gates i Albertella, 2016).

Poniżej bardziej szczegółowa prezentacja pięciu badań oryginalnych poświęconych efektywności terapii telefonicznej w odniesieniu do osób doświadczających problemów wynikających z używania nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Terapia telefoniczna lub synchroniczna terapia online są rozwiązaniami godnymi rozwijania w odniesieniu do specyficznych populacji pacjentów, którzy z różnych powodów mają utrudniony dostęp do terapii tradycyjnej – zamieszkujących tereny wiejskie; samotnych matek mających trudności w zapewnieniu opieki nad dziećmi; osób z niepełnosprawnościami; osób głuchych i niedosłyszących itp.

W badaniu *Applying technology to the treatment of cannabis use disorder: Comparing telephone versus Internet delivery using data from two completed trials* (Rooke i wsp., 2014) porównywano efektywność dwóch randomizowanych prób klinicznych: interwencji telefonicznej (n=160; cztery jednogodzinne sesje w odstęпах jednego tygodnia) z zautomatyzowaną interwencją komputerową (n=230; sześć modułów programu *Reduce Your Use*) skierowanych do osób uzależnionych od marihuany. Wyniki badania *follow-up* po 3 miesiącach pokazują, że obydwie interwencje przyczyniły się do ograniczenia używania, ale interwencja telefoniczna miała dwa razy silniejszy efekt od interwencji skomputeryzowanej. Ponadto osoby z grupy z interwencją telefoniczną znacznie częściej podejmowały decyzję o skorzystaniu z tradycyjnej

formy terapii oraz znacznie rzadziej rezygnowały z pomocy terapeutycznej/badania. Warto jednak zaznaczyć, że jeśli chodzi o ograniczenie używania marihuany, osoby z grupy interwencji telefonicznej, które rozpoczęły dodatkową, tradycyjną terapię nie różniły się znacząco od tych, które otrzymały wyłącznie pomoc w formie poradnictwa telefonicznego. Badacze sugerują wykorzystywanie technik telefonicznego dialogu motywującego w celu zwiększenia gotowości do zmiany u osób, które mają opory przed podjęciem tradycyjnego

leczenia (Rooke i wsp., 2014).

W badaniu *A comparison of four telephone-based counseling styles for recovering stimulant users* (Farabee i wsp., 2013) testowano efektywność okresowego poradnictwa telefonicznego w celu wzmocnienia wskaźnika korzystania z terapii ambulatoryjnej po zakończeniu leczenia stacjonarnego oraz zapobieganiu nawrotom w odniesieniu do osób uzależnionych od narkotyków (kokaina oraz metamfetamina). Grupa, która otrzymała wsparcie telefoniczne, miała statystycznie lepsze wyniki niż grupa kontrolna w badaniu *follow-up* po 3 miesiącach, jednak różnica ta nie była już istotna statystycznie w badaniu *follow-up* po 12 miesiącach. W badaniu

testowano też różne typy wsparcia telefonicznego, jeśli chodzi o jego dyrektywność oraz ustrukturyzowanie, ale żaden z typów wsparcia telefonicznego nie okazał się lepszy od innych (Farabee i wsp., 2013).

Podobnie w badaniu *A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within treatment substance use outcomes* (McKay i wsp., 2010) testowano efektywność dodatkowych konsultacji telefonicznych (w dwóch formach – monitorowanie telefoniczne i poradnictwo telefoniczne) w opiece ambulatoryjnej oferowanej po zakończonym leczeniu stacjonarnym. Badaniem objęto osoby uzależnione od alkoholu oraz kokainy. Wyniki badania pokazują, że włączenie poradnictwa telefonicznego do standardowej opieki ambulatoryjnej poprawiło rezultaty leczenia w grupie osób uzależnionych od alkoholu, zmian tych nie zaobserwowano w grupie osób, do których dzwoniło tylko w ramach monitorowania. W grupie osób uzależnionych od kokainy nie zaobserwowano różnic w żadnej z grup eksperymentalnych w porównaniu z grupą kontrolną (McKay i wsp., 2010).

W badaniu *Telephone-based continuing care counseling in substance abuse treatment: economic analysis of a randomized trial* (Shepard i wsp., 2016) dokonano analizy efektywności ekonomicznej trzech typów interwencji trwających 12 tygodni: dwa razy w tygodniu dwugodzinne sesje grupowe; jedna godzinna sesja indywidualna tygodniowo oraz dwie dwugodzinne sesje grupowe; jedna indywidualna sesja twarzą w twarz, cztery jednogodzinne sesje wsparcia grupowego oraz 11 dwudziestominutowych sesji poradnictwa telefonicznego. Okres *follow-up* wynosił 24 miesiące, a wyniki badania wskazują, że poradnictwo telefoniczne miało najwyższą efektywność kosztową spośród trzech typów interwencji oraz wysoką dostępność czasową i geograficzną. Było to szczególnie ważne dla osób mieszkających daleko od placówki terapeutycznej oraz tych, którzy podjęli pracę lub sprawują opiekę nad dziećmi (Shepard i wsp., 2016).

W badaniu *Effect of patient choice in an adaptive sequential randomization trial of treatment for alcohol and cocaine dependence* (McKay i wsp., 2015) badano skuteczność techniki telefonicznego dialogu motywującego w celu zachęcenia pacjentów uzależnionych od alkoholu lub kokainy, którzy przerwali leczenie do powrotu do terapii stacjonarnej (oferta obejmowała kilka opcji terapeutycznych, aby dać pacjentom możliwość wyboru).

Wbrew założeniom badaczy, aktywności te nie odniosły oczekiwanych rezultatów (McKay i wsp. 2015).

Potencjalne bariery w implementacji

Poziom makro. W badaniu *A brief outline of the use of new technologies for treating substance use disorders in the European Union* (Quaglio i wsp., 2017) dwudziestu europejskich ekspertów (decydentów i badaczy) zostało zapytanych o ich opinię dotyczącą interwencji terapeutycznych skierowanych do osób doświadczających problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych, które wykorzystują nowe technologie. W opinii uczestników badania interwencje terapeutyczne wykorzystujące nowe technologie mogą być użytecznym uzupełnieniem tradycyjnych form terapii. Mogą też okazać się skutecznym narzędziem zachęcającym do podjęcia terapii populację niekorzystającą z leczenia. Niestety, ciągle mamy do czynienia z brakiem uzasadnienia naukowego dla takich działań ze względu na ograniczoną liczbę badań o wysokiej jakości naukowej oraz wyniki dotyczące przede wszystkim efektów krótkoterminowych. Ponadto większość ekspertów zadeklarowała brak wystarczającej wiedzy i umiejętności, jeśli chodzi o wykorzystywanie nowych technologii w leczeniu uzależnień, sugerując konieczność prowadzenia odpowiednich szkoleń.

Poziom mezo. W badaniu *Use of telemedicine in addiction treatment: current practices and organizational implementation characteristics* (Molfenter i wsp., 2018) próbowano oszacować stopień zainteresowania placówek terapeutycznych implementacją rozwiązań teleinformatycznych w leczeniu uzależnień. Wyniki wskazują, że placówki są zainteresowane wprowadzeniem przede wszystkim takich rozwiązań, które pozwolą na zwiększenie ilości czasu poświęcanego pacjentom w kontakcie bezpośrednim, jak na przykład skomputeryzowanie procesu diagnostycznego (70% placówek) oraz wiadomości tekstowe przypominające o terminie konsultacji terapeutycznej (68%). Inne rozwiązania cieszące się stosunkowo wysokim zainteresowaniem to strona internetowa z informacjami dla pacjentów (58%), aplikacje mobilne wspierające proces zdrowienia po terapii (56%), terapia online (55%) oraz terapia telefoniczna (49% placówek) (Molfenter i wsp., 2018).

Poziom mikro. W badaniu *Age and gender considerations for technology-assisted delivery of therapy for substance use disorder treatment: A patient survey of access to electronic*

devices, addictive disorders i their treatment (Antoine i wsp., 2016) oceniano, na ile pacjenci programów leczenia uzależnienia od narkotyków mają zasoby umożliwiające korzystanie z terapii wykorzystującej nowe technologie. Większość pacjentów wyraziła zainteresowanie terapią online, ale przede wszystkim jako uzupełnienie programów *face-to-face*, w których obecnie uczestniczyli. Większość miała dostęp do komputerów i telefonów komórkowych, ale mniej wiadomo na temat jakości i kosztów internetu oraz możliwości uczestniczenia w terapii online w warunkach zapewniających intymność i prywatność. Jeśli chodzi o telefony, tylko 40% pacjentów posiadało smartfony. Z badania wynika też, że kobiety były bardziej zainteresowane terapią wykorzystującą nowe technologie niż mężczyźni. Dla odmiany wiek uczestników nie był zmienną istotną statystycznie (Antoine i wsp., 2016).

Podsumowanie

Zaprezentowany tu przegląd najnowszej literatury naukowej był próbą znalezienia odpowiedzi na pytanie o efektywność terapii przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych w stosunku do osób z problemami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych lub uzależnionymi behawioralnie. W celu jak najszerzego ujęcia tematu uwzględniono w nim zarówno przeglądy i metaanalizy badań naukowych, jak i wyniki badań oryginalnych dotyczące efektywności synchronicznej i asynchronicznej terapii online, terapii telefonicznej oraz zagadnień związanych z percepcją oraz implementacją nowych technologii w leczeniu uzależnień.

Terapia telefoniczna lub synchroniczna terapia online wydaje się być rozwiązaniem godnym rozwijania w odniesieniu do specyficznych populacji pacjentów, którzy z różnych powodów mają utrudniony dostęp do terapii tradycyjnej – zamieszkujących tereny wiejskie; samotnych matek mających trudności w zapewnieniu opieki nad dziećmi; osób z niepełnosprawnością; osób głuchych i niedosłyszających; obcokrajowców nieposługujących się językiem polskim itp.

Jakość metodologiczna uwzględnionych w przeglądzie badań budzi zastrzeżenia, o których piszą również autorzy uwzględnionych tu przeglądów literatury naukowej. Wydaje się, że w niektórych badaniach porównuje się terapię online do braku interwencji (listy oczekujących) albo psychoedukacji, a mierzone efekty mają charakter krótkoterminowy. Ponadto wskaźnik rezygnacji z badania

bywa niezwykle wysoki, uniemożliwiając generalizację wyników. Wydaje się też, że terapia online lub telefoniczna częściej kierowana jest do osób o łagodniejszym przebiegu uzależnienia lub takich, które z różnych powodów nie trafiają do tradycyjnego leczenia – w takiej sytuacji trudno o grupę porównawczą. Mogą to też być osoby, których status materialny jest wyższy – posiadające smartfony, komputery, szybki internet – kwestie te są prawie nieporuszane w literaturze przedmiotu.

Efektywność. Niestety ciągle mamy do czynienia z brakiem uzasadnienia naukowego dla takich działań. Wnioski dotyczące efektywności terapii przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych nie są możliwe do wyciągnięcia – na chwilę obecną nie ma wystarczająco dużo dobrych metodologicznie badań naukowych dotyczących pracy terapeutycznej online z osobami uzależnionymi od nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz od hazardu. Ponadto wydaje się, że wyniki badań nad efektywnością uzależnienia od nikotyny, a nawet alkoholu czy też innych zaburzeń psychicznych nie są do końca przekładalne na populację osób uzależnionych od narkotyków i hazardu.

Zalety. W literaturze pojawia się wiele argumentów zachęcających do wykorzystania technologii teleinformatycznych w terapii zaburzeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych oraz uzależnienia od hazardu. Podkreśla się, że są to metody niwelujące tradycyjne bariery w korzystaniu z opieki terapeutycznej wynikające z geografii (zwiększona dostępność terapii dla osób zamieszkujących tereny wiejskie lub potrzebujących wyspecjalizowanej pomocy w związku z typem problemu lub charakterystyką pacjenta, np. niepełnosprawnością), ograniczeń finansowych i czasowych (związanych z pracą czy koniecznością zapewnienia opieki nad dziećmi) oraz wstydu i lęku przed stygmatyzacją (terapia jest mniej zagrażająca). Stąd wynika często wyrażana nadzieja, że terapia online okaże się skutecznym narzędziem zachęcającym do podjęcia terapii przez populację niekorzystającą z leczenia.

Wady. Z drugiej strony, nie są to metody pozbawione ograniczeń. Wielu pacjentów i terapeutów zwyczajnie woli relację bezpośrednią. Terapia telefoniczna lub online wymaga od terapeutów nabycia specyficznych umiejętności, jeśli chodzi o aktywne słuchanie oraz zdolność komunikacji werbalnej. Niektórzy autorzy sugerują konieczność wprowadzenia szkoleń, a nawet potrzebę dodatkowej certyfikacji dla terapeutów pracujących przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych.

W literaturze rzadko wymienia się praktyczne problemy techniczne związane z prowadzeniem terapii online. Problemem mogą okazać się trudności z łącznością internetową, zakłócenia, koszty. Popyt na te usługi może przewyższać możliwości placówki, w efekcie większość telefonów od pacjentów pozostanie nieodebranych. Albo odwrotnie – bez odpowiedniej reklamy – dotarcie do nowych pacjentów i zachęcenie ich do skorzystania z alternatywnej metody terapii może okazać się bardzo trudne. Nie jest to też metoda dla wszystkich: terapia synchroniczna online lub terapia telefoniczna nie jest adekwatna dla osób z problemami w mówieniu, czy dla osób, które ze względów rodzinnych lub bytowych mają kłopot w zapewnieniu sobie intymnego miejsca na czas sesji terapeutycznej. Terapeuci raportowali dosyć wysoki odsetek pacjentów rezygnujących z terapii online.

Implementacja. Wydaje się, że przy braku uzasadnienia naukowego i wiedzy na temat efektywności terapii przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych skierowanej do osób z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi implementacja tych rozwiązań powinna odbywać się w ramach projektów eksperymentalno-badawczych. Ponadto, przed upowszechnieniem nowych technologii w polskim leczeniu uzależnień warto byłoby poznać stopień zainteresowania placówek, jeśli chodzi o wprowadzanie tego typu rozwiązań do praktyki terapeutycznej. Badania zagraniczne wskazują, że placówki są zainteresowane wprowadzeniem przede wszystkim takich rozwiązań, które pozwalają na zwiększenie ilości czasu poświęcanego pacjentom w kontakcie twarzą w twarz. Nie wiadomo też, na ile pacjenci polskich placówek leczenia uzależnień mają dostęp do urządzeń umożliwiających korzystanie z terapii online. Z badań zagranicznych wynika, że pacjenci zainteresowani są terapią online przede wszystkim jako uzupełnieniem programów twarzą w twarz, w których uczestniczą. Wielu z nich ma dostęp do komputerów i telefonów komórkowych, mniej wiadomo na temat jakości oraz kosztów internetu oraz możliwości uczestniczenia w terapii online w warunkach zapewniających intymność i prywatność.

Przeglądy literatury

Gainsbury S., Blaszczyński A. (2011), A systematic review of internet-based therapy for the treatment of addictions, *Clinical Psychology Review*, 31: 490-498.

Gates P., Albertella L. (2016), The effectiveness of telephone counseling in the treatment of illicit drug and alcohol use consumers, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 22(2): 67-85.

Jiang S., Lingli W.L., Gao X. (2017), Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention, *Addict Behav* 73: 216-235. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.05.023.

Lin L.A., Casteel D., Shigekawa E., Weyrich M.S., Roby D.H., McMenamin S.B. (2019), Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101: 38-49.

Badania oryginalne

Adhikari S.B., Massatti R.R., Wilson J.F., Ford J.A., Embree J. (2015), Efficacy of e-therapy for treating substance use disorders in persons who are deaf or have a disability, *J Family Med Community Health*, 2(3): 1036.

Antoine D., Heffernan S., Chaudhry A., King V., Strain E.C. (2016), Age and gender considerations for technology-assisted delivery of therapy for substance use disorder treatment: A patient survey of access to electronic devices, *Addictive Disorders and Their Treatment*, 15(4): 149-156. doi: 10.1097/ADT.0000000000000088

Farabee D., Cousins S.J., Brecht M.-L., Antonini V.P., Lee A.B., Brummer J., Hemberg J., Karno M., Rawson R.A. (2013), A comparison of four telephone-based counseling styles for recovering stimulant users, *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1): 223-229. <https://doi.org/10.1037/a0029572>.

King V.L., Stoller K.B., Kidorf M., Kindbom K., Hursh S., Brady T., Brooner R.K. (2009), Assessing the effectiveness of an Internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance abuse counseling, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36: 331-338.

McKay J.R., Drapkin M., Van Horn D., Lynch K.G., Oslin D.W., De-Philippis D., Ivey M., Cacciola J.S. (2015), Effect of patient choice in an adaptive sequential randomization trial of treatment for alcohol and cocaine dependence, *J Consult Clin Psychol*, 83(6): 1021-1032. doi:10.1037/a0039534.

McKay J.R., Van Horn D., Oslin D.W., Lynch K.G., Ivey M., Ward K., Drapkin M., Becher J., Coviello D. (2010), A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within treatment substance use outcomes, *J Consult Clin Psychol*, 78(6): 912-923. doi:10.1037/a0020700.

Molfenter T., Brown R., O'Neill A., Kopetsky E., Toy A. (2018), Use of telemedicine in addiction treatment: current practices and organizational implementation characteristics. *International Journal of Telemedicine and Applications* article ID 3932643, 7 pages. <https://doi.org/10.1155/2018/3932643>.

Quaglio G., Schellekens A., Blankers M., Hoch E., Karapiperis T., Esposito G., Brand H., Nutt D., Kiefer F. (2017), A brief outline of the use of new technologies for treating substance use disorders in the European Union, *Eur Addict Res*, 23:177-181.

Rooke S.E., Gates P.J., Norberg M.M., Copeland J. (2014), Applying technology to the treatment of cannabis use disorder: Comparing telephone versus Internet delivery using data from two completed trials, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(1): 78-84.

Shepard D.S., Daley M.C., Neuman M.J., Blaakman A.P., McKay J.R. (2016), Telephone-based continuing care counseling in substance abuse treatment: Economic analysis of a randomized trial, *Drug Alcohol Depend*, 159: 109-116.

Ponad 70% podopiecznych MOS/MOW używało przetworów konopi (marihuany i/lub haszyszu) przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie. Odsetki użytkowników tych substancji były znacznie wyższe w przypadku młodzieży z MOW niż MOS (78,7% vs 61,6%). Nie stwierdzono znaczących różnic ze względu na płeć.

UŻYWANIE NARKOTYKÓW PRZEZ PODOPIECZNYCH MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW SOCJOTERAPII I MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW WYCHOWAWCZYCH

Jakub Greń, Agnieszka Pisarska
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Podejmowanie zachowań, które stanowią zagrożenie dla zdrowia, funkcjonowania oraz rozwoju młodych – a takim zachowaniem niewątpliwie jest używanie narkotyków – dla licznej grupy nastolatków jest elementem okresu dorastania. Najnowsze badania ESPAD (2020) wskazują, że około 17% 15-16-latków przynajmniej raz w swoim życiu próbowało przetworów konopi, najczęściej marihuany lub haszyszu. Z kolei w przypadku 17-18-letnich uczestników tych badań odsetek ten wyniósł około 30%. Biorąc pod uwagę, że przetwory konopi są najpowszechniej używanymi substancjami nielegalnymi, przytoczone dane oznaczają, że większość nastolatków jednak po narkotyki nie sięga. Co więcej, jak wskazują porównania dotychczasowych wyników badań ESPAD, w ostatnich latach obserwowany jest spadek odsetka młodzieży potwierdzającej używanie różnych substancji psychoaktywnych. Jednakże zarówno badania ESPAD, jak i inne populacyjne badania młodzieży o zasięgu międzynarodowym (np. HBSC; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018), ogólnokrajowym (np. CBOS; Malczewski, 2018) lub lokalnym (np. badania mokotowskie; Ostaszewski i wsp., 2017) obejmują jedynie młodzież uczęszczającą do szkół ogólnodostępnych. Tymczasem sytuacja rozpowszechnienia używania narkotyków wśród młodzieży objętej opieką instytucjonalną wygląda inaczej, i właśnie tej problematyce poświęcony jest niniejszy artykuł.

W Polsce młodzi ludzie, którzy z różnych powodów nie mogą kontynuować nauki w szkołach ogólnodostępnych, mogą być kierowani do dwóch typów ośrodków kształcenia specjalne-

go (Rustecka-Krawczyk, 2012). Do takich placówek należą Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii (MOS), przeznaczone dla młodzieży, która doświadcza symptomów problemów emocjonalnych, zakłóceń funkcji poznawczych, przejawia zaburzenia zachowania, w tym zachowania antyspołeczne, a także ma trudności w funkcjonowaniu społecznym oraz w nauce (Kędzierski i Kulesza, 2008). Z tego względu przyjmuje się, że jest to młodzież zagrożona niedostosowaniem społecznym oraz problemami zdrowia psychicznego, w tym również angażowaniem się w używanie substancji psychoaktywnych. Wychowankowie są przyjmowani do MOS na wniosek rodziców bądź opiekunów prawnych. W tym celu wymagane jest jednak wydanie przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Kolejnym typem ośrodka kształcenia specjalnego są Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze (MOW). W odróżnieniu od MOS, ośrodki te przeznaczone są dla młodzieży ze stwierdzonym już niedostosowaniem społecznym. W placówkach tych przebywają młodzi ludzie, którzy popełnili czyny karalne, takie jak kradzieże, stosowanie przemocy, członkostwo w grupach przestępczych, uprawianie prostytucji czy sprzedaż nielegalnych substancji psychoaktywnych. Do MOW trafia także młodzież z zaburzeniami osobowości lub innymi poważnymi problemami, takimi jak depresja czy próby samobójcze (Kędzierski i Kulesza, 2008; Rustecka-Krawczyk, 2012). Podstawą przyjęcia nastolatka do MOW jest orzeczenie wydane przez Wydział Rodzinny i Nieletnich Sądu Rejonowego dotyczące zastosowania

środka wychowawczego, jakim jest umieszczenie w takiej placówce.

Opracowanie skutecznych strategii zapobiegania problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych wymaga wiedzy na temat rozpowszechnienia oraz uwarunkowań tego zjawiska. Niestety, dotychczas realizowane w Polsce badania populacyjne nie obejmowały młodzieży z grup szczególnie zagrożonych rozwojem tego rodzaju problemów. Wyjątkiem jest badanie, które uwzględniało niewielką podgrupę podopiecznych MOW/MOS, wskazując, że rozpowszechnienie picia alkoholu i innych zachowań ryzykownych wśród tej młodzieży było od kilku do kilkunastu razy wyższe niż wśród uczniów szkół ogólnodostępnych (Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk i Wójcik, 2011).

Badania, których wybrane wyniki zostały zaprezentowane w tym artykule, zaprojektowano tak, aby dostarczyć wyczerpującej wiedzy na temat aktualnego rozpowszechnienia używania różnych substancji psychoaktywnych wśród wychowanków Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych oraz Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii.

Metoda

W audytoryjnych badaniach ankietowych¹ wzięli udział wychowankowie z losowo wybranych Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii i Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych z całej Polski (N=1730). Placówki te stanowiły około 40% wszystkich MOW i MOS w Polsce (30 MOS i 35 MOW). Wśród respondentów przeważali chłopcy, co odzwierciedla rzeczywisty stan w tych placówkach, gdyż większość podopiecznych MOS i MOW jest płci męskiej (Pisarska i wsp., 2019).

Zastosowane w niniejszym badaniu pytania i skale do pomiaru używania przetworów konopi i innych substancji psychoaktywnych zostały zaczerpnięte z badań ESPAD (Sierośławski, 2015) oraz badań mokotowskich (Ostaszewski i in., 2017). Natomiast skala do pomiaru częstości używania nowych substancji psychoaktywnych (NSP) została opracowana na potrzeby tego badania, na podstawie ana-

logicznej skali do pomiaru częstości używania marihuany i haszyszu. Do oszacowania rozpowszechnienia używania poszczególnych narkotyków posłużono się analizami opisowymi (wskaźnik częstości liczony w odsetkach). Z kolei do analizy różnic otrzymanych wyników ze względu na płeć i typ placówki (MOS/MOW) wykorzystano standardowy test χ^2 z progiem istotności statystycznej $p < 0,05$. Szczegółowy opis metodologii tego badania dostępny jest w artykule opublikowanym w czasopiśmie „Alkoholizm i Narkomania” (Pisarska i wsp., 2019).

Wyniki

Używanie przetworów konopi przez wychowanków MOS/MOW

Wyniki badań wskazują, że ponad 70% podopiecznych MOS/MOW używało przetworów konopi (marihuany i/lub haszyszu) przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie (tabela 1). Przy czym odsetki użytkowników tych substancji były znacznie wyższe w przypadku młodzieży z MOW niż MOS (78,7% vs 61,6%; $p < 0,001$). Nie stwierdzono jednak znaczących różnic ze względu na płeć. Często, czyli w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, po przetwory konopi sięgało około 40% młodzieży uczęszczającej do MOW i MOS. W przypadku tego wskaźnika nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy wychowankami MOS i MOW. Analizy nie wykazały także istotnych różnic w rozpowszechnieniu częstego używania marihuany/haszyszu pomiędzy chłopcami i dziewczętami.

Nowe substancje psychoaktywne

Okolo 30% uczestników badania potwierdziło używanie nowych substancji psychoaktywnych (NSP), czyli tzw. dopalaczy, przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie (tabela 2). Przy czym w przypadku tego wskaźnika używanie NSP było istotnie bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż chłopców (33,3%

Tabela 1. Rozpowszechnienie używania przetworów konopi wśród wychowanków MOS/MOW, w odsetkach (%).

	MOW/MOS			MOW			MOS		
	Łącznie (N=1730)	Chłopcy (N=1159)	Dziewczeta (N=565)	Łącznie (N=1068)	Chłopcy (N=700)	Dziewczeta (N=368)	Łącznie (N=662)	Chłopcy (N=459)	Dziewczeta (N=197)
12 miesięcy	72,1	72,7	70,8	78,7	80,0	76,1	61,6***	61,7	60,9
30 dni	41,0	42,2	38,8	42,0	43,4	39,4	39,4	40,3	37,6

*** $p < 0,001$.

vs 27%; $p<0,05$), a także wśród wychowanków MOW w porównaniu z MOS (33,4% vs 22,1%; $p<0,001$). Z kolei w ostatnich 30 dniach przed badaniem po NSP sięgało 13,5% respondentów. Nie stwierdzono tu istotnych różnic pomiędzy wychowankami MOS i MOW oraz chłopcami i dziewczętami.

Inne substancje psychoaktywne

Uczestnicy badań byli pytani także o używanie w ostatnim roku narkotyków innych niż przetwory konopi i NSP. Spośród wymienionych w tym pytaniu substancji najbardziej rozpowszechniona okazała się amfetamina, której używanie raportowało około 40% wychowanków MOS/MOW. Drugą substancją pod względem częstości używania okazał się mefedron, którego używało około 30% badanych. Substancja ta jest zaliczana do grupy nowych substancji psychoaktywnych, jednak została tutaj uwzględniona

osobno z powodu znacznego rozpowszechnienia. Około 20% badanych potwierdziło używanie ecstasy/MDMA oraz leków (psychotropowych, uspokajających, nasennych). Ponadto kilkanaście procent respondentów odpowiedziało, że sięgało po kokainę (15,5%) oraz LSD i inne halucynogeny (13,3%). W przypadku pozostałych wymienionych w ankiecie narkotyków odsetki ich użytkowników nie przekraczały kilku procent. Warto jednak zwrócić uwagę, że około 8% wychowanków MOS/MOW potwierdziło używanie kodeiny. Ponadto 8% podopiecznych MOW i około 4% podopiecznych MOS miało w ostatnim roku doświadczenia z substancjami wziewnymi. Porównanie wyników młodzieży z MOS i MOW nie wykazało istotnych różnic w używaniu poszczególnych omawianych tu substancji pomiędzy podopiecznymi z obu typów placówek. Niemniej ogólne rozpowszechnienie używania narkotyków było istotnie wyższe wśród badanych z MOW w porównaniu z MOS (77,1% vs 59,8%; $p<0,001$). Odnotowano także,

Tabela 2. Rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych wśród wychowanków MOS/MOW, w odsetkach (%).

	MOW/MOS			MOW			MOS		
	Łącznie (N=1730)	Chłopcy (N=1159)	Dziewczeta (N=565)	Łącznie (N=1068)	Chłopcy (N=700)	Dziewczeta (N=368)	Łącznie (N=662)	Chłopcy (N=459)	Dziewczeta (N=197)
12 miesięcy	29,1	27,0	33,3*	33,4	31,6	37,0	22,1***	20,0	26,4
30 dni	13,5	12,9	14,7	14,6	14,0	15,8	11,6	11,1	12,7

* $p<0,05$; *** $p<0,001$.

Tabela 3. Rozpowszechnienie używania narkotyków wśród wychowanków MOS/MOW, w odsetkach (%).

12 miesięcy	MOW/MOS			MOW			MOS		
	Łącznie (N=1730)	Chłopcy (N=1159)	Dziewczeta (N=565)	Łącznie (N=1068)	Chłopcy (N=700)	Dziewczeta (N=368)	Łącznie (N=662)	Chłopcy (N=459)	Dziewczeta (N=197)
Narkotyki (ogółem)	70,5	69,5	72,2	77,1	77,4	76,4	59,8***	57,5	64,5
Amfetamina	40,3	38,4	44,2	50,7	48,9	54,3	23,6	22,4	25,4
Kokaina	15,5	14,9	17,0	19,4	18,7	20,7	9,4	9,2	10,2
Mefedron	31,9	29,9	35,8	39,5	38,3	41,8	19,6	17,2	24,4
Ecstasy/MDMA	22,7	22,6	22,7	27,6	28,3	26,4	14,7	13,9	15,7
Kodeina	8,4	7,9	9,7	8,7	9,0	8,2	8,0	6,1	12,7
LSD i inne halucynogeny	13,3	12,9	14,2	15,4	15,1	16,0	9,8	9,6	10,7
GHB/GBL	2,5	3,1	1,4	2,9	3,9	1,1	2,0	2,0	2,0
Heroina/„kompot”	4,3	4,0	5,0	5,1	5,0	5,4	2,9	2,4	4,1
Substancje wziewne	6,5	6,1	7,3	8,0	7,7	8,4	4,1	3,7	5,1
Leki psychotropowe, uspokajające, nasenne	21,7	18,6	28,3	24,3	21,6	29,3	17,7	13,9	26,4
Sterydy anaboliczne	3,2	4,0	1,8	4,1	5,1	2,2	1,8	2,2	1,0

*** $p<0,001$.

iż odsetki dziewcząt sięgających po poszczególne narkotyki były nieco wyższe niż w odsetki chłopców (z wyjątkiem sterydów anabolicznych oraz GHB/GBL). Różnice te nie były jednak istotne statystycznie.

Zestawienie danych

Ogólnopolskie badania ESPAD prowadzone są w dwóch grupach wiekowych: 15-16-latków oraz 17-18-latków. Do zestawienia wykorzystano wyniki ostatniej rundy badań ESPAD, zrealizowanej w 2019 roku, a opublikowanej w 2020 roku (Sierosławski, 2020). Dokonanie zestawienia tych wyników z wynikami uzyskanymi w badaniach MOS/MOW wymagało podzielenia uczestników naszych badań na dwie grupy wiekowe: młodszą (do 15. roku życia) i starszą (po 15. roku życia). Zestawienie to wykazało, że porównania pomiędzy 15-16-letnimi uczestnikami ESPAD oraz młodszą grupą respondentów z MOS/MOW oraz pomiędzy 17-18-latkami z ESPAD i starszą grupą z MOS/MOW, przyniosły zbliżone rezultaty. Z tego względu zostanie tu zaprezentowane zestawienie danych dotyczących używania narkotyków wśród młodszych uczestników obu badań. Zgodnie z oczekiwaniami, zestawienie danych dotyczących rozpowszechnienia używania różnego typu substancji psychoaktywnych przez podopiecznych MOS/MOW z danymi uczestników ESPAD pokazało, że odsetki użytkowników tych substancji są znacznie wyższe wśród młodzieży z MOS/MOS.

Wśród młodszych podopiecznych tych placówek prawie 65% sięgało po przetwory konopi w ostatnim roku, zaś ok. 38% używało tych substancji w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem. W przypadku uczniów ze szkół ogólnodostępnych odsetki te wynosiły odpowiednio 16,7% oraz 9%. Rozpowszechnienie używania przetworów konopi wśród młodzieży z MOS/MOW było więc trzykrotnie wyższe, niezależnie od płci i skali czasowej. Częste używanie NSP potwierdziło 2,5% uczestników ostatniego badania ESPAD oraz 13,5% – czyli około pięciokrotnie więcej – wychowanków MOS/MOW. Znacznie większe rozpowszechnienie wśród młodzieży uczęszczającej do MOS/MOS stwierdzono także w przypadku używania innych narkotyków. Rozpowszechnienie używania heroiny było około trzykrotnie, kokainy około czterokrotnie, a ecstasy/MDMA ponad sześciokrotnie większe wśród wychowanków MOS/MOW niż wśród młodzieży objętej badaniami ESPAD. Przy czym największe, bo około jedenastokrotne różnice pomiędzy uczestnikami badań w MOS/MOW a respondentami ESPAD odnotowano w przypadku amfetaminy. Zbliżone wyniki pomiędzy tymi grupami stwierdzono natomiast w przypadku używania substancji wziewnych, takich jak kleje czy rozpuszczalniki. Warto również zwrócić uwagę na wyniki wskazujące, że o ile w przypadku podopiecznych MOS/MOW odsetki używania omawianych tu substancji były nieco wyższe wśród dziewczyn niż chłopców, to wśród młodzieży objętej badaniami ESPAD rozkład ten jest odwrotny.

Tabela 4. Zestawienie rozpowszechnienia używania narkotyków wśród wychowanków MOS/MOW oraz uczestników ESPAD – 2019, w odsetkach (%).

	MOW/MOS (wiek 12-15 lat)			ESPAD (wiek 15-16 lat)		
	Łącznie (N=682)	Chłopcy (N=447)	Dziewczeta (N=233)	Łącznie (N=2814)	Chłopcy (N=1351)	Dziewczeta (N=1444)
Przetwory konopi (12 miesięcy)	64,7	64,7	64,4	16,7	19,8	13,8
Przetwory konopi (30 dni)	38,1	37,8	39,1	9,0	11,3	6,7
NSP (12 miesięcy)	27,6	23,0	36,5	3,6	4,1	3,1
NSP (30 dni)	13,5	12,1	16,3	2,5	3,0	2,0
Amfetamina (12 miesięcy)	31,1	27,5	37,8	2,7	3,4	2,1
Kokaina (12 miesięcy)	12,3	10,3	16,3	1,8	2,2	1,4
Ecstasy/MDMA (12 miesięcy)	14,7	13,9	16,3	2,3	3,2	1,5
Substancje wziewne (12 miesięcy)	5,4	3,6	9,0	4,5	5,0	4,0
Heroina/„kompot” (12 miesięcy)	4,3	3,4	6,0	1,3	1,8	0,8

Podsumowanie

Badanie to miało na celu oszacowanie rozpowszechnienia używania różnych narkotyków wśród podopiecznych MOW i MOS, a także różnic w tym zakresie ze względu na płeć i typ placówki. Ponadto otrzymane wyniki zostały zestawione z wynikami badań ESPAD ogólnej populacji polskiej młodzieży.

Uzyskane w tym badaniu wyniki są zgodne z dotychczasowymi – zarówno krajowymi (Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk i Wójcik, 2011), jak i zagranicznymi (np. Henderson i wsp., 2019) doniesieniami, wskazującymi na znaczne rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych oraz podejmowania innych zachowań ryzykownych wśród młodzieży uczęszczającej do specjalnych placówek oświatowych. Porównanie wyników młodzieży uczęszczającej do MOW i MOS wskazuje z kolei, że w ciągu ostatniego roku poprzedzającego badanie, używanie przetworów konopi, nowych substancji psychoaktywnych było bardziej rozpowszechnione wśród podopiecznych MOW niż MOS. Wyższy wśród podopiecznych MOW był także ogólny wskaźnik używania narkotyków. Wynik ten nie jest jednak zaskakujący, biorąc pod uwagę, że używanie narkotyków jest jedną z głównych przyczyn kierowania młodzieży do Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych (Kędzierski i Kulesza, 2008). Z kolei wśród młodzieży kierowanej do Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii dominują raczej problemy adaptacyjne i przejawy zaburzeń emocjonalnych (Rustecka-Krawczyk, 2012).

Natomiast jeśli chodzi o różnice ze względu na płeć, statystycznie istotną różnicę stwierdzono jedynie w przypadku używania NSP (w ciągu ostatniego roku przed badaniem), które były bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż chłopców z MOW/MOS. Jednakże, pomimo braku innych znaczących statystycznie różnic, w przypadku używania zdecydowanej większości z badanych narkotyków (poza przetworami konopi, sterydami anabolicznymi oraz GHB/GBL) można zaobserwować tendencje wskazujące na częstsze używanie tych substancji wśród dziewcząt niż chłopców z MOW i MOS. Wyniki te są zaskakujące, ponieważ wśród uczniów szkół ogólnodostępnych różnice w rozpowszechnieniu używania różnych substancji psychoaktywnych pomiędzy chłopcami a dziewczętami są albo nieistotne, albo przewaga jest po stronie chłopców. Prawdopodobnym wyjaśnieniem tego zjawiska jest to, że w przypadku dziewcząt będących podopiecznymi MOS/MOW nasilenie czynników sprzyjających zachowaniom ryzykownym jest

większe niż w przypadku chłopców i w związku z tym są one bardziej skłonne, by takie zachowania podejmować (Loeber i Keenan, 1994; Kepper i wsp. 2011). Hipoteza ta wymaga jednak dalszych badań.

Przedstawione tu badanie obejmowało ogólnokrajową populację podopiecznych MOW i MOS, a więc młodzieży, u której stwierdzono niedostosowanie społeczne lub zagrożonej niedostosowaniem społecznym. Z tego względu badanie to ma charakter uzupełniający w stosunku do dotychczasowych badań dotyczących używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży w Polsce, które to badania skupiały się przede wszystkim na uczniach ze szkół ogólnodostępnych.

Ze względu na wysokie wskaźniki używania różnych substancji psychoaktywnych, młodzież znajdująca się pod opieką MOS i MOW stanowi grupę podwyższonego ryzyka szkód i problemów związanych z używaniem tych substancji. Przeprowadzone badania świadczą zaś o tym, że zagrożenie to dotyczy szczególnie dziewcząt oraz podopiecznych MOW. Wskazuje to na potrzebę poszerzenia oferty działań profilaktycznych i terapeutycznych skierowanych do młodzieży przebywającej w placówkach MOS/MOW. Działania te nie powinny ograniczać się jedynie do przeciwdziałania używaniu, ale zmierzać również do ograniczania ryzyka i szkód związanych z używaniem narkotyków w tych grupach młodzieży.

Czytelników zainteresowanych innymi publikacjami z projektu badawczego przeprowadzonego wśród wychowanków MOS/MOW oraz bardziej szczegółowymi rekomendacjami wynikającymi z tych badań zachęcamy do odwiedzenia strony internetowej kwartalnika „Alkoholizm i Narkomania” https://www.termedia.pl/Czasopismo/Alkoholizm_i_Narkomania-117/Numer-4-2019

Przypisy

- ¹ Badania zostały zrealizowane w ramach projektu badawczego finansowanego ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Bibliografia

- Henderson M. Nixon C. McKee MJ. Smith D. Wight D. Elliott L., „Poly-substance use and sexual risk behaviours: a cross-sectional comparison of adolescents in mainstream and alternative education settings”, BMC Public Health 2019; 19(1): 564.
- Kepper A., Monshouwer K., Van Dorsselaer S., Vollebergh W., „Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions”, European Child & Adolescent Psychiatry 2011; 20(6): 311-9.
- Kędzierski P., Kulesza J., „Analiza przyczyn umieszczania dzieci i młodzieży w placówkach resocjalizacyjnych i socjoterapeutycznych”, Pracownia Resocjalizacji, CMPPP, Warszawa 2008.

Loeber R., Keenan K., „Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender”, *Clinical Psychology Review* 1994; 14(6): 497-523.

Malczewski A., „Młodzież a substancje psychoaktywne”, In: Grabowska M., Gwiazda M. (red.), *Młodzież 2018*, CBOS, Warszawa 2019, s. 234-49, <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> [dostęp 24.08.2019].

Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. (red.), „Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018.
Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., „Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I–III”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.
Ostaszewski K., „Używanie substancji innych niż alkohol” (w): Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Biechowska D. i in., (red.), *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogo-*

wych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży: Badania mokatowskie 2004-2016, Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2017.

Pisarska A., Bobrowski K.J., Greń J., Ostaszewski K., „Risk and protective factors associated with alcohol and other psychoactive substance use among students attending youth correctional centres: study design and methodology”, *Alcohol Drug Addict* 2019; 32(4): 247-66.

Rustecka-Krawczyk A., „W poszukiwaniu czynników chroniących młodzież z grupy ryzyka”, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka* 2012; 11(3): 46-61.

Sierosławski J., „Używanie narkotyków i alkoholu przez młodzież szkolną”, raport z badania ESPAD 2015, KBPN, PARPA, IPIŃ, Warszawa 2015.

Sierosławski J., „Używanie narkotyków i alkoholu przez młodzież szkolną”, raport z badania ESPAD 2019, KBPN, PARPA, IPIŃ, Warszawa 2020.

W najnowszym raporcie z badania Fundacji CBOS z 2019 roku¹ na temat rozpowszechnienia hazardu i innych uzależnień behawioralnych w Polsce część informacji dotyczy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych. Na podstawie wypowiedzi użytkowników Facebooka, Instagrama i Twittera badacze spróbowali określić czynniki ryzyka i czynniki chroniące oraz specyfikę nowego typu zachowań problemowych. W artykule prezentujemy wyniki dotyczące Facebooka.

NADMIERNE KORZYSTANIE Z MEDIÓW SPOŁECZNOŚCIOWYCH W OCENIE INTENSYWNYCH UŻYTKOWNIKÓW NA PRZYKŁADZIE FACEBOOKA

Filip Nawara
Fundacja Praesterno

Facebook (FB) to najpopularniejsze medium społecznościowe w Polsce. Korzysta z niego ponad 95% wszystkich użytkowników serwisów społecznościowych, co stanowi 66% internautów w kraju. Potencjał uzależnieniowy Facebooka jest stosunkowo niewielki – ok. 3% osób objętych badaniem ilościowym wykazało znamiona problemu, podczas gdy dla Twittera było to 8,6%, a dla Instagrama ponad 4%. Jednak w wartościach bezwzględnych, wobec rozpowszechnienia tego medium, skala nadużywania czy uzależnienia okazuje się niemała.

Narzędzia badawcze

Badaniem jakościowym objęto osoby w wieku 25-35 lat, czyli należące do najliczniejszej grupy wiekowej wśród

użytkowników mediów społecznościowych, jak również cechującej się dużą świadomością działania tych mediów. Badanie było równocześnie testem narzędzi kontrolnych wykorzystanych później w badaniu ilościowym do oceny poziomu zaangażowania w serwisy społecznościowe i ryzyka powstania zaburzeń. Zastosowano metodę zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI), które przeprowadzono w 12 grupach, z czego w 8 przedmiotem dyskusji był Facebook.

Kryteria doboru grupy

Jak zaznaczyli badacze, ilość czasu spędzanego w sieci nie jest obecnie właściwym wskaźnikiem poziomu zaangażowania w media społecznościowe, ponieważ internet jest używany stale i wszechstronnie. W kwestionariuszu rekrutacyjnym

umieszczono za to kryterium nieustannego „bycia on-line” w znaczeniu niewylogowywania się z danego serwisu. Podstawą selekcji była tzw. skala Bergen, służąca do pomiaru zagrożenia uzależnieniem od Facebooka. Narzędzie to bazuje na sześciu uznanych kryteriach uzależnienia, jakimi są: istotność, zmiany nastroju, tolerancja, objawy abstynencji, konflikt i nawroty.

Czynniki stymulujące zaangażowanie

Facebook działa w języku polskim od 2008 roku. Większość uczestników badania była obecna już wcześniej na innych lokalnych portalach społecznościowych i pamięta jego pojawienie się oraz wzrost popularności.

Z czasem większość wcześniej używanych serwisów – wśród nich *Nasza Klasa*, *Grono*, *Fotka.pl* oraz komunikator *Gadu-Gadu* – została wyparta z szerokiego obiegu. Na proces ten wpłynęły rosnąca popularność FB oraz większa jego obecność w codziennym funkcjonowaniu uczestników: przez rozwój narzędzi, uwarunkowania środowiskowe i indywidualne potrzeby użytkowników.

Rozwój i monopolizacja

Jak piszą autorzy raportu: *Obecnie powszechne jest przekonanie, że z Facebooka korzystają wszyscy*. Na tę sytuację wpływ miały przede wszystkim sukcesywna rozbudowa serwisu oraz prestiż i jego międzynarodowa popularność. Do podstawowej funkcji, jaką był kontakt ze znajomymi, stale dochodziły nowe możliwości wykorzystania FB, wcześniej dostępne jako odrębne usługi w innych miejscach sieci. W ten sposób medium stawało się narzędziem uniwersalnym, łączącym najpopularniejsze funkcjonalności internetu w jednym miejscu.

Z drugiej strony rosła jego popularność jako formy komunikacji – można było spotkać coraz więcej osób z różnych miejsc świata i łatwo utrzymywać z nimi kontakt. Nie oznacza to, że wszyscy automatycznie rezygnowali z do-

tychczasowych innych serwisów na rzecz tego jednego – następowało to raczej powoli, wskutek odpływu ludzi z dawnych społeczności. Niekiedy Facebook budził wręcz rezerwę i brak zainteresowania – głównie wśród kobiet, a wśród mężczyzn opór wobec „mainstreamu”. Różnice w podejściu mężczyzn i kobiet, które się tutaj zaznaczają, widoczne są w wielu innych aspektach użytkowania serwisu. Ostatecznie Facebook stał się formą codziennej, potocznej komunikacji, wypierając inne formy, jak e-mail, a od pojawienia się Messengera, również telefon. W ten sposób, chcąc uczestniczyć w bieżących sprawach grupy znajomych lub danego środowiska, trzeba było mieć swoje konto – a jego posiadanie otwiera dostęp do szeregu innych funkcji.

Intensyfikacja korzystania

Na intensywność korzystania z medium składa się przede wszystkim poświęcany mu czas, ale też poziom wykorzystania jego narzędzi. Pochłaniany czas pojawia się we wszystkich kontekstach i jest głównym kosztem oraz najczęściej dostrzeganym wskaźnikiem zaburzeń. Natomiast wdrażanie kolejnych usług powoduje większą zależność funkcjonalną od jednego medium.

Pogłębienie „więzi”

Powstawanie zależności funkcjonalnej można obserwować jako proces dwukierunkowy: z jednej strony dostęp do medium dostarcza, poprzez aplikację czy serwis on-line, narzędzi przydatnych w różnych dziedzinach życia – z drugiej, korzystanie z tych narzędzi wiąże się z częstszym przebywaniem w obrębie społeczności, kontakcie z jej uczestnikami, czyli z korzystaniem z pierwotnego, wyjściowego przeznaczenia serwisu.

Zwiększenie ilości czasu spędzanego w serwisie przekłada się na mniejszą aktywność w innych miejscach sieci – jak piszą autorzy: *badani przyznają, że częściej docierają do treści zamieszczonych w internecie poprzez Facebook niż w inny sposób*. Powoduje także wzrost zaangażowania przez częstsze dostarczanie bodźców w postaci powiadomień o aktywności znajomych bądź dodatkowych zajmujących propozycji w ‘newsfeedzie’ i in.

Zmiany technologiczne – mobilność i bodźce

Bodźcowanie przez powiadomienia czy przez napływ newsów nie jest kwestią drugorzędną w nadużywaniu

Tabela 1. Struktura badań – respondenci.

Facebook – 8 grup, kobiety i mężczyźni.
Instagram – 2 grupy, kobiety.
Twitter – 2 grupy, mężczyźni.
Łączna liczba grup: 12.
Łączna liczba osób objętych badaniem: 71.

Tabela 2. Kryteria Bergen Facebook Addiction Scale – BAFS.

Komponenty uzależnienia:

1. istotność – aktywność zdominowała myślenie i zachowanie,
2. zmiana nastroju – aktywność zmienia/poprawia nastrój,
3. tolerancja – do osiągnięcia wcześniejszych efektów niezbędne jest zwiększenie aktywności,
4. objawy abstynencji – pojawienie się nieprzyjemnych emocji, gdy aktywność nie może być kontynuowana lub musi zostać zmniejszona,
5. konflikt – aktywność powoduje konflikty interpersonalne, w szkole/pracy, a także w zakresie innych czynności,
6. nawrót – tendencja do powrotu do wcześniejszych wzorców zachowania po przerwaniu aktywności lub okresie jej kontrolowania.

Stwierdzenia wybrane do kwestionariusza selekcyjnego:

1. Spędzam dużo czasu, myśląc o Facebooku lub planując, co na nim zrobię.
2. Czuję potrzebę, aby coraz więcej korzystać z Facebooka.
3. Wchodzę na Facebook, by zapomnieć o swoich problemach osobistych.
4. Próbowałam ograniczyć korzystanie z Facebooka, ale mi się to nie udawało.
5. Gdy nie mam dostępu do Facebooka lub nie mogę na niego zajrzeć, odczuwam niepokój lub pogarsza mi się nastrój.
6. Spędzam tyle czasu na Facebooku, że ma to negatywny wpływ na moją pracę/studia.

W kwestionariuszu wykorzystano skróconą wersję skali, używając 6 z 18 stwierdzeń na temat zachowań respondentów. Kwalifikowały się osoby, które przynajmniej w dwóch pozycjach wskazały odpowiedź 4 (często) lub 5 (bardzo często), co miało wskazywać na korzystanie z serwisu co najmniej intensywnie.

medium. Autorzy raportu wskazują, że częste bodźce zwiększają potencjał uzależnieniowy Facebooka przez działanie *mechanizmu nagrody i natychmiastowej gratyfikacji* – każde powiadomienie kryje w sobie szansę na coś interesującego lub ważnego.

Znaczenie tego procesu wzrosło od upowszechnienia mobilnych urządzeń i internetu. Obecnie z mediów społecznościowych korzysta się prawie wyłącznie na smartfonach. Co za tym idzie, osobom niewylogowanym bodźce z aplikacji towarzyszą właściwie cały czas, prowadząc do powstania niepożądanych przez nich samych odruchów sięgania po telefon czy przypadkowego lądowania w serwisie.

Dodatkowym wzmocnieniem jest poczucie zobowiązania do reakcji na posty znajomych, zwłaszcza przy towarzyszącym przekonaniu, że oni na tę reakcję czekają, a jej brak może być dla kogoś przykrością.

Efekty umasowienia

Istotnym czynnikiem zwiększającym zaangażowanie jest także zasięg medium – rosnąca liczba jego uczestników, kolejni znajomi, grupy i działania dodane generują przyrost treści i docierających do użytkownika bodźców. W przypadku braku konkretnych działań zapobiegawczych daje to możliwość nieustannego szukania pobudzenia w aplikacji. Udział liczebny mężczyzn i kobiet wśród użytkowników Facebooka jest zbliżony, wyraźne różnice widać w sposobie korzystania z tego medium i rodzaju zaspokajanych potrzeb.

Posługiwanie się medium przez intensywnych użytkowników

Jak czytamy w raporcie: *Doświadczenie przekroczenia czasu zaplanowanego na korzystanie z serwisu i ponoszenie kosztów z tym związanych są powszechne*. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni przyznają, że korzystanie z Facebooka pochłania im więcej czasu niż na początku użytkowania tego medium, co oceniają negatywnie. Badani przyznawali też, że zdarza im się stracić kontrolę nad spędzaniem w serwisie czasem, przyczyn tego upatrując w działaniu algorytmów podsuwających odpowiednio dostosowane do nich treści. Równocześnie uczestnicy badania prezentowali się jako użytkownicy świadomi mechanizmów działania mediów społecznościowych i realiów cyfrowego świata. Deklarowali zrozumienie publicznego charakteru medium i korzystanie z niego w sposób zrównoważony, z dbałością o selekcję treści oraz wizerunek i prywatność.

Struktura profilu

Średnia liczba znajomych na profilach uczestników badania to kilkadziesiąt osób. Zazwyczaj jest to już ustalona i wyselekcjonowana grupa, a dodawanie nowych kontaktów jest stosunkowo rzadkie, a gdy już się dokonuje, ma swoje uzasadnienie. Selekcji znajomych towarzyszy selekcja treści – użytkownicy publikujący nachalnie bądź umieszczający mało interesujące treści są usuwani.

Co ciekawe, zdecydowana większość znajomych to osoby wcześniej poznane w różnych okolicznościach, choć często są to dalekie kontakty: z grona dawnych przyjaciół, z pracy, osoby poznane na imprezach itp. Znajomi wirtualni, poznani za pośrednictwem sieci są rzadkością wśród mężczyzn i na ogół nie są to osoby przypadkowe, lecz spotkane np. na forach dyskusyjnych. W przypadku kobiet częstsze są znajomości nawiązane przez samego Facebooka, częściej dochodzi do flirtowania czy znalezienia partnera.

Różnice występują również w poszukiwanych i publikowanych treściach. Mężczyźni kładą tu nacisk na informacje związane z interesującymi ich tematami, które czerpią najczęściej z publicznych stron. Kobiety skupione są bardziej na sprawach towarzyskich i informacjach z życia znajomych, jak również na informowaniu ich o sobie.

Wszyscy odnoszą się przy tym krytycznie do zamieszczania zbyt dużej liczby postów nieistotnych – jak zdjęcia posiłków – oraz przesadnego, odbiegającego od rzeczywistości kreowania swojego wizerunku.

Aktywność w serwisie i czynności z nią powiązane

Autorzy raportu zwracają uwagę na niedopuszczanie przez badanych możliwości spędzenia czasu bez szczególnego

zajęcia. Jak piszą: *Badani nie dopuszczają istnienia sytuacji, w której mieliby nic nie robić, nie przewidują momentu bycia nieaktywnym. Każda chwila ich życia musi być wypełniona treścią (...).*

Zagłądanie na profil

Zagłądanie na Facebook wypełnia „pusty” czas między zajęciami. Może być też urozmaicheniem nieangażujących czynności. Z drugiej strony stwarza strefę komfortu, dając poczucie izolacji np. w gronie przypadkowych osób. Po telefon sięga się również spontanicznie, przez chęć sprawdzenia, co się dzieje bądź w reakcji na powiadomienia.

Wśród intensywnych użytkowników dochodzi do tego przyzwyczajenie, śledzenie treści z nawyku, regularne sprawdzanie dostępności innych osób, jak też wejścia przypadkowe lub przez niekontrolowany odruch.

Typowe nawyki to zagłądanie do serwisu tuż po przebudzeniu, także tuż przed zaśnięciem, podczas posiłków, w drodze do pracy czy po prostu we wszystkich wolnych chwilach. W tym kontekście pojawia się również wzmianka o tzw. miniprzewalach w pracy na sprawdzenie Facebooka czy napisanie wiadomości. Co ważne, korzystanie z tego medium społecznościowego może się odbywać kosztem czasu na posiłki lub sen.

Tabela 3. Sposoby korzystania z Facebooka i rodzaj zaspokajanych potrzeb – porównanie kobiet i mężczyzn.

Mężczyźni	Kobiety
Facebook jest źródłem interesujących informacji; poszukiwanie treści głównie na profilach publicznych.	Liczy się przede wszystkim wymiar komunikacyjny; Facebook jest narzędziem do utrzymywania kontaktu.
Grupy znajomych służą głównie jako zbiory kontaktów.	Aktywne uczestnictwo w grupach i poszukiwanie porad – szczególnie kobiety w związkach.
Wzrost zaangażowania przez rozwój technologii.	Wzrost zaangażowania przez rozwój grup, przede wszystkim sprzedażowych.
Udostępniają materiały, które, ich zdaniem, są ciekawe dla szerszego grona.	Relatywnie częściej traktują publikowanie treści na Facebooku jako sposób komunikacji; celem jest informowanie znajomych.
Negatywne postrzeganie treści błahych i czysto prywatnych; krytyka zachowań świadczących o dużej potrzebie uwagi.	Obserwowanie znajomych i życia innych osób – zaspokajanie potrzeb towarzyskich.
Samoograniczenie w korzystaniu z medium dostrzegalne głównie w przypadku mężczyzn.	Obserwowane przez kobiety w związkach wypieranie innych aktywności: wzrost zaangażowania pomimo zmniejszenia ilości wolnego czasu.
Deklarują niezwracanie uwagi na lajki i komentarze pod swoimi wpisami.	
Wirtualni znajomi to rzadkość; na ogół nie są to osoby poznane na Facebooku, a w innych miejscach sieci, np. na forach.	Obecny jest wątek nawiązywania znajomości przez Facebook, a nawet przypadków znalezienia partnera.
Rzadko spotykają się ze zwróceniem im uwagi dotyczącej korzystania z Facebooka w danej sytuacji.	Częste uwagi na temat korzystania, zwłaszcza w sytuacjach rodzinnych i spotkań towarzyskich.

Czas w sieci i czas wolny

Czas wolny traktowany jako „odpoczynek” najczęściej wiąże się z intensywniejszym korzystaniem z serwisu niż zazwyczaj. Wynika to zapewne z braku zajęć w takim momencie i towarzyszącej temu nudy. Podczas aktywnego wypoczynku na świeżym powietrzu, w czasie spotkań ze znajomymi czy z rodziną Facebooka zazwyczaj używa się mniej.

W czasie wyjazdów wakacyjnych intensywność użytkowania zależy od sytuacji życiowej. Osoby w związkach i posiadające dzieci zazwyczaj mniej korzystają z FB, rzadziej śledzą treści, natomiast częściej publikują własne materiały, np. zdjęcia. Natomiast osoby niebędące w związkach, podczas wyjazdów spędzają w serwisie tyle samo bądź nawet więcej czasu.

Podobnie jak w czasie pracy, do serwisu zagląda się w dni wolne, w trakcie wypełniania obowiązków domowych – wynajdując na to wspomniane miniprzerwy. Część badanych przyznaje się tutaj do zapomniania o swoich zadaniach ze skutkiem w postaci drobnych szkód, jak np. przypalenie jedzenia, przelanie się wody itp.

Relacje interpersonalne

Utrzymanie kontaktu ze znajomymi wymieniane jest jako podstawowa zaleta Facebooka. Nie chodzi tylko o podtrzymanie relacji, które by wygasły w przypadku emigracji, dłuższych wyjazdów zagranicznych czy zmiany pracy. Ważna jest także możliwość stałej komunikacji, w formie postów i pisemnych wiadomości, intensyfikująca relacje z osobami bliskimi, widzianymi na co dzień, z którymi kontakt staje się nieprzerwany.

Należy tu zaznaczyć, że spotkania *face-to-face* nadal postrzegane są jako pełnowartościowe w stosunku do wirtualnych. Jak czytamy w raporcie: *przekazywanie ważnych informacji między bliskimi przyjaciółmi za pomocą Facebooka bywa interpretowane jako niestosowne i świadczące o osłabieniu więzi*. Tymczasem młodsza część respondentów wskazuje tu na możliwość *upośledzenia przez serwisy społecznościowe umiejętności nawiązywania kontaktów i komunikacji twarzą w twarz*.

Specyfika komunikowania

Relacje utrzymywane przez media społecznościowe mają charakter informacyjny i do pewnego stopnia jednokierunkowy. Już samo zamieszczenie wpisu czy zdjęcia

traktowane jest jako kontakt z innymi osobami, podobnie jak obserwacja ich aktywności. Reakcją zwrotną są komentarze słowne bądź ikonograficzne.

Jest to okrojona forma komunikacji, nawet w stosunku do rozmowy telefonicznej, jednak to ograniczenie czy też bariera wprowadzona przez medium dają większą swobodę w sytuacjach trudnych, ułatwiając podjęcie tematu, opanowanie emocji, przemyślenie odpowiedzi.

Przy tym kłopotliwa staje się kwestia formułowania wypowiedzi, w których dominuje tendencja do skrótowości i dosadności, szczególnie widoczna w szerszych dyskusjach i komentowaniu, gdzie przyczyniają się do wzrostu napięcia, powstania nieporozumień i kłótni oderwanych od głównego przedmiotu. Te ostatnie – szczególnie częste – są zjawiskiem powszechnie krytykowanym przez respondentów.

Samoocena uczestników badania na tle społeczności

Jak zauważają badani, szczyt popularności Facebooka minął. Stał się on obecnie przede wszystkim narzędziem pozyskiwania i udzielania informacji, w związku z czym w społeczności wytworzyły się wzory dobrego i złego korzystania z tego medium – i to przede wszystkim one, w odczuciu badanych, świadczą o istnieniu bądź nieistnieniu problemu z nadużywaniem.

Respondenci wymieniają szereg niepożądanych zachowań obserwowanych w sieci, jak ukrywanie tożsamości, bezrefleksyjne bądź naiwne uczestnictwo młodszych i starszych pokoleń.

Postrzeganie problemu nadużywania

Do złych wzorów, które stanowią granicę występowania problemu, należą przede wszystkim widoczne i powszechne krytykowane zachowania związane z przesadą – bądź w autokreacji, wyrażającej się kreowaniem wizerunku oderwanego od rzeczywistości, bądź w ilości publikowanych materiałów, zwłaszcza o charakterze prywatnym. Drugą nieprzekraczalną granicą jest dopełnianie swoich życiowych obowiązków.

Normalizacja zjawiska

Jeżeli normy zachowania umiaru i funkcjonalności są zachowane, problem nadużywania, choć dostrzegany, podlega zbagatelizowaniu i normalizacji. Przyczynia się

do tego przede wszystkim powszechność samego medium i jego funkcjonowania w życiu codziennym, które sprawiają wrażenie, że *uzależniony jest przede wszystkim współczesny świat, a dopiero w dalszej kolejności jednostki*.

Z drugiej strony postrzegana masowość nadużywania czy pozostawania w zależności od medium ułatwia określenie siebie jako osoby „uzależnionej” – tyle że sformułowanie to jest kliszą językową i towarzyszy mu ignorowanie lub faktyczne niedostrzeżenie realnego problemu.

Dostrzegane symptomy nadużywania/zależności

Wśród obserwowanych u siebie niepożądanych zjawisk, intensywni użytkownicy wymieniali przede wszystkim stale powracający motyw traconego, pochłanianego przez serwis czasu.

Trzeba zwrócić uwagę, że dostrzeganie problemu dotyczy sytuacji ewidentnej utraty kontroli, jak przypadki „zasiedzenia się” na FB kosztem snu, posiłków, kontaktu z dziećmi czy z partnerem. Często mówi się też o przypadkach niezamierzonego wchodzenia do serwisu, żeby np. sprawdzić godzinę w telefonie.

Natomiast z innych przytaczanych obserwacji wynika, że **czas jest pochłaniany na znacznie większą skalę**, gdyż został zdominowany przez korzystanie z Facebooka, która to czynność wypełnia większość czasu wolnego i stanowi większość nieobowiązkowych aktywności, co jednak – w poczuciu braku alternatyw – pozostaje niedostrzegalne.

Badani, którzy mieli przerwy w korzystaniu z serwisu, wspominają, że *byli bardziej skoncentrowani na tym, co robią, mogli zająć się czymś interesującym, mieli nagle dużo wolnego czasu*.

Oprócz tego, autorzy raportu przytaczają wiele innych obserwowanych przez użytkowników niepożądanych zjawisk:

- Zanik aktywności: zawężenie spektrum nieobowiązkowych, alternatywnych wobec serwisu działań przy jednoczesnym poczuciu braku możliwości takich działań.
- Zaburzenia relacji społecznych: rezygnacja ze spotkań na rzecz uczestnictwa w społeczności wirtualnej.
- Koncentracja rozmowy w świecie rzeczywistym na treściach odnoszących się do świata wirtualnego, komentowanie na żywo wydarzeń mających miejsce na Facebooku.
- Rozproszenie: niemożność skupienia się na wykonywanych czynnościach, utrata zdolności koncentracji na osobach spotykanych na żywo przez ciągle myśli o serwisie i zagłębienie do niego.
- Automatyzm: z jednej strony dotyczący przeglądania treści – scrollowania; z drugiej wchodzenie do serwisu bez podjęcia takiego zamiaru; również nieustanne i natychmiastowe sprawdzanie powiadomień, niezależnie od okoliczności – w nocy, w trakcie prowadzenia samochodu.
- Obsesja na punkcie smartfona: nierozstawianie się z telefonem, nieustanne kontrolowanie i doładowywanie baterii; sięganie po telefon bez takiego zamiaru, uporczywe myśli skupione wokół telefonu.

Tabela 4. Zalety i wady Facebooka wymieniane przez uczestników badania.

Zalety	Wady
• Możliwość kontaktu ze znajomymi. Facebook funkcjonuje jako baza znajomych, umożliwiająca szybki, łatwy i darmowy kontakt; umożliwia utrzymanie relacji, które w innej sytuacji nie przetrwałyby. • Możliwość uczestnictwa w grupach o sprecyzowanych, niekiedy wąskich profilach zainteresowań, możliwość śledzenia nowości i trendów w ich zakresie. • Skondensowanie licznych treści w jednym miejscu, dzięki czemu nie trzeba odwiedzać wielu stron internetowych. • Przewaga nad innymi mediami (np. telewizją), Facebook daje bowiem wybór i posiada wartość edukacyjną. • Możliwość dotarcia do dużej grupy ludzi i skuteczne informowanie o wydarzeniach mających miejsce w świecie realnym. • Możliwość zapełnienia czasu – Facebook nie pozwala na nudę.	• Zbyt duża ilość czasu, która jest mu poświęcana. • Odciąganie od innych czynności w świecie rzeczywistym. • Nadmiar dostępnych treści, w tym takie, które przez użytkowników są oceniane jako natrętne i nieinteresujące. • Trudności w oddzieleniu prawdy od fałszu w realiach portalu. • Zbieranie przez serwis informacji o użytkownikach i wykorzystywanie ich w celach komercyjnych. • Brak prywatności i lęk przed tym, że udostępniane treści trafią w niepowołane ręce. • Upośledzenie umiejętności związanych z komunikacją interpersonalną (problem dostrzegany przez badanych głównie wśród młodszych użytkowników).

- Syndromy odstawienne: zmiany emocjonalne, zdenerwowanie; poczucie frustracji, straty, lęku przed ominięciem czegoś ważnego – tzw. syndrom FOMO (*Fear of Missing Out*).
- Wymówki: przy negatywnych reakcjach otoczenia, próby zamaskowania użytkowania, przygotowywanie z góry odpowiedzi na pytanie o potrzebę korzystania z Facebooka w danej chwili.

Posiadanie rodziny

Specyficzną grupę użytkowników FB stanowią kobiety posiadające dzieci, które częściej zauważają u siebie niepożądane symptomy i są bardziej skłonne przyznać się do ich występowania. Autorzy tłumaczą to wyższym dla tych osób priorytetem życia rodzinnego i czynności domowych, co wiąże się z silniejszym odczuwaniem straty czasu i niedopełnienia obowiązków. Zauważają też, że mamy *nie chcą, by ich dzieci korzystały z Facebooka za dużo*, co można interpretować jako negatywne postrzeganie takiego modelu korzystania z medium.

Dla kontrastu, tzw. miejski styl życia, skupiony wokół pracy i o ograniczonych możliwościach spotkań towarzyskich,

kojarzony jest z częstszym zastępowaniem realnych relacji przez kontakty on-line.

Ograniczenie korzystania

Większość badanych miała epizody tymczasowego ograniczenia lub zaprzestania używania serwisu. Przerwy takie były wprawdzie doświadczeniami nieprzyjemnymi, niekomfortowymi, jednak z perspektywy czasu oceniane są jako cenne i potrzebne.

Całkowita rezygnacja z FB nie jest jednak niemożliwa – chyba że powstałaby dla niego alternatywa. Brak konta na FB jest postrzegany jako ekstrawagancja i może mieć negatywne konsekwencje w postaci wykluczenia z życia towarzyskiego i, szerzej, ze społecznego funkcjonowania – podobnie jak byłoby nim nieposiadanie internetu.

Przypisy

- ¹ Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019. Raport z badań, CBOS, Warszawa, maj 2019.

W czerwcu i we wrześniu 2020 roku ukazały się dwa coroczne, międzynarodowe raporty dotyczące kwestii narkotykowych: UNODC z Wiednia oraz EMCDDA z Lizbony. W artykule zostaną przedstawione najważniejsze informacje z tych dwóch raportów.

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA ŚWIECIE – NAJNOWSZE RAPORTY ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWYCH

Artur Malczewski

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

Sytuacja dotycząca narkotyków na świecie

Według opublikowanego przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) najnowszego Światowego Raportu o Narkotykach¹, około 269 mln ludzi używało narkotyków w 2018 roku, co stanowi

wzrost o 30% w porównaniu z rokiem 2009, natomiast ponad 35 mln ludzi cierpi na zaburzenia wywołane używaniem narkotyków. Przedmiotem raportu jest również analiza wpływu pandemii COVID-19 na rynki narkotykowe. Wiemy, że obostrzenia związane z przekraczaniem granic oraz inne restrykcje doprowadziły do spadku podaży narkotyków na poziomie ulicy, co z kolei doprowadziło

do wzrostu cen i większego zanieczyszczenia substancji znajdujących się w obrocie. Raport UNODC wskazuje, że wzrost bezrobocia oraz zmniejszenie szans na rynku pracy wskutek pandemii koronawirusa prawdopodobnie najboleśniej dotknie najbiedniejszych, czyniąc tę grupę społeczną podatną na używanie narkotyków, wpłynie również na przemysł i uprawę narkotyków w celach zarobkowych. – Cenę za światowy problem narkotykowy płać grupy znajdujące się w trudnej sytuacji i wykluczone, młodzież, kobiety oraz osoby biedne. Kryzys wywołany COVID-19 i związana z tym zapaść gospodarcza pogłębiają zagrożenia związane z narkotykami. Systemy ochrony zdrowia i opieki społecznej znalazły się na krawędzi wydolności, a społeczeństwa zmagają się z coraz większymi trudnościami – stwierdziła dyrektorka wykonawcza UNODC, Ghada Waly. – Oczekujemy od rządów większej solidarności i wsparcia w zwalczaniu przemysłu narkotyków, przede wszystkim wobec krajów rozwijających się. Liczymy na to, że rządy zaproponują odpowiednie działania w zakresie przeciwdziałania narkomanii i chorobom pokrewnym, które będą oparte na dowodach naukowych, tak byśmy mogli osiągać cele zrównoważonego rozwoju, promować sprawiedliwość i nikogo nie zostawiać bez pomocy. Wskutek pandemii COVID-19 przemytnicy mogą poszukiwać nowych szlaków i metod dystrybucji. Prawdopodobnie wzrosną operacje przemytnicze prowadzone za pośrednictwem darknetu oraz usług pocztowych, pomimo faktu, iż międzynarodowa sieć dostaw pocztowych boryka się z poważnymi problemami. Pandemia wywołała również niedobory w podaży opioidów, co może powodować, że użytkownicy będą przerzucać się na substancje szerzej dostępne, takie jak alkohol, benzodiazepiny lub środki syntetyczne. Istnieje ryzyko pojawienia się bardziej szkodliwych wzorów używania, ponieważ niektórzy użytkownicy przestawiają się na częstsze przyjmowanie narkotyków drogą iniekcyjną. Kolejne skutki pandemii według raportu UNODC to ryzyko takiej samej reakcji rządów jak w przypadku kryzysu gospodarczego w roku 2008, kiedy to zredukowano środki budżetowe na zwalczanie narkotyków i narkomanii. W efekcie interwencje profilaktyczne wobec używania narkotyków oraz zachowań ryzykownych, jak również usługi lecznicze, dystrybucja naloxonu w celu kontroli i odwrócenia skutków przedawkowań opioidowych byłyby poważnie zagrożone. Zwalczanie przemysłu i współpraca międzynarodowa mogą również

stracić na znaczeniu, co tylko ułatwi przemytnikom ich działalność. Raport UNODC zwraca uwagę, że bieda, słabe wykształcenie oraz wykluczenie społeczne to nadal główne czynniki wzmacniające ryzyko wystąpienia zaburzeń związanych z używaniem narkotyków. Grupy znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej oraz wykluczone mogą napotykać przeszkody związane z dostępem do usług leczniczych wskutek dyskryminacji i stygmatyzacji.

Trendy w zakresie używania narkotyków na świecie

Przetwory konopi były najczęściej używanym narkotykiem w roku 2018 według raportu UNODC. Szacuje się, że około 192 mln ludzi używało wtedy tej kategorii substancji. Jednakże to opioidy pozostają najbardziej niebezpieczną grupą substancji. W ciągu ostatniego dziesięciolecia łączna liczba zgonów na skutek zaburzeń związanych z używaniem opioidów wzrosła o 71%. U kobiet odnotowano wzrost 92-procentowy, natomiast u mężczyzn 63-procentowy. W latach 2000–2018 konsumpcja narkotyków wzrastała dużo szybciej w krajach rozwijających się niż rozwiniętych. Adolescenci i młodzi dorośli stanowią największy odsetek użytkowników narkotyków. Jednocześnie młodzi ludzie są najbardziej narażeni na skutki działania narkotyków, ponieważ ich mózgi są cały czas w fazie rozwoju. W niektórych obszarach prawnych wpływ prawodawstwa legalizującego przetwory konopi nadal jest trudny do oceny, ale we wszystkich obszarach po dokonaniu legalizacji odnotowano wzrost częstego używania tej kategorii substancji. Na rynku popularniejsze są przetwory konopi o silniejszym działaniu. Przetwory konopi pozostają również głównym narkotykiem występującym w statystykach wymiaru sprawiedliwości. Na podstawie danych z 69 krajów za lata 2014–2018 szacuje się, że odpowiadały one za ponad połowę przestępstw popełnionych w związku z narkotykami.

Zróznicowana dostępność leków opioidowych do celów medycznych

Raport UNODC wskazuje również, że kraje o niskim statusie ekonomicznym cierpią na poważne niedobory leków opioidowych wykorzystywanych do uśmierzania bólu i opieki paliatywnej. Ponad 90% wszystkich leków

opiodowych do celów medycznych w roku 2018 stosowano w krajach o wysokim statusie ekonomicznym, co stanowi ok. 12% populacji globu, podczas gdy w krajach o niskim i średnim statusie, zamieszkiwanych przez 88% ogółu populacji świata, używano mniej niż 10% leków opiodowych. Dostęp do leków opiodowych zależy od kilku czynników, takich jak prawodawstwo, kultura, systemy opieki zdrowotnej oraz praktyki w obszarze przepisywania leków.

Częstsze przechwytywanie dużych dostaw narkotyków

Wiele wskaźników EMCDDA dotyczących najczęściej używanych substancji wskazuje na wysoką dostępność narkotyków. Wraz ze zmianami w zakresie produkcji coraz częstsze przechwytywanie dużych ilości kokainy, haszyszu i coraz większej ilości heroiny transportowanych drogą morską, często w kontenerach, budzi obawy związane z infiltracją przez zorganizowane grupy przestępcze logistycznych łańcuchów dostaw, szlaków żeglugowych i dużych portów. Według raportu EMCDDA² w 2018 roku w Europie zgłoszono około 1,3 mln konfiskat narkotyków, najczęściej konfiskowano produkty z konopi indyjskich. W 2018 roku ilość haszyszu skonfiskowanego w Unii Europejskiej wzrosła do 668 ton z 468 ton w 2017 roku. Również w państwach, w których na ogół konfiskuje się niewielkie ilości marihuany, w 2018 roku zaobserwowano znaczący wzrost. Jednym z przykładów jest Belgia, gdzie skonfiskowana ilość 17,3 tony była 18 razy większa niż w poprzednim roku. Warto zwrócić uwagę, że ilość kokainy skonfiskowanej w Unii Europejskiej w 2018 roku była rekordowa – przechwycono 181 ton (138 ton w 2017 roku), z kolei ilość skonfiskowanej heroiny wzrosła do 9,7 tony, z 5,2 tony w 2017 roku. Na ten wzrost wpływ miały głównie duże pojedyncze konfiskaty przeprowadzone w porcie w Antwerpii. W 2017 i 2018 roku Turcja skonfiskowała około 17 ton heroiny rocznie (17,4 i 17,8 tony), osiągając najwyższy poziom od ostatnich dziesięciu lat.

Kokaina w kontekście europejskiego problemu narkotykowego

W 2018 roku liczba konfiskat kokainy oraz jej ilość były rekordowe – przechwycono ponad 181 ton tego

narkotyku według raportu EMCDDA. Belgia, Hiszpania i Niderlandy są głównymi państwami, w których przechwytywane są duże ilości narkotyków. Wskaźniki wskazują na wysoką dostępność kokainy na rynku europejskim i oznaki wzrostu w krajach, w których wcześniej kokaina nie była popularna. Coraz więcej państw zgłasza używanie cracku, choć nadal nie jest to powszechne zjawisko w Europie. Czystość kokainy na poziomie detalicznym wzrastała niemal każdego roku, począwszy od 2009, a w 2018 roku osiągnięty został najwyższy poziom w ciągu ostatniej dekady. Wysoka czystość tego narkotyku oraz dane z ośrodków leczenia (nagłe przyjęcia, zgony związane z narkotykami) wskazują na to, że kokaina odgrywa obecnie bardzo istotną rolę wśród europejskich problemów narkotykowych. Wydaje się również, że rynek kokainy jest ważnym czynnikiem wpływającym na przemoc związaną z narkotykami. Trzy kraje: Belgia (53 tony), Hiszpania (48 ton) i Niderlandy (40 ton) odpowiadały łącznie za 78% skonfiskowanej w Unii Europejskiej w 2018 roku kokainy. Średnia czystość tej substancji na poziomie detalicznym wahała się od 23% do 87%, przy czym połowa krajów zgłosiła średnią czystość na poziomie od 53% do 69%. Czystość kokainy w Europie polepszała się w ciągu ostatniej dekady, podczas gdy jej cena detaliczna utrzymywała się na stabilnym poziomie. Analizę uzupełniają dane dotyczące używania kokainy z badań populacyjnych. Spośród 12 krajów, które prowadzą badania wśród młodych dorosłych (15-34 lata) od 2017 roku, 5 zgłosiło wyższe szacunki dotyczące używania narkotyków w ciągu ostatniego roku w porównaniu z poprzednim badaniem, a 7 przedstawiło szacowania na tym samym poziomie. Kolejnym źródłem informacji są dane z analizy ścieków na obecność metabolitów narkotyków. Spośród 45 miast, dla których dostępne są dane dotyczące występowania pozostałości kokainy w ściekach komunalnych za 2018 i 2019 rok, w 27 zgłoszono wzrost, w 10 sytuacja była stabilna, a w 8 odnotowano spadek pozostałości kokainy w ściekach komunalnych. Zwykłe tendencje długoterminowe obserwuje większość spośród 14 miast podających dane obejmujące okres 2011–2019.

Warto przyrzeć się danym dotyczącym zgłaszalności do leczenia z powodu kokainy. W okresie 2014–2018 liczba osób rozpoczynających po raz pierwszy leczenie uzależnienia w Europie z powodu kokainy wzrosła w 22 krajach, a 17 krajów zgłosiło wzrost w ubiegłym roku.

Większość osób rozpoczynających leczenie, wskazujących kokainę jako ich główny problem narkotykowy, to osoby deklarujące używanie kokainy w proszku (56 tys. pacjentów w 2018 roku). W 2018 roku zgłoszono 15 tys. wniosków o objęcie leczeniem osób w związku z uzależnieniem od cracku. Kokaina była drugim najpowszechniejszym narkotykiem odnotowanym podczas nagłych przyjęć monitorowanych przez Euro-DEN Plus w 2018 roku.

Problemy związane z heroiną w Europie

Raport EMCDDA przedstawia obawy związane z możliwością częstszego używania heroiny i istniejącymi konsekwencjami takiego działania w Europie. Wskaźniki używania heroiny w dalszym ciągu wskazują na istnienie starzejącej się grupy osób używających tego narkotyku, w której, według raportu EMCDDA, niewielki odsetek osób rozpoczyna leczenie. Ponadto w wielu krajach liczba osób rozpoczynających leczenie uzależnienia z powodu heroiny zmniejszyła się. Niemniej fakt, że na terenie Unii Europejskiej skonfiskowano dwukrotnie większą ilość heroiny, a w Turcji konfiskuje się jej coraz większe ilości, jest niepokojący, podobnie jak zgłoszenia dotyczące wytwarzania heroiny w Unii Europejskiej. Wskazuje to na konieczność zachowania większej czujności w celu wykrycia wszelkich oznak zwiększonego zainteresowania konsumentów tym narkotykiem, którego zażywanie powoduje poważne problemy zdrowotne i społeczne. Według danych EMCDDA szacuje się, że rozpowszechnienie wysoce ryzykownego używania opioidów przez osoby dorosłe (w wieku 15-64 lata) wynosi około 0,4% populacji UE, co odpowiada 1,3 mln osób wysoce ryzykownie używających opioidów w 2018 roku. W 2018 roku osoby, dla których heroina była narkotykiem podstawowym, stanowiły 77% (niemal 20 tys. pacjentów) osób rozpoczynających po raz pierwszy leczenie w związku z uzależnieniem od opioidów, co stanowi spadek o 2200 pacjentów, czyli o 10% wobec 2017 roku. Liczba pacjentów rozpoczynających po raz pierwszy leczenie w związku z uzależnieniem od heroiny spadła o ponad połowę w porównaniu z wartościami szczytowymi zaobserwowanymi w 2007 roku. Między 2017 a 2018 rokiem liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy, dla których heroina była narkotykiem podstawowym,

spadła w 18 z 29 państw, dla których dostępne były stosowne dane. W większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w Europie wykrywanymi substancjami są opioidy, głównie heroina lub jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami. Po konopiach indyjskich i kokainie to heroina była trzecią pod względem popularności substancją powodującą ciężkie przypadki toksyczności związane z narkotykami monitorowane przez Euro-DEN Plus w 2018 roku. W 2018 roku połowa krajów zgłosiła średnią czystość heroiny na poziomie detalicznym w zakresie 18-30%, a średnia cena mieściła się w zakresie 29-79 euro za jeden gram. W ostatnich latach zarówno czystość, jak i cena narkotyku ustabilizowały się, chociaż czystość utrzymuje się na stosunkowo wysokim poziomie. W Unii Europejskiej rośnie jednak liczba konfiskat heroiny.

Wpływ konopi indyjskich o dużej sile działania i nowych produktów na zdrowie publiczne

Coraz więcej osób rozpoczyna leczenie uzależnienia od narkotyków w związku z używaniem konopi indyjskich, lecz związek pomiędzy problemami związanymi z używaniem konopi indyjskich a rozwojem rynku narkotyków nie jest jeszcze do końca zbadany według raportu EMCDDA. Rynek konopi indyjskich ulega zmianom, oferuje produkty o wysokiej zawartości THC (tetrahydrokannabinolu), a także coraz większą dostępność nowych postaci konopi indyjskich i produktów komercyjnych na bazie wyciągów z roślin konopi. Ponadto haszysz i marihuana zawierają obecnie średnio około dwukrotnie więcej THC niż dziesięć lat temu. Wszystko to łącznie sugeruje, że istnieje pilna potrzeba prowadzenia większego nadzoru w tym obszarze. Analiza zindeksowanych tendencji wskazuje na ogólny wzrost siły działania zarówno marihuany, jak i haszyszu od 2008 roku. Najnowsze dane wskazują, że zawartość THC w haszyszu sprzedawanym w Europie jest obecnie prawie dwukrotnie wyższa od zawartości THC w marihuanie. Spośród krajów, które prowadzą ankietowe badania od 2017 roku, 8 zgłosiło wyższe oszacowania dotyczące używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15-34 lata), trzy przedstawiły dane na tym samym poziomie, a jeden – niższe oszacowanie niż w poprzed-

nim porównywalnym badaniu. W ośmiu z tych państw w ostatnim badaniu odnotowano wzrost używania haszyszu w grupie wiekowej 15-24 lata. Na podstawie badań sondażowych ogółu populacji szacuje się, że ok. 1% osób dorosłych w Unii Europejskiej codziennie lub prawie codziennie używa konopi indyjskich, co oznacza, że w ciągu ostatniego miesiąca przyjmowali je przez 20 dni lub więcej. Większość z nich (60%) to osoby poniżej 35. roku życia, a trzy czwarte to mężczyźni. Około 135 tys. osób w Europie rozpoczęło w 2018 roku specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w związku z problemami dotyczącymi używania konopi indyjskich (32% wszystkich wniosków o objęcie leczeniem); 80 tys. z nich poddało się leczeniu po raz pierwszy. W 24 krajach dysponujących dostępnymi danymi ogólna liczba osób przystępujących do leczenia w związku z problemami dotyczącymi konopi indyjskich po raz pierwszy, wzrosła o 64% między 2006 a 2018 rokiem. Piętnaście krajów zgłosiło wzrost w latach 2006–2018, natomiast 14 krajów zgłosiło wzrost w ciągu ostatniego roku (2017–2018). 50% użytkowników konopi indyjskich, dla których są one narkotykiem podstawowym, poddających się leczeniu po raz pierwszy, w 2018 roku zgłosiło codzienne używanie tego narkotyku w ciągu ostatniego miesiąca.

Większa i zróżnicowana produkcja narkotyków

Tradycyjne i nowe narkotyki nadal produkowane są w Europie na potrzeby rynków lokalnych i globalnych, co wiąże się z wykrywaniem większej liczby laboratoriów i miejsc produkcji przez organy ścigania. Zmiany w taktykach produkcji zorganizowanych grup przestępczych stanowią jedną z przyczyn leżących u podstaw tej tendencji. Istotny jest jednak również dostęp do tańszych i nowszych prekursorów chemicznych oraz urządzeń produkcyjnych. Produkcja niedozwolonych środków odurzających opiera się obecnie na zastosowaniu bardziej zróżnicowanego zestawu chemikaliów, do których trudno się odnieść zgodnie z europejskimi i międzynarodowymi przepisami, a ich monitorowanie stanowi nie lada wyzwanie. W 2018 roku w Unii Europejskiej skonfiskowano 3,3 mln roślin konopi indyjskich, prawie 16 ton prekursora chemicznego heroiny – bezwodnika octowego, a dostawę kolejnych 9 ton tego prekursora zatrzymano przed włączeniem

go do łańcucha dostaw. Odkrycie w ostatnich latach laboratoriów produkujących heroinę z morfiny w Bułgarii, Czechach, Hiszpanii i Niderlandach przy jednoczesnym wzroście konfiskowanych ilości morfiny i opium sugeruje, że część heroiny produkuje się obecnie w Unii Europejskiej. Zaobserwowano również niewielkie, lecz coraz częstsze konfiskaty liści koki (243 kg w 2018 roku), a także konfiskaty niewielkich ilości pasty z koki (184 kg), co wskazuje na korzystanie z laboratoriów, w których produkuje się kokainę z liści lub pasty. Całkowita ilość prekursorów oraz alternatywnych związków chemicznych używanych do produkcji amfetaminy skonfiskowanej w 2018 roku w Unii Europejskiej osiągnęła rekordowy poziom 73 ton. W ciągu ostatnich kilku lat konfiskaty alternatywnego związku chemicznego APAA znacznie wzrosły, osiągając trzykrotnie wyższy poziom w 2018 roku (30 ton) w porównaniu z 2017 rokiem. Z kolei metamfetamina konfiskowana w Europie, produkowana jest głównie w Czechach z pseudoefedryny, którą otrzymuje się z produktów leczniczych, oraz w strefach przygranicznych państw sąsiadujących. W 2018 roku zgłoszono likwidację 23 aktywnych laboratoriów MDMA, a większość z nich (20) znajdowała się w Niderlandach. Odkrycie dwóch laboratoriów MDMA w Hiszpanii i jednego w Szwecji wskazuje na możliwość rozpoczęcia dywersyfikacji miejsc produkcji. Ilość skonfiskowanego prekursora MDMA – PMK (ketonu piperonylowo-metylowego) oraz niesklasyfikowanych chemikaliów służących do wytwarzania MDMA zmniejszyła się z 26 ton w 2017 roku do niecałych 16 ton w 2018 roku. W 2018 roku w Unii Europejskiej skonfiskowano łącznie 50 kg prekursora katynonu – 2-bromo-4-metylopropiofenonu, natomiast w trzech laboratoriach wykryto produkcję mefedronu (Hiszpania, Niderlandy i Polska), co wskazuje na ciągłą produkcję tego narkotyku w Europie. W 2018 roku we Francji skonfiskowano ponad 0,5 kg 4-anilino-N-fenylotylopiperydyny (ANPP), a w Belgii zatrzymano dostawę 3 kg N-fenetylo-4-piperydonu (NPP). Obie substancje są prekursorami do produkcji fentanylu i pochodnych fentanylu.

Stała dostępność produktów z MDMA o wysokiej sile działania

Według raportu EMCDDA innowacje oraz zwiększenie skali produkcji narkotyków syntetycznych

w Europie wskazują na coraz większą dostępność tabletek o wysokiej zawartości MDMA (tabletki ecstasy) oraz substancji w proszku o wysokiej czystości. Poza wzrostem zarówno średniej zawartości MDMA w tabletkach, jak i czystości substancji w proszku dane wskazują, że wykrywa się również produkty zawierające bardzo duże ilości MDMA. Produkty te stanowią istotne zagrożenie dla zdrowia osób, które ich używają, a także zwracają uwagę na niezwykle istotną kwestię dotyczącą działań i interwencji w zakresie profilaktyki i redukcji szkód. Tabletki MDMA zawierają obecnie średnio znacznie większe dawki narkotyku niż kiedykolwiek wcześniej. Analiza tendencji wskazuje, że średnia zawartość narkotyku w tabletkach MDMA utrzymuje się na stałym poziomie od 2014 roku, choć z powodu braku danych analiza ta obejmuje jedynie dane do 2017 roku. Spośród 12 krajów, które przedstawiały nowe wyniki badań, cztery zgłosiły wyższe oszacowania niż w poprzednim porównywalnym badaniu, a 8 zgłosiło wskaźniki na tym samym poziomie. Spośród 42 miast, dla których dostępne są dane za 2018 i 2019 rok, w 23 zgłoszono wzrost, w 4 – sytuację stabilną, a w 15 – spadek używania MDMA. MDMA było szóstym najpopularniejszym narkotykiem odnotowanym podczas nagłych przyjęć monitorowanych przez Euro-DEN Plus w szpitalach wskaźnikowych w 2018 roku i odpowiadała za 8% przyjęć na oddziały intensywnej opieki medycznej związanych z narkotykami. Według raportu EMCDDA w 2018 roku skonfiskowano około 4,7 mln tabletek MDMA, co stanowi spadek w stosunku do roku 2017 (6,8 mln). Konfiskaty proszku MDMA w Unii Europejskiej wzrosły z poziomu 1,7 tony w 2017 roku do 2,2 tony w 2018 roku. Duże ilości tabletek MDMA – ponad 8 mln – skonfiskowano w Turcji w 2017 i 2018 roku, a więc liczba ta przekraczała łączną ilość skonfiskowaną w całej Unii Europejskiej.

Złożona sytuacja na europejskim rynku narkotyków

Raport EMCDDA zwraca uwagę, że istnieje wyraźna potrzeba wnikliwszego przeanalizowania informacji na temat dostępności zarówno substancji niekontrolowanych, jak i mniej powszechnych substancji, a także ich wpływu na zdrowie publiczne. Substancje te często są

niewystarczająco monitorowane, ale istnieją dowody na to, że mogą one stanowić coraz poważniejszy problem, na co wskazują na przykład konfiskaty większych ilości ketaminy, GHB (kwasu gamma-hydroksymasłowego) i LSD (dietyloamidu kwasu lizergowego). Ponadto niektóre kraje zgłosiły obawy dotyczące używania takich substancji, jak tlenek azotu (N_2O , gaz rozweselający). Coraz poważniejszy niepokój wzbudzają również niekontrolowane i nowe benzodiazepiny pozyskiwane za pośrednictwem internetu lub na bardziej konwencjonalnym rynku niedozwolonych środków odurzających. Na przykład etizolam, który w większości krajów nie jest lekiem dopuszczonym do obrotu, wydaje się być powszechnie dostępny na rynkach środków odurzających w niektórych krajach i odpowiada za wzrost liczby zgonów związanych z narkotykami wśród osób używających opioidów. W 2018 roku 15 państw członkowskich zgłosiło około 1900 konfiskat ketaminy, w których przechwycono około 328 kg i 12 litrów tego narkotyku. Szacuje się, że w 2018 roku 13 państw członkowskich zgłosiło 1500 konfiskat GHB lub GBL (gamma-butyrolaktonu), w których przechwycono ich prawie 3,3 tony i 1732 litry. W przypadkach, gdy dostępne są krajowe szacunki dotyczące używania przez osoby dorosłe oraz młodzież w wieku szkolnym ketaminy i GHB, wskaźniki używania tych substancji zdają się utrzymywać na niskim poziomie. W 2018 roku zgłoszono ponad 2400 konfiskat LSD, w których przechwycono 1,06 mln jednostek tej substancji. Większość z nich (93%) przechwycono w Hiszpanii. Od 2010 roku liczba zgłaszanych konfiskat LSD zwiększyła się ponad dwukrotnie, choć ilość przechwytywanego narkotyku jest zmienna. W większości badań krajowych zgłoszono informacje dotyczące używania przez młodych dorosłych (15-34 lata) zarówno LSD, jak i grzybów halucynogennych na poziomie 1% lub niższym w 2018 roku. W ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania monitoruje się obecnie 30 nowych benzodiazepin – 21 wykryto w Europie po raz pierwszy od 2015 roku. W 2018 roku do unijnego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono prawie 4700 konfiskat nowych benzodiazepin, w których przechwycono 1,4 mln tabletek, 1,3 litra płynów oraz nieco poniżej 8 kg substancji w proszku. Etizolam, monitorowany w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania od 2011 roku, a od niedawna także flu-alprazolam, wykryty po raz pierwszy w 2018 roku, odpowiada za zatrucia i zgony w niektórych krajach.

Przedawkowanie narkotyków

Jednym z ważnych elementów raportu EMCDDA jest kwestia bezpośrednich zgonów z powodu narkotyków. W latach 2012–2018 liczba zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków w grupie wiekowej 50+ zwiększyła się o 75%, co wskazuje na to, że problem ten w coraz większym stopniu dotyczy starszych osób używających narkotyków od dłuższego czasu. Przypomina to o konieczności rozpoznawania potrzeb starzejącej się grupy osób używających narkotyków przez całe życie i zagwarantowania jej odpowiedniego leczenia, reintegracji społecznej i działań mających na celu redukcję szkód. Szacuje się, że w 2018 roku w Unii Europejskiej doszło do co najmniej 8300 zgonów spowodowanych przedawkowaniem niedozwolonych środków odurzających, co stanowi stabilną sytuację w porównaniu z 2017 rokiem. Oznacza to osiągnięcie szacowanego poziomu 9200 zgonów, jeżeli uwzględnić Norwegię i Turcję, co wskazuje na niewielki spadek w świetle zrewidowanych oszacowań na poziomie 9500 w 2017 roku. Analiza przeprowadzona na poziomie europejskim ma jednak charakter tymczasowy i prawdopodobnie nie przedstawia wystarczających danych dotyczących rzeczywistej liczby zgonów, do których doszło w 2018 roku. W większości zgłoszonych przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym w Europie wykrywane są opioidy, głównie heroina lub jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami. Trzy czwarte (76%) osób, które umierają w wyniku przedawkowania, to mężczyźni. Średnia wieku osób, które zmarły w Europie, stale rośnie i w 2018 roku wyniosła blisko 42 lat. W okresie między 2012 a 2018 rokiem liczba zgonów związanych z przedawkowaniem w Unii Europejskiej uległa zwiększeniu we wszystkich grupach wiekowych, z wyjątkiem osób w wieku 20–29 lat. Wzrost był szczególnie zauważalny w grupie osób w wieku 50+, gdzie liczba zgonów wzrosła ogółem o 75%. Analiza przypadków śmiertelnego przedawkowania zgłoszonych przez Turcję w 2018 roku świadczy o tym, że dotyczy to na ogół osób młodszych niż w Unii Europejskiej, ponieważ średni wiek wynosi 32,5 lat. Wskaźnik umieralności wskutek przedawkowania w 2018 roku w Europie szacuje się na 22,3 zgonów na milion mieszkańców w wieku od 15 do 64 lat. Największą grupę ryzyka stanowią mężczyźni w grupie wiekowej 35–44 lata, w której wskaźnik umieralności

wynosi 53,7 zgonów na milion, czyli ponad dwukrotnie więcej niż średnia zaobserwowana we wszystkich grupach wiekowych i ponad trzykrotnie więcej niż wynosi wskaźnik umieralności wśród kobiet (13,9 zgonów na milion kobiet w wieku 35–44 lata).

Zapalenie wątroby typu C

Raport EMCDDA podkreśla konieczność wprowadzenia nowych narzędzi i innowacyjnych strategii służących zwiększeniu skali leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C. Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji to jedna z głównych dróg zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) w Europie, a zatem kluczowym wymogiem pozwalającym wyeliminować tę chorobę jest zapewnienie osobom przyjmującym narkotyki drogą iniekcji dostępu do działań profilaktycznych, badań i leczenia związanych z wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Chociaż obecnie coraz powszechniej dostępne są skuteczne doustne leki przeciwwirusowe o bezpośrednim działaniu, to jednak zwiększenie dostępności tych leków i substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów oraz programów wymiany igieł w wielu krajach nadal stanowi wyzwanie. Wprowadzenie ulepszonych technik diagnostycznych i nadzoru w celu zidentyfikowania osób przewlekle chorych zakażonych wirusem ma istotne znaczenie w celu zapewnienia odpowiedniego leczenia wszystkim zakażonym osobom. Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności zakażenie wywołane wirusem typu C, jest bardzo rozpowszechnione w całej Europie wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji. W latach 2017–2018 występowanie przeciwciał HCV w krajowych próbach osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji wahało się od 16 do 86%, a w 10 z 16 państw dane krajowe wskazywały na poziom przekraczający 50%. Spośród czterech krajów przekazujących najnowsze dane na temat aktywnych zakażeń wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji częstość występowania wynosiła od 28% w Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Walia, 2018 rok) do 67% w Austrii (Wiedeń, 2018 rok). Według raportu EMCDDA ważne jest, aby zidentyfikować osoby, które są przewlekle zakażone: istnieje u nich ryzyko zachorowania na marskość wątroby i raka, mogą również przenosić wirusa na inne osoby podczas dzielenia się materiałami do iniekcji, które miały kontakt z ich krwią.

Nowe substancje psychoaktywne – coraz poważniejszy problem

Tempo wprowadzania nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”) do obrotu w ostatnich latach ustabilizowało się według ostatniego raportu EMCDDA. Niemniej jednak każdego roku w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania w dalszym ciągu wykrywa się po raz pierwszy ponad 50 nowych substancji psychoaktywnych. Oprócz tego każdego roku na rynku europejskim wykrywa się około 400 wcześniej zgłoszonych nowych substancji psychoaktywnych. Substancje te pozyskiwane są z wielu różnych rodzajów narkotyków i nie są objęte kontrolą na mocy międzynarodowych przepisów antynarkotykowych. Są wśród nich substancje pobudzające, syntetyczne kannabinoidy, benzodiazepiny, opioidy, substancje halucynogenne i dysocjacyjne. Pod koniec 2019 roku EMCDDA monitorowało ponad 790 nowych substancji psychoaktywnych, z których 53 zgłoszono w Europie po raz pierwszy w 2019 roku. Od 2015 roku co roku wykrywa się około 400 wcześniej zgłoszonych nowych substancji psychoaktywnych. W 2018 roku organy ścigania z całej Europy zgłosiły do unijnego systemu wczesnego ostrzegania blisko 64 800 konfiskat nowych substancji psychoaktywnych, z czego około 40 200 konfiskat zgłosiły państwa członkowskie, co stanowi niewielki spadek w porównaniu z 2017 rokiem. W 2018 roku do unijnego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono ponad 5,6 tony nowych substancji psychoaktywnych, głównie w postaci substancji w proszku, z czego 4,4 tony zgłosiły państwa członkowskie. Ponadto stwierdzono również, że 4212 litrów płynów oraz 1,6 mln tabletek i kapsułek zawierało nowe substancje psychoaktywne. Najczęściej konfiskowanymi nowymi substancjami psychoaktywnymi w Europie są z reguły syntetyczne kannabinoidy i katynony, które łącznie stanowiły 77% wszystkich konfiskat zgłoszonych w 2018 roku (64% w państwach członkowskich). Badania sondażowe wśród ogółu społeczeństwa, o ile są dostępne, wskazują na niskie wskaźniki używania nowych substancji psychoaktywnych w krajach europejskich. Nowe substancje psychoaktywne stanowią 5% wszystkich narkotyków dostarczanych do badania przez osoby je zażywające do sieci punktów kontroli narkotyków działających w 11 krajach europejskich w pierwszej

połowie 2019 roku. Należy zauważyć, że wyniki te nie odzwierciedlają sytuacji na całym rynku.

Syntetyczne opioidy

Pojawienie się nowych syntetycznych opioidów stanowi niepokojący przykład nieustannej zdolności adaptacyjnej europejskiego rynku narkotykowego według raportu EMCDDA. Rosnący poziom świadomości na temat zagrożeń indywidualnych i zagrożeń dla zdrowia publicznego związanych z używaniem pochodnych fentanylu doprowadził do podjęcia działań obejmujących większe ograniczenia w krajach producentów. Jedną z oznak adaptacji rynku narkotykowego może być fakt, iż spośród ośmiu nowych syntetycznych opioidów wykrytych po raz pierwszy w 2019 roku w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania, 6 nie było pochodnymi fentanylu, choć mogą one stwarzać podobne zagrożenie dla zdrowia publicznego. Od 2009 roku na europejskim rynku środków odurzających wykryto 57 nowych syntetycznych opioidów, z czego 8 zgłoszono po raz pierwszy w 2019 roku. W przeciwieństwie do ostatnich lat tylko dwa z tych opioidów były pochodnymi fentanylu. Pozostałe 6 opioidów (2-fluoro-wiminol, AP-237, 2-metylo-AP-237, piperydyliambuten, furanyl UF-17 i izotonitazen) różni się pod względem składu chemicznego od fentanylu, mimo iż budzą one poważne obawy co do ich toksyczności. W 2018 roku do unijnego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono około 1000 konfiskat nowych opioidów. Przechwycono w nich około 9,3 kg materiału, z czego 7,3 kg stanowiły substancje w proszku. Ponadto zgłoszono 5,4 litra płynów oraz 21 500 tabletek i kapsułek (z wyjątkiem tramadolu) w 2018 roku.

Przypisy

¹ Światowy Raport o Narkotykach wraz z dodatkowymi materiałami dostępny jest na stronie internetowej <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html>. Światowy Raport o Narkotykach za rok 2020 zawiera globalny przegląd podaży i popytu na opiaty, kokainę, przetwory konopi, stymulanty, pochodne amfetaminy oraz nowe substancje psychoaktywne, jak również informacje na temat wpływu tych substancji na zdrowie, z uwzględnieniem ewentualnych skutków pandemii COVID-19.

² Raport EMCDDA znajduje się na stronie <https://www.emcdda.europa.eu>.

Leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków może mieć trudniejszy przebieg. Oznacza to zwiększoną liczbę epizodów nawrotu i większą trudność w wyjściu z uzależnienia w porównaniu z osobami z tylko jednym zaburzeniem. Problemy w terapii wiążą się z brakiem wewnętrznych i zewnętrznych zasobów u pacjentów, na których specjaliści mogliby oprzeć proces zdrowienia. Współwystępowanie zaburzeń wyzwala cięższy przebieg choroby, objawy nakładają się na siebie i obniżają zdolność wychodzenia z choroby.

TRUDNOŚCI W LECZENIU OSÓB ZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYMI ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI I WYNIKAJĄCYMI Z UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Koncept współwystępowania odnosi się do zaburzeń, których symptomy występują w tym samym czasie bądź do zaburzeń pojawiających się niezależnie podczas całego życia (Petry 2005). Zaburzenia związane z używaniem środków psychoaktywnych i zaburzenia hazardowe zostały zdefiniowane w DSM-5 jako część tej samej kategorii zaburzeń – używania substancji i nałogów. Stało się tak, ponieważ mają one wiele cech wspólnych, np. rosnąca tolerancja i objawy odstawienne.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi często piją alkohol lub używają narkotyków. Wspólne motywy angażowania się w te aktywności dają możliwe wyjaśnienia dla związku między hazardem a używaniem substancji. Wiele modeli motywacyjnych argumentuje, że pragnienie zmiany nastroju, tj. ograniczenie negatywnych efektów różnych zdarzeń lub wywołanie euforii bądź podniecenia, mogą być przyczyną rozwoju różnych zachowań uzależniających, w tym zaburzeń hazardowych i wynikających z używania alkoholu lub narkotyków. Osoby z zaburzeniami hazardowymi i uzależnione od substancji mają trudności z regulacją emocji, lękiem i depresją.

Rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych jest stosunkowo wysokie (Spunt, 2002), jednak nierozpoznane, ponieważ pacjenci

nie demonstrują symptomów zaburzeń hazardowych podczas leczenia skoncentrowanego na terapii uzależnienia od alkoholu bądź narkotyków (Séguin i współ., 2010). Badania prowadzone w populacjach klinicznych, w placówkach leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych, pokazują, że między 40 a 70% pacjentów przejawiało minimum jedno dodatkowe zaburzenie psychiczne. Zaburzenia hazardowe występują od 4 do 10 razy częściej w grupie osób nadużywających alkoholu lub narkotyków niż w populacji generalnej (Lorains i współ., 2011).

Wiele osób z zaburzeniami hazardowymi nie podejmuje leczenia; jedynie 7-12% osób z zaburzeniami hazardowymi decyduje się podjąć terapię. Częściej leczenie podejmują osoby, u których współwystępują zaburzenia psychiczne i zaburzenia hazardowe niż osoby tylko z jednym zaburzeniem. Jest to związane z dotkliwością objawów wynikającą z występowania dwóch rodzajów zaburzeń. Wśród osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych, które podejmują leczenie – 30% go nie kończy, a połowa z rezygnujących z leczenia robi to w ciągu pierwszych 10 dni.

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków uzyskują gorsze wyniki leczenia w porównaniu z pacjentami z tylko jednym zaburzeniem. Rezygnują z leczenia 2,5 razy częściej niż osoby z zaburzeniami hazardowymi

(Milton i współ., 2002). Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami mają zwykle cięższy przebieg choroby, poważniejsze konsekwencje zdrowotne i społeczne, więcej trudności i powikłań w leczeniu oraz gorsze wyniki leczenia niż pacjenci z pojedynczym zaburzeniem. Osoby ze współistniejącymi zaburzeniami są postrzegane przez klinicystów jako trudniejsze w pracy w porównaniu z osobami z tylko jednym zaburzeniem (Najavits, 2002). Leczenie współwystępowania wymaga odrębnego podejścia niż leczenie pojedynczo występujących zaburzeń, tymczasem w Polsce brakuje rekomendacji i procedur dotyczących tego problemu.

Celem artykułu jest identyfikacja trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków.

Materiał i metoda

W badaniu¹ wykorzystano perspektywę badań jakościowych, technikę wywiadu semistrukturyzowanego. Badanie było prowadzone w dwóch polskich miastach – w Warszawie i we Wrocławiu. Próbę stanowiły osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji (alkoholu i narkotyków), jak również profesjonaliści z sektora leczenia – terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz lekarze psychiatrzy. Dobór próby miał charakter celowy. Próba liczyła 65 respondentów, w tym 20 respondentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od alkoholu, 20 respondentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od narkotyków, 5 lekarzy psychiatrów, 10 terapeutów uzależnień zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i tyle samo terapeutów zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków.

Badanie uzyskało pozytywną zgodę Komisji Bioetycznej działającej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (ref. 16/2015). Udział w badaniu był dobrowolny. Każdy respondent musiał wyrazić zgodę na udział w nim i podpisać stosowny formularz dotyczący tej kwestii. Było to warunkiem niezbędnym uczestnictwa w badaniu. Wywiady zostały oznaczone jedynie numerem, dane osobiste nie były zbierane. Respondenci nie otrzymywali gratyfikacji za udział w badaniu.

Wyniki

Zidentyfikowane trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami można zaklasyfikować do czterech kategorii: problemy z implementacją leczenia; nasilenie symptomów; problemy z utrzymywaniem abstynencji od używania substancji lub hazardu podczas leczenia oraz nasilenie współwystępującego zaburzenia w wyniku leczenia jednego z nich.

Problemy z implementacją leczenia

Jedną z trudności w leczeniu pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków może być ukrywanie jednego z zaburzeń. Najczęściej są to zaburzenia hazardowe, które aż tak nie wpływają na wygląd zewnętrzny i zachowanie jak używanie alkoholu czy narkotyków. Przyznają się do tego sami pacjenci.

W tej chwili hazard jest trudniejszy do leczenia, bardziej niż alkohol, bo to łatwiej ukryć. Porozpożyczałem wszystkie pieniądze, żeby nie mieć przy sobie. (GA1404MWAW²) Taką obserwację mają również profesjonaliści. *Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami często nie przyznają się do drugiego zaburzenia. Później w trakcie terapii, kiedy są pytani i nie mają wyjścia, mówią, że faktycznie mam problem z hazardem, za dużo gram lub biorę za dużo narkotyków i nie mogę się oprzeć. (PS1404KWAW)* Czasami specjaliści nie rozpoznają zaburzeń hazardowych, ponieważ mogą nie mieć doświadczenia w ich leczeniu. Ponadto pacjenci mogą nie przyznać się do zaburzenia, ponieważ czerpią z niego korzyści psychologiczne i społeczne lub wstydzą się ujawnić kolejne zaburzenie. *Ja myślę, że jeśli diagnoza jest postawiona w porę, to nie ma trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Ta terapia jest podobna. Problem w leczeniu pojawia się, gdy pomija się to współwystępujące zaburzenie, bo wtedy terapia nie pomoże. Jeśli zaburzenie zostanie wychwycone, będzie dobrze. Czasami pacjent nie zdaje sobie sprawy ze współwystępującego zaburzenia i nieświadomie, i bezrefleksyjnie odpowiada na pytania diagnostyczne, ponieważ uważa, że nie stanowi to problemu. A po jakimś czasie wracają i mówią, że coś jest nie tak z ich piciem. Są tacy pacjenci, bardzo rzadko, ale są. Mielśmy takiego pacjenta, który przez osiem tygodni w oddziale dziennym zachowywał abstynencję od hazardu i pił. Policzył, ile może wypić,*

aby alkomat nie wskazywał stężenia alkoholu we krwi następnego dnia. Do leczenia wrócił po dwóch latach. (PS0106KWAW)

Nasilenie symptomów

Problemem w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest słaba kontrola impulsów i emocji. Pacjenci nie wiedzą, jakie jest źródło ich impulsywności, mają problem z poradzeniem sobie z tym oraz z kontrolą emocji. W ich ocenie brak kontroli jest wynikiem współwystępujących zaburzeń. *Nie kontroluję swoich emocji, widzę to najbardziej. Teraz często analizuję źródło tego, czy źródłem jest uzależnienie od narkotyków, czy zaburzenia związane z hazardem, w sensie mechanizm uzależnienia. (GN1205MWAW)*

Dla terapeutów uzależnień i lekarzy psychiatrów wyzwaniem w terapii jest brak zasobów wewnętrznych, na których mogliby oprzeć proces zdrowienia. Brak zasobów wewnętrznych może mieć związek z rozwojem zaburzeń w młodym wieku, co zahamowało rozwój emocjonalny. *Jeśli pacjent boryka się ze współwystępującymi zaburzeniami, trudno jest znaleźć zdrowy obszar funkcjonowania, zasoby, które mogłyby być podstawą powrotu do zdrowia. W ich życiu jest więcej chaosu i zniszczenia. Trudniej jest mi znaleźć jego mocne strony i zasoby. (TN2204KWRO)* Im młodszy pacjent i im wcześniej się uzależnił, tym trudniejsze jest leczenie. *Rozwój emocjonalny jest zahamowany, pacjenci przestają się rozwijać, a czasami rozmawiając z pacjentem, który od 12. roku życia zażywa narkotyki, uprawia hazard, pije, łatwiej jest traktować go jak osobę, która ma 12 lat. Reaguje jak dziecko. Uzależnili się, a ich rozwój emocjonalny zatrzymał się. Nie ma nic, co możesz zbudować. (PS0106KWAW)*

Kumulacja problemów wywołanych hazardem lub używaniem substancji psychoaktywnych także wpływa na trudniejszy proces terapii. *Kumulacja doświadczanych problemów życiowych jest również często przyczyną trudności w procesie terapeutycznym. (TA0812KWAW)*

Problemy z utrzymywaniem abstynencji od używania substancji lub grania

Dla pacjentów utrzymanie abstynencji od grania w gry hazardowe było szczególnie trudne. Zaburzenia hazardowe były trudniejsze do przezwyciężenia w porównaniu z uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków. Pacjenci

ze współistniejącymi zaburzeniami związanymi z używaniem narkotyków twierdzili, że leczenie metadonem pomogło im radzić sobie z głodem, ale mieli większe problemy z kontrolowaniem zachowań związanych z hazardem. *Okres używania narkotyków w moim życiu jest zamknięty, bo sobie z nim poradziłem. Tylko czasami biorę metadon, ale ostatnio, kiedy jestem w pracy, nie mogę. Kiedy biorę metadon, nie potrzebuję heroiny. Jedyne problemy w moim leczeniu to hazard uprawiany na automatach. To nie jest normalne, że pracuję cały miesiąc i przez jedną lub dwie noce przeznaczam całą pensję na granie. (HN0812MWAW)*

W ocenie terapeutów trudnością w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami jest większa liczba nawrotów w porównaniu z pacjentami z tylko jednym zaburzeniem. Jest to wyzwanie, ponieważ leczenie jest bardziej skomplikowane ze względu na pojawienie się nawrotów wywołanych hazardem, piciem lub używaniem narkotyków. *Mam wrażenie, że bardziej destruktywni byli pacjenci, którzy mieli pełne objawy współistniejących zaburzeń hazardowych i uzależnienia. Dużo trudniej im przezwyciężyć nałogi, mają więcej nawrotów, a terapia jest znacznie trudniejsza. (TN0611KWAW)*

Nasilenie współwystępującego zaburzenia w wyniku leczenia jednego z nich

Współwystępowanie zaburzeń jest cięższe dla pacjentów, ich objawy nakładają się, co obniża zdolność do wychodzenia z uzależnienia. *Bardzo często zaburzenia te wzajemnie się wzmacniają i powodują, że stan psychiczny osoby uzależnionej i rokowanie co do terapii i trudności w terapii mogą być wielokrotnie pogłębione. Bardzo często to współwystępowanie problemów powoduje pogłębienie zaburzenia. (TA2104KWAW2)*

Podsumowanie

W badaniu zidentyfikowano kilka trudności w leczeniu osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków odnoszących się do takich kategorii, jak problemy z implementacją leczenia, nasilenie symptomów, problemy z utrzymaniem abstynencji oraz nasilenie współwystępującego zaburzenia w wyniku leczenia jednego z nich. Wśród trudności z implementacją leczenia zidentyfikowano ukrywanie zaburzeń hazardowych przez pacjentów

oraz nierozpoznawanie przez profesjonalistów współwystępujących zaburzeń podczas stawiania diagnozy. Słabą kontrolę nad impulsami, brak zasobów wewnętrznych i zewnętrznych oraz kumulację problemów wywołanych przez zaburzenia współistniejące można zaklasyfikować do kategorii trudności związanych z nasileniem objawów wynikających ze współistniejących zaburzeń hazardowych i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu lub narkotyków. Te wyzwania terapeutyczne mogą być wywołane trudnościami w regulacji emocji, ponieważ badania pokazują, że patologiczni hazardziści mają z tym większe trudności (Jauregui i współ., 2016). Granie w gry hazardowe jest sposobem regulowania negatywnych emocji i konsekwencją obniżonej zdolności do samokontroli. Wśród osób z zaburzeniami hazardowymi częściej występują objawy zespołów lękowych i depresyjnych, które również nasilają trudności w leczeniu (Parhami i współ., 2014).

Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu i narkotyków mają większe trudności z utrzymywaniem abstynencji niż osoby tylko z jednym zaburzeniem. Kwestia tego, kiedy jedno zaburzenie ulegnie eskalacji z powodu leczenia drugiego, również była postrzegana jako wyzwanie w leczeniu. Modele motywacyjne zachowań mogących prowadzić do wystąpienia uzależnienia zakładają, że ludzie używają substancji, aby uzyskać pożądane rezultaty, np. regulować pozytywne i negatywne emocje. W takich przypadkach osoby ze współwystępującymi zaburzeniami mogą sięgać po substancje psychoaktywne bądź angażować się w hazard, ponieważ trudności w regulowaniu emocji wynikające z podjęcia terapii i konieczności utrzymywania abstynencji stają się nie do opanowania.

W świetle dotkliwych konsekwencji, jakie wywołują objawy współwystępujących zaburzeń, kluczowe znaczenie ma skuteczne leczenie. Jednakże odpowiednio dobra terapia, na którą mogą liczyć osoby z tego typu zaburzeniami, jest bardzo rzadka (Sorsa i współ., 2017). Badania pokazują, że ograniczenia w leczeniu związane są głównie z kompetencjami profesjonalistów oraz strukturą i ofertą systemu. Jednym z ograniczeń jest leczenie pacjentów z podwójną diagnozą w krótkim czasie i w ramach standardowego modelu opieki przewidzianego dla osób, u których występuje tylko jedno zaburzenie. Kolejna trudność dotyczy braku wytycznych dla leczenia pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami, które mogą

być cenne we wspieraniu profesjonalistów, gdy leczenie jest skomplikowane. Trzecia kategoria ograniczeń wiąże się z nieodpowiednią współpracą między specjalistami z ośrodków zdrowia psychicznego i ośrodków leczenia uzależnień. Czwarta trudność dotyczy niedostatecznego leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji (Pinderup, 2018).

Wspomniane trudności w leczeniu mogą wiązać się z postrzeganiem osób z zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od alkoholu lub narkotyków jako jednorodnej grupy. W przypadku tego typu pacjentów wykorzystuje się w sposób uniwersalny podejście poznawczo-behawioralne (CBT), które jest skuteczne tylko w umiarkowanym stopniu. Jednak, jak pokazuje literatura, osoby z zaburzeniami hazardowymi i uzależnione od alkoholu lub narkotyków to grupy niejednorodne, wobec których należy implementować specyficzne oddziaływania oraz reagować na ich potrzeby, biorąc pod uwagę specyficzne podtypy pacjentów (Błaszczynski, Nower, 2002). Badania pokazują, że osoby z zaburzeniami hazardowymi, doświadczające cierpienia psychicznego, w większym stopniu korzystają z interwencji ukierunkowanych na specyficzne problemy psychologiczne oraz dostarczane im alternatywne dla uprawiania hazardu strategie radzenia sobie ze stresem i problemami emocjonalnymi. Z kolei gracze, którzy uzyskali niskie wyniki na skali chorób współwystępujących, wymagają najmniej intensywnych interwencji opartych na programach CBT. Młodzi ludzie ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania substancji powinni zostać objęci krótką interwencją z wykorzystaniem dialogu motywującego i poradnictwa w formie online. Osoby z wieloma zaburzeniami, które uzyskały wysokie wyniki na skali chorób współwystępujących, wymagają terapii integracyjnej, łączącej różne podejścia – intensywną terapię poznawczo-behawioralną, strategie kontroli impulsów, wspomagające oddziaływania psychologiczne i farmakoterapię (Suomi i współ., 2014). Heterogeniczność populacji osób z zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od alkoholu lub narkotyków wymaga rzetelnej i pogłębionej diagnozy, umożliwiającej dobór odpowiedniego leczenia.

W wielu krajach Europy Zachodniej systemy opieki zdrowotnej są w trakcie reorganizacji lub zostały już zreorganizowane, aby lepiej odpowiadać na potrzeby pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami.

Zmiany te mają na celu poprawę jakości i adekwatności leczenia. Jeśli chodzi o leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych, dłuższy czas leczenia, który jest elastycznie dopasowywany do potrzeb pacjentów, pozytywnie wpływa na skuteczność terapii. Również wytyczne dla profesjonalistów mogą być nieocenione we wspomaganiu leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami. Badacze donoszą, że brak odpowiednich wytycznych utrudnia leczenie współwystępujących zaburzeń związanych z używaniem substancji, a jednocześnie może skutkować negatywnymi konsekwencjami dla pacjentów. Tym samym sugeruje się, aby jednym ze sposobów poprawy leczenia tego typu zaburzeń było zapewnienie aktualnych i kompleksowych wytycznych dla wszystkich pracowników danej placówki zajmującej się pomocą osobom z zaburzeniami psychicznymi (Pinderup, 2018). Lista rozwiązań przyczyniających się do poprawy jakości leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami nie jest kompletna i z pewnością można zidentyfikować oraz wdrożyć wiele innych rozwiązań. Trudności zidentyfikowane w naszym badaniu mogą również mieć wpływ na dostosowanie oferty do tej konkretnej grupy klientów.

Wnioski

Na koniec należy jeszcze raz podkreślić, że leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu lub narkotyków może mieć trudniejszy przebieg. Oznacza to zwiększoną liczbę epizodów nawrotu i większą trudność w wyjściu z uzależnienia w porównaniu z osobami z tylko jednym zaburzeniem. Problemy w terapii wiążą się z brakiem wewnętrznych i zewnętrznych zasobów u pacjentów, na których specjaliści mogliby oprzeć proces zdrowienia. Współwystępowanie zaburzeń wyzwała cięższy przebieg choroby, objawy nakładają się na siebie i obniżają zdolność wychodzenia z choroby. Wyzwaniem w leczeniu tego typu pacjentów może być ukrywanie towarzyszącego zaburzenia oraz niezdiagnozowanie go przez specjalistów. Przyczyną ukrywania może być chęć utrzymania jednego zaburzenia i czerpanie z niego korzyści psychologicznych i społecznych. Pacjenci mogą również wstydzić się ujawnić drugie zaburzenie przed terapeutą lub innymi osobami, np. pozostałymi uczestnikami terapii. Świadomość trudności w terapii osób ze współwystępującymi zaburzeniami pozwala

na poprawę jakości i skuteczności leczenia, zwiększa szansę na uzyskanie lepszej, dostosowanej do ich potrzeb pomocy.

Przypisy

- ¹ Program badawczy został sfinansowany z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia (umowa numer 70/HE/2015, 4/HEK/2016).
- ² Metoda kodowania wywiadów: GA – osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania alkoholu; GD – osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i wynikającymi z używania narkotyków; TA – terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu; TN – terapeuci zatrudnieni w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków; XXXX – numer wywiadu; M – mężczyzna, F – kobieta; WRO – Wrocław, WAW – Warszawa; Y – numer wywiadu przeprowadzonego tego samego dnia.

Bibliografia

- Błaszczynski A., Nower L. (2002), A pathways model of problem and pathological gambling, *Addiction*, 97: 487-499. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x.
- Jauregui P., Estévez A. & Urbiola I. (2016), Pathological Gambling and Associated Drug and Alcohol Abuse, Emotion Regulation, and Anxious-Depressive Symptomatology, *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 251-260. doi:10.1556/2006.5.2016.038.
- Lorains F.K., Cowlishaw S., Thomas S.A. (2011), Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys, *Addiction*, 106(3): 490-8.
- Milton S., Crino R., Hunt C., Prosser E. (2002), The Effect of Compliance-Improving Interventions on the Cognitive-Behavioural Treatment of Pathological Gambling, *J Gambl Stud.*, 18(2): 207-29.
- Najavits L.M. (2002), Clinicians' views on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 79-85.
- Parhami I., Mojtabei R., Rosenthal R.J., Afifi T.O., Fong T.W. (2014), Gambling and the onset of comorbid mental disorders: A longitudinal study evaluating severity and specific symptoms, *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 207-219. doi:10.1097/01.pra.0000450320.98988.7c.
- Petry N.M. (2005), Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment (1sted.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pinderup P. (2018), Challenges in working with patients with dual diagnosis, *Advances in Dual Diagnosis*, 11(2), 60-75; <https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0021>.
- Séguin M., Boyer R., Lesage A., McGirr A., Suissa A., Tousignant M. et al. (2010), Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking, *Psychol Addict Behav.*, 24(3):541-7.
- Sorsa M., Greacen T., Lehto J. & Åstedt-Kurki P. (2017), A Qualitative Study of Barriers to Care for People With co-occurring Disorders, *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 399-406; <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.013>.
- Spunt B. (2002), Pathological Gambling and Substance Misuse, *Substance Use & Misuse*, 37(8-10): 1299-304.
- Suomi A., Dowling N.A. & Jackson A.C. (2014), Problem gambling sub-types based on psychological distress, alcohol abuse and impulsivity, *Addictive Behaviors*, 39(12): 1741-1745, doi: 10.1016/j.addbeh.2014.07.023.

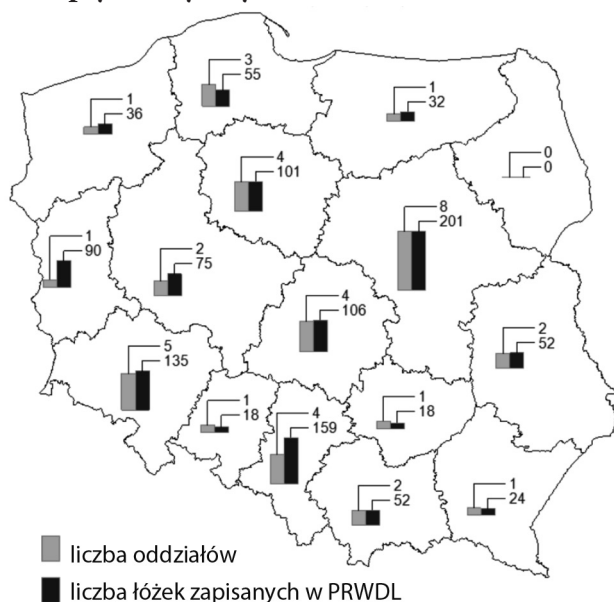
DOSTĘPNOŚĆ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Dane dotyczące liczby dzieci i młodzieży wykazujące zaburzenia psychiczne w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej są zbliżone w wielu krajach i dotyczą około 10% tej populacji. W Polsce odsetek ten wynosi co najmniej 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i pomocy psychologicznej wymaga około 630 tys. dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia¹. Niepokojące są dane dotyczące prób samobójczych podejmowanych przez osoby niepełnoletnie w Polsce. Drugą najczęstszą przyczyną zgonów wśród nastolatków są samobójstwa. Co więcej, wzrasta liczba prób samobójczych wśród niepełnoletnich (w wieku 7-18 lat)². W 2019 roku wyniosła ona 951, rok wcześniej 772, w 2017 roku 730. Łącznie, w okresie 2017–2019, było 2453 zamachów samobójczych, w tym 311 zakończonych zgonem (13%).

Dane z raportu Najwyższej Izby Kontroli

W ocenie ogólnej przeprowadzonej kontroli³ Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że system leczenia psychia-

Rys. 1. Rozmieszczenie na terenie kraju oddziałów i łóżek psychiatrycznych.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

trycznego dzieci i młodzieży nie zaspokaja w pełni potrzeb tej populacji pacjentów oraz nie zapewnia kompleksowej i powszechnie dostępnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W okresie objętym kontrolą, w pięciu województwach nie funkcjonował żaden oddział psychiatryczny dzienny⁴, a w województwie podlaskim brakowało całodobowego, stacjonarnego oddziału dla dzieci i młodzieży. Zmniejszyła się również między 2018 a 2019 rokiem liczba świadczeniodawców udzielających ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych⁵. Jednocześnie dostępność tej formy opieki dla dzieci i młodzieży była zależna od miejsca zamieszkania, utrudniona w małych miastach i na wsi. Według standardu WHO (2005 rok) dla kraju o średnim poziomie dochodów liczba psychiatrów dziecięcych powinna wynosić: 1 psychiatr na 10 tys. dzieci i młodzieży. Natomiast w Polsce wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 10 tys. tej populacji był dwa razy niższy i wyniósł 0,51 (według stanu na dzień 31 grudnia 2018 roku). Bardzo zróżnicowane było przy tym rozmieszczenie lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na terenie kraju, co pokazuje wykres 1.

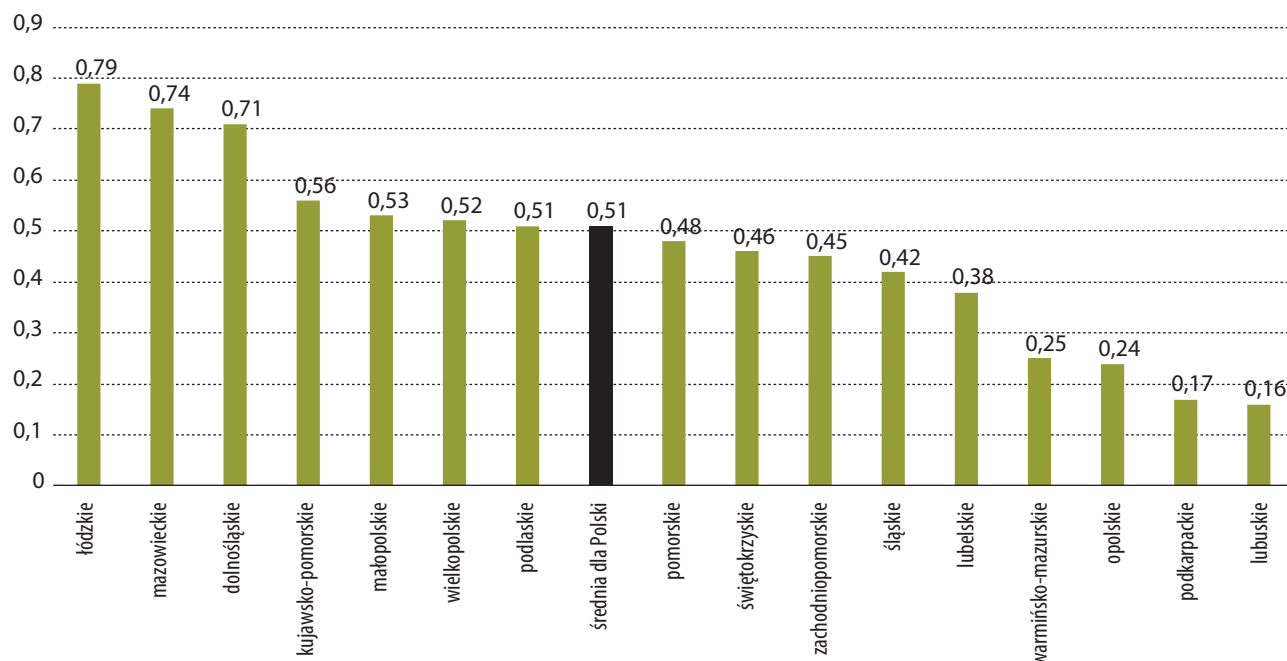
Reforma ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Dane z raportu NIK pokazują potrzebę zdecydowanej poprawy sytuacji w profilaktyce oraz w terapii adresowanej do dzieci i młodzieży. Ministerstwo Zdrowia – już po zakończeniu kontroli NIK – rozpoczęło wdrażanie reformy, która buduje od nowa psychiatrię dzieci i młodzieży⁶.

Nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży składa się z trzech poziomów referencyjnych.

Pierwszy poziom to **Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży**, w których nie pracowaliby lekarze, ale psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi. Pacjenci mogą skorzystać z oferty tych ośrodków bez skierowania lekarskiego. Ośrodki będą udzielać

Wykres 1. Wskaźnik liczby psychiatrów dzieci i młodzieży przypadających na 10 tys. małoletnich (według stanu na 31 grudnia 2018 roku).



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

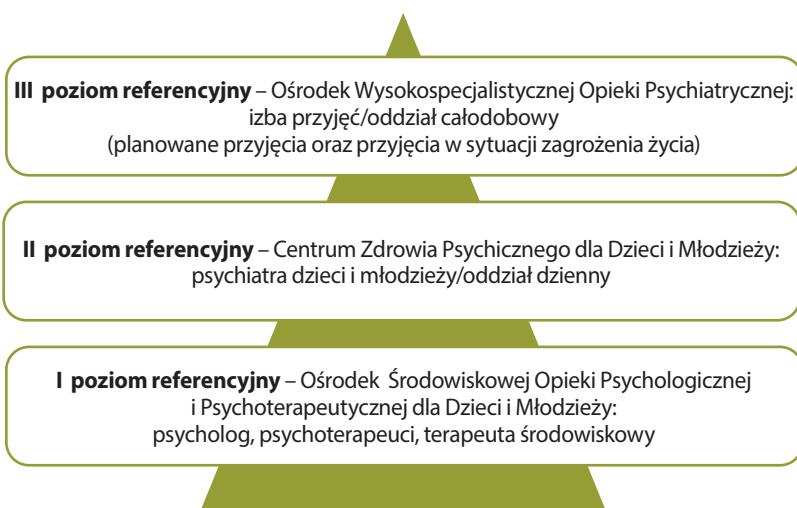
pomocy tym dzieciom, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. Pierwsze ośrodki pierwszego stopnia referencyjnego zostały uruchomione 1 kwietnia 2020 roku. Ministerstwo Zdrowia planuje, aby docelowo w każdym powiecie lub grupie powiatów funkcjonował taki ośrodek.

W ośrodkach drugiego poziomu – **Centrach Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży** – pracować będzie lekarz psychiatra, a pacjenci wymagający intensywniejszej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału

dziennego. Jeden taki ośrodek obejmowałby wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów.

Na trzecim, najwyższym poziomie referencyjności funkcjonować będą **Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej**. W takich ośrodkach pomoc znajdą pacjenci wymagający najbardziej specjalistycznej pomocy, w szczególności osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym. W każdym województwie funkcjonować będzie co najmniej jeden taki ośrodek.

Rys. 2. Poziomy referencyjne.



Przypisy

- ¹ „Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)”, raport Najwyższej Izby Kontroli, Warszawa 2020 <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zdrowie/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html>
- ² Dane Komendy Głównej Policji <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>
- ³ Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od dnia 9 maja 2019 r. do dnia 30 sierpnia 2019 r. Kontrolą objęto lata 2017–2019 (I półrocze).
- ⁴ W województwach: lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim.
- ⁵ Liczba placówek w 2018 roku – 184, w 2019 roku – 171.
- ⁶ Nowy model ochrony zdrowia psychicznego został wprowadzony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. (Dz.U. poz. 1640) oraz rozporządzeniem z dnia 16 września 2020 r. (Dz.U. poz. 1641), <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-pracnad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy>

KAMPANIA „BEZ CHEMII NA DRODZE”

Z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii rozpoczęła się ogólnopolska kampania społeczna o ryzyku związanym z używaniem substancji psychoaktywnych na drodze pod nazwą „Bez chemii na drodze”. Kampania jest realizowana przez Fundację Poza Schematami ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.



Prowadzenie pod wpływem narkotyków - stymulanty

Celem kampanii jest rozpowszechnienie informacji na temat ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych podczas jazdy. Kampania adresowana jest do użytkowników dróg – do kierowców, rowerzystów, pasażerów oraz rodziców młodych ludzi, którzy w bliższej lub dalszej przyszłości zostaną kierowcami.

Kampania prowadzona jest wielotorowo. Przewiduje działania edukacyjne dla różnych grup odbiorców, w tym emisję spotów radiowych i wideo, media relations, działania w mediach społecznościowych i w internecie.

Na stronie <https://bezchemiina drodze.pl> prezentowane są materiały kampanijne. Artykuły uporządkowano tematycznie: • Substancje psychoaktywne w ruchu drogowym; • Prawo; • Wychowanie a bezpieczeństwo; • Młodzi ludzie i zachowania ryzykowne. Dostępny jest krótki program psychoedukacyjny dla rodziców, linki do zewnętrznych internetowych stron pomocowych i numery telefonów zaufania.

 **BEZ CHEMII NA DRODZE**

Od Ciebie wszystko się zaczyna
Scenariusze zajęć wzmacniających
bezpieczeństwo młodzieży
w ruchu drogowym

Dla rodziców i opiekunów uczniów
z klas VII i VIII szkół podstawowych
oraz szkół ponadpodstawowych

Materiały opracowane w ramach
kampanii „Bez chemii na drodze”
www.bezchemiina drodze.pl

Kinga Sochocka, Karolina Van Laere

EGZEMPLARZ
BEZPŁATNY
Warszawa 2020

 Ministerstwo Zdrowia

 NPZ

 Fundacja
Poza
Schematami



Oczekiwanie wobec narkotyków a ryzyko



Rola więzi w procesie uczenia się tego, co jest właściwe, a co nie



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