



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 4 (96) 2021

NR 4

2021

SPIIS TREŚCI

Prawo

KODEKS KARNY A PRZEPISY USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Krzysztof Krajewski..... 1

Profilaktyka

POJĘCIE I ZAKRES PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ. STANDARDY, ETYKA, STRATEGIE, PROGRAMY REKOMENDOWANE I DOBRE PRAKTYKI

Ireneusz Siudem..... 6

Analiza

KOMPONENTY RESILIENCE MŁODZIEŻY DORASTAJĄCEJ W ZUBOŻAŁYCH SĄSIEDZTWACH W BADANIACH PARTYCYPACYJNYCH

Anita Gulczyńska..... 14

Narzędzia diagnostyczne

CYFROWE NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE DO BADANIA CZYNNIKÓW RYZYKA, CZYNNIKÓW CHRONIĄCYCH I ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH UCZNIÓW KLAS IV-VIII

Ewa Wysocka..... 21

Badania, raporty

PICIE ALKOHOLU WŚRÓD PODOPIECZNYCH MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW SOCJOTERAPII I WYCHOWAWCZYCH ORAZ ZWIĄZANE Z TYM PROBLEMY

Jakub Greń, Agnieszka Pisarska..... 28

ZDROWOTNE, PSYCHICZNE I SPOŁECZNE KONSEKWENCJE UŻYWANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WŚRÓD REKREACYJNYCH I PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW

Łukasz Wieczorek, Michał Bujalski, Katarzyna Dąbrowska..... 34

SKALA ZJAWISKA UŻYWANIA NARKOTYKÓW I „DOPALACZY” ORAZ ZWIĄZANE Z NIMI PROBLEMY

Artur Malczewski..... 42

Doniesienia

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM – MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA W WARSZAWIE

Artur Malczewski..... 47

Internet

PLATFORMA EDUKACYJNA FUNDACJI DAJEMY DZIECIOM SIŁĘokładka III

Niektóre z przepisów ustaw o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 1997 oraz 2005 zostały sformułowane w sposób wyraźnie antysystemowy w stosunku do przepisów kodeksu karnego z roku 1997. Przykładem tego może być postępujące rozchodzenie się kodeksowych uregulowań dotyczących środków zabezpieczających o charakterze leczniczym stosowanych wobec osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz analogicznych przepisów dotyczących osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych (a od roku 2016 także nowych substancji psychoaktywnych) na gruncie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii¹.

KODEKS KARNY A PRZEPISY USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Krzysztof Krajewski
Katedra Kryminologii
Uniwersytet Jagielloński

Rozbieżności te są w znacznym stopniu wynikiem ignorowania przez kolejne ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zmieniających się uregulowań odpowiednich instytucji w kodeksie karnym, a po roku 2000 pojawił się inny poważny problem, będący wynikiem tego, że kodeks karny zignorował w pewnym momencie terminologię ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Rzecz dotyczy kwestii związanych z odpowiedzialnością karną za prowadzenie pojazdów mechanicznych, ale także innych pojazdów, pod wpływem alkoholu oraz innych substancji mogących wpływać na zdolność do bezpiecznego wykonywania takich czynności. W tym ostatnim wypadku chodzi nie tylko o substancje nielegalne (a więc dzisiaj środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne, a także środki zastępcze), ale również legalne, które mogą wywierać negatywny wpływ na zdolności psychomotoryczne osoby kierującej pojazdem. W tym ostatnim wypadku chodzi przede wszystkim o substancje zawarte w niektórych lekach. Zakaz wykonywania czynności prowadzenia wszelkich pojazdów, a także wykonywania pewnych innych czynności w ruchu lądowym² pod wpływem substancji psychoaktywnych wynika jednoznacznie z treści art. 45 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym (tekst jednolity Dz.U. 2021.450, dalej powoływana jako kodeks drogowy: k.d.). Zgodnie z treścią tego przepisu zabrania się „kierowania pojazdem, prowadzenia kolumny pieszych, jazdy wierzchem lub pędzenia zwierząt osobie w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu”. Przepis ten w terminologii używanej w języku prawniczym stanowi tzw. normę sankcjonowaną, tj. ustanawiającą określony zakaz

o charakterze administracyjnoprawnym. Naruszenie tego zakazu pociąga za sobą odpowiedzialność o charakterze represyjnym przewidzianą przez tzw. normy sankcjonujące, w danym wypadku zawarte w prawie wykroczeń oraz prawie karnym. Istotne jest to, że chodzi o dwie normy sankcjonujące, co jest wynikiem zróżnicowania odpowiedzialności za naruszenie normy art. 45 ust. 1 pkt 1 k.d. w zależności od tego, czy sprawca znajdował się w tzw. stanie po użyciu alkoholu, czy też w stanie nietrzeźwości. Oba te pojęcia zdefiniowane są w art. 46 ust. 2 i 3 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz.U.2021.1119 – dalej: u.o.w.t.p.a.). Zgodnie z pierwszym z tych przepisów stan po użyciu alkoholu ma miejsce, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Natomiast zgodnie z drugim z tych przepisów stan nietrzeźwości³ ma miejsce, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie wskazującym na użycie alkoholu stanowi wykroczenie określone w art. 87 § 1 kodeksu wykroczeń (dalej: k.w.). Zgodnie z jego treścią „kto, znajdując się w stanie po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka, prowadzi pojazd mechaniczny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, podlega karze aresztu albo grzywny nie niższej niż 50 złotych”. Natomiast prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie nietrzeźwości stanowi przestępstwo

(a konkretnie tzw. występki) określony w art. 178a § 1 kodeksu karnego (dalej: k.k.). Zgodnie z jego treścią „kto, znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, prowadzi pojazd mechaniczny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”. Jak więc widać w odniesieniu do kwestii związanych z prowadzeniem pojazdów mechanicznych pod wpływem alkoholu mamy do czynienia ze ścisłą i precyzyjną koordynacją przepisów prawa administracyjnego (k.d. oraz u.o.w.t.p.a.) z regulacjami prawa represyjnego, tj. k.k. i k.w. Niestety, kwestia ta przedstawia się odmiennie, jeśli chodzi o koordynację przepisów różnych aktów prawnych w odniesieniu do przypadków prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol⁴. Jak wspomniano wcześniej, art. 45 ust. 1 pkt 1 k.d. zakazuje prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem każdego środka działającego podobnie do alkoholu. Jest to określenie bardzo ogólne i pojemne, obejmujące niewątpliwie wszelkie substancje wywierające podobny do alkoholu efekt ograniczający zdolności psychomotoryczne osoby znajdującej się pod wpływem takiej substancji, bez względu na to, czy chodzi o substancje nielegalne czy legalne. Zakazane jest więc prowadzenie pojazdów mechanicznych tak pod wpływem *cannabis*, heroiny, kokainy, amfetaminy czy „dopalaczy”, jak i pod wpływem substancji zawartych np. w różnych lekach dostępnych bez recepty i na receptę, jeśli mają one podobny wpływ na organizm.

Problem zaczyna się, jeśli przyrzeć się sposobowi sformułowania przez ustawodawcę stosownych przepisów norm sankcjonujących kodeksu wykroczeń i kodeksu karnego. Odpowiedzialność z art. 87 § 1 k.w. ma miejsce w przypadkach prowadzenia pojazdu mechanicznego w stanie po użyciu alkoholu lub **podobnie działającego środka**. Różnica w stosunku do sformułowania art. 45 ust. 1 pkt 1 k.d. jest więc minimalna: ten ostatni przepis mówi bowiem o stanie **po użyciu środka działającego podobnie do alkoholu**. Jest to więc także szerokie określenie dopełniające, obejmujące wszelkie substancje psychoaktywne, które wywołują efekty podobne do alkoholu i w podobny sposób zmniejszają zdolność do prawidłowego i bezpiecznego wykonywania pewnych czynności, w tym prowadzenia pojazdów mechanicznych, bez względu na ich status prawny. Można oczywiście zadać sobie pytanie: dlaczego k.d. i k.w. nie używają w obu tych przepisach identycznych określeń? Z punktu widzenia poprawnej techniki

legislacyjnej jednolita terminologia byłaby jak najbardziej pożądana. Ale wskazana wyżej różnica sformułowań nie nastrocza jakichś istotnych wątpliwości co do interpretacji zakresu penalizacji przewidzianego przez art. 87 § 1 k.w. Inaczej jest niestety w przypadku art. 178a § 1 k.k. Przepis ten przewiduje bowiem odpowiedzialność karną za prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie nietrzeźwości lub **pod wpływem środka odurzającego**. Różnica sformułowania w stosunku do określenia art. 45 ust. 1 pkt 1 k.d. (ale także art. 87 § 1 k.w.) jest więc uderzająca nawet dla laika. Nasuwa się pytanie: dlaczego ustawodawca posłużył się w tym wypadku odmiennymi sformułowaniami i „co miał na myśli”, czy też, jakie cele chciał w ten sposób osiągnąć? Jest to o tyle istotne, że wykładnią przepisów prawa powinny rządzić dwie fundamentalne dyrektywy. Po pierwsze, jeśli ustawodawca używa w tekście różnych przepisów różnych sformułowań, to znaczy, że ma na myśli różne rzeczy (nawet jeśli na pierwszy rzut oka może wydawać się inaczej). Po drugie, jeśli w tekście różnych przepisów użyte są takie same sformułowania, to muszą one oznaczać to samo (nawet jeśli na pierwszy rzut oka może wydawać się inaczej). Bez tych reguł interpretacja przepisów prawa byłaby w zasadzie niemożliwa.

W poszukiwaniu znaczeń

Wracając do treści art. 87 § 1 k.w. i art. 178a § 1 k.k., powstaje pytanie: dlaczego ustawodawca, określając kategorię dopełniającą substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w pierwszym wypadku mówi o podobnie działającym środku, a w tym drugim o środku odurzającym? Czy terminy te mają różne znaczenie, a jeśli tak, to na czym polega różnica między nimi? Czy też mają one mieć w intencji ustawodawcy takie samo znaczenie? To ostatnie nawet dla laika może stanowić dziwactwo, bo dlaczego na określenie tego samego używać różnych terminów? Rozstrzygnięcie tej kwestii komplikuje dodatkowa okoliczność w postaci treści stosownych przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej u.o.p.n.). Rzecz w tym, iż ustawa ta wyróżnia cztery kategorie kontrolowanych substancji psychoaktywnych: środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne oraz środki zastępcze. Pojęcia te są zdefiniowane odpowiednio w art. 4 pkt 26, 25, 11a oraz 27 u.o.p.n. W praktyce, o tym, czy coś jest, czy nie jest środkiem odurzającym, substancją psychotropową czy nową substancją psychoaktywną decydują wykazy substancji stanowiące załączniki do stosownego rozporządzenia

ministra zdrowia (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, Dz.U.2021.46). Takie wykazy nie istnieją jedynie w przypadku środków zastępczych. Na gruncie u.o.p.n. pojęcie środka odurzającego ma więc bardzo konkretne znaczenie, które nie wymaga w zasadzie jakiegokolwiek dodatkowej interpretacji. Równocześnie nie ulega wątpliwości, że na gruncie tej ustawy termin ten nie wyczerpuje zakresu znaczeniowego pojęcia kontrolowanej substancji psychoaktywnej, bo do kategorii tej należą także substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne i środki zastępcze. Równocześnie te trzy pojęcia nie wyczerpują na pewno kategorii wszystkich substancji, które mogą skutkować utratą zdolności do bezpiecznego prowadzenia pojazdów mechanicznych, bo nie obejmują np. wielu substancji o podobnym działaniu, które zawarte są w rozmaitych lekach.

Rodzi to pytanie, za co w zasadzie przewiduje sankcje karne art. 178a § 1 k.k.? Jeśli użyte w tym przepisie określenie środek odurzający miałoby być rozumiane tak samo jak na gruncie u.o.p.n., oznaczałoby to, że prowadzenie pojazdu mechanicznego pod wpływem heroiny czy kokainy (zaliczanych do kategorii środków odurzających) stanowi występki z art. 178a § 1 k.k. Ale prowadzenie pojazdu pod wpływem amfetaminy (zaliczanej do kategorii substancji psychotropowych) lub substancji o nazwie AMB_CHMICA (zaliczanej do kategorii nowych substancji psychoaktywnych) już nie, bo nie są to środki odurzające w rozumieniu u.o.p.n., a tym samym – można zakładać – k.k. Co więcej, nie byłoby występkami także prowadzenie pojazdu mechanicznego pod wpływem środków zastępczych czy substancji zawartych w lekach, mogących mieć bardzo negatywny wpływ na zdolność do bezpiecznego wykonywania takich czynności. Takie byłyby konsekwencje przyjęcia, że pojęcie środka odurzającego zdefiniowane w art. 4 ust. 26 u.o.p.n. ma charakter systemowy i obowiązuje na gruncie całego systemu prawnego, w tym także na gruncie k.k. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że taki systemowy charakter mają niewątpliwie wspomniane wcześniej pojęcia stanu po użyciu alkoholu i stanu nietrzeźwości zdefiniowane w u.o.w.t.p.a., które mają takie samo znaczenie na gruncie k.d., k.w. czy k.k. Te ostatnie nie definiują ich bowiem osobno na własny użytek (za wyjątkiem definicji stanu nietrzeźwości w k.k., która to definicja jest jednak identyczna z definicją z u.o.w.t.p.a.⁵). Pojęcia te nie mają więc

autonomicznego charakteru, nie są stworzone wyłącznie na potrzeby u.o.w.t.p.a., ale mają takie samo znaczenie na gruncie wszystkich innych ustaw, które ich używają. Tym samym mają one właśnie systemowy charakter. Jeśli tak, to nie ma powodu, aby zakładać, że inaczej jest w przypadku pojęcia „środek odurzający” użytego w art. 178a § 1 k.k. Czy taki był jednak rzeczywiście zamiar ustawodawcy? Oznaczałoby to przecież, że istnieje jakaś dziwaczna i trudna do racjonalnego wytłumaczenia rozbieżność między treścią normy sankcjonowanej art. 45 ust. 1 pkt 1 k.d. a treścią normy sankcjonującej art. 178a § 1 k.k. Ta pierwsza zabraniałaby prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem alkoholu i wszelkich innych podobnie działających substancji, tj. wpływających negatywnie na zdolność do bezpiecznego wykonywania tej czynności, do których należą niewątpliwie tak środki odurzające, jak i substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne, środki zastępcze czy wreszcie także mające podobne działanie substancje legalne zawarte chociażby w niektórych lekach. Natomiast odpowiedzialność karna dotyczyłaby tylko prowadzenia pojazdu mechanicznego pod wpływem środków odurzających, ale już nie pozostałych z wymienionych substancji. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i środki odurzające byłoby więc co prawda zabronione przez k.d., ale niekaralne, bo nie objęte przepisem art. 178a § 1 k.k. Absurdalność takiego rozwiązania byłaby oczywista. Nie da się racjonalnie uzasadnić tezy, że taki był cel działania ustawodawcy, gdy formułował przepis art. 178a § 1 k.k., tj. że jego celem było wyłączenie odpowiedzialności karnej za kierowanie pojazdami mechanicznymi pod wpływem substancji psychotropowych czy nowych substancji psychoaktywnych. Inaczej mówiąc, ustawodawca formułując treść tego przepisu po prostu zignorował fakt, że pojęcie środek odurzający ma określone, precyzyjnie zdefiniowane znaczenie na gruncie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i na gruncie kodeksu karnego nadał mu znaczenie autonomiczne, inne niż na gruncie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. To oczywiście dramatyczny błąd legislacyjny – w mediach zwany „bulem prawnym” – będący wynikiem tego, że przy tworzeniu przepisów bardzo często „nie wie lewica, co czyni prawica”: twórcy art. 178a § 1 k.k. zapewne po prostu „zapomnieli” o istnieniu u.o.p.n. i przyjętej przez tę ustawę terminologii. Inaczej mówiąc, jest to po prostu przejaw dużego „niechlujstwa” legislacyjnego, choroby, która coraz szerzej rozlewa się po polskim systemie prawnym.

Stanowisko Sądu Najwyższego

Konsekwencje przyjęcia, że środek odurzający w rozumieniu art. 178a § 1 k.k. to to samo, co środek odurzający w rozumieniu art. 4 pkt 26 u.o.p.n., byłyby tak absurdalne, że zmusiło to do zajęcia stanowiska w tej sprawie Sąd Najwyższy. Zgodnie z uchwałą z dnia 27 lutego 2007 r. (I KZP 36/06) „pojęcie środka odurzającego w rozumieniu art. 178a kodeksu karnego obejmuje nie tylko środki odurzające wskazane w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485), lecz również inne substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działające na ośrodkowy układ nerwowy, których użycie powoduje obniżenie sprawności w zakresie kierowania pojazdem”. Sąd Najwyższy stanął więc na stanowisku, iż pojęcie środek odurzający ma na gruncie k.k. charakter autonomiczny i oznacza coś innego niż na gruncie u.o.p.n. Sąd działał tutaj niejako w stanie wyższej konieczności, naprawiając konsekwencje legislacyjnej fuszerki ustawodawcy, bo uznanie, że prowadzenie samochodu pod wpływem heroiny jest karalne, ale pod wpływem amfetaminy już nie, byłoby oczywistym absurdem. Odwołał się w związku z tym do tzw. wykładni celowościowej. Oznacza to jednak, że przepisy różnych ustaw zaczynamy traktować w sposób asystemowy, tj. przyjmujemy, że takie same językowe określenia występujące na gruncie różnych aktów prawnych mogą mieć różne znaczenie: ich rozumienie na gruncie jednej ustawy nie dotyczy innej ustawy, a więc ma autonomiczny charakter. Nie ulega wątpliwości, że takie podejście może prowadzić do całkowitego chaosu terminologicznego na gruncie systemu prawa.

Takie „autonomiczne” rozumienie pojęcia „środek odurzający” mogło być zresztą konieczne także dla interpretacji innych przepisów kodeksu karnego z 1997 roku. Na przykład obowiązujący do roku 2015 art. 96 k.k. przewidywał możliwość orzeczenia przewidzianych w rozdziale X kodeksu tzw. środków zabezpieczających o charakterze leczniczym m.in. wówczas, gdy sprawca czynu zabronionego był osobą uzależnioną od alkoholu lub środka odurzającego. Jest oczywiste, iż pojęcie środka odurzającego miało w tym wypadku także szersze znaczenie i obejmowało również pozostałe legalne i nielegalne substancje psychoaktywne, które mogą wywoływać stan uzależnienia. Co ciekawe, jednakże nowelizacja przepisów o środkach zabezpieczających, dokonana w roku 2015, uchyliła powyższy przepis i wprowadziła m.in. obowiązujący obecnie art. 93c pkt 5 k.k., którego sposób sformułowania może budzić wątpliwości na tle tego, co

powiedziano dotychczas. Zgodnie z tym przepisem środki zabezpieczające można bowiem orzec wobec sprawcy m.in. w razie „skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka”. Jeśli w przepisie tym dodano określenie dopełniające „inny podobnie działający środek”, to powstaje pytanie, po co to zrobiono, skoro zgodnie ze wspomnianą uchwałą Sądu Najwyższego pojęcie „środek odurzający” na gruncie kodeksu karnego oznacza i tak wszystkie środki działające podobnie do alkoholu? Dodanie tego dodatkowego określenia było w świetle tej uchwały całkowicie zbędne. Co więcej, daje to podstawę do przypuszczenia, że na gruncie art. 93c pkt 5 k.k. pojęcie „środek odurzający” ma znaczenie odmienne niż w art. 178a § 1 k.k. Nie można nawet wykluczyć, że w przypadku art. 93c pkt 5 k.k. jest to takie znaczenie, jakie jest przyjęte w u.o.p.n. A jeśli tak, to pojęcie „środek odurzający” w różnych przepisach k.k. ma różne znaczenie, co jest już chaosem niemalże perfekcyjnym. Powstaje zatem pytanie: jak powinna być prawidłowo sformułowana norma art. 178a § 1 k.k., tak aby czyniła ona zadość postulatowi systemowego traktowania pewnych pojęć w ramach całego systemu prawnego?⁶ Są co najmniej dwa możliwe rozwiązania. Pierwsze, to przyjęcie sformułowania istniejącego już w art. 87 § 1 k.w.: **kto znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem innego podobnie działającego środka prowadzi pojazd mechaniczny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym...** Byłoby to rozwiązanie absolutnie akceptowalne i w ogóle „uciekające” od posługiwania się terminologią ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Można by w uzasadniony sposób zakładać, że pojęcie „inny podobnie działający środek” obejmuje środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne oraz środki zastępcze, a dodatkowo także wszelkie inne legalne substancje o podobnym działaniu. Inne rozwiązanie, mające być może nieco bardziej precyzyjny charakter, to sformułowanie: **kto znajdując się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, substancji psychotropowej, nowej substancji psychoaktywnej, środka zastępczego, albo innego podobnie działającego środka...** Rozwiązanie to bezpośrednio nawiązuje do terminologii ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (a więc ma jednoznacznie systemowy charakter), aczkolwiek dopełnienie w postaci wskazania innych podobnych substancji byłoby i tak konieczne. W tym wypadku można by również oczywiście analogicznie przeformułować art. 87 § 1 k.w., aby oba przepisy miały taką samą formę.

Powstaje pytanie: dlaczego zatem, od momentu kiedy na początku pierwszej dekady bieżącego stulecia, a więc w czasie ponad piętnastu lat, nie naprawiono błędu popełnionego przez ustawodawcę w roku 2000 przy uchwalaniu treści art. 178a § 1 k.k. i zgodnie ze wspomnianą uchwałą Sądu Najwyższego wciąż obowiązuje zasada, że „w rozumieniu kodeksu karnego środek odurzający oznacza także substancję psychotropową, nową substancję psychoaktywną i szereg jeszcze innych substancji”⁷? Inaczej mówiąc, dlaczego po prostu nie znowelizowano art. 178a § 1 k.k.? Rzecz w tym, że konsekwencje takiej nowelizacji mogłyby być jeszcze gorsze niż pozostawienie obecnego stanu rzeczy (aczkolwiek dotyczyłoby to w zasadzie tylko drugiej z przedstawionych wyżej propozycji). Jeśli dokonalibyśmy bowiem nowelizacji art. 178a § 1 k.k., polegającej na bezpośrednim nawiązaniu do terminologii ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, czyli dzisiejsze określenie środek odurzający zostałoby zastąpione określeniami środek odurzający, substancja psychotropowa, nowa substancja psychoaktywna, środek zastępczy lub inna podobnie działająca substancja, to niestety oznaczałoby to otwarte przyznanie, że do momentu takiej nowelizacji prowadzenie pojazdu mechanicznego pod wpływem substancji psychotropowej, nowej substancji psychoaktywnej lub innej podobnie działającej substancji nie było przestępstwem. Przestępstwem było tylko prowadzenie pojazdu pod wpływem środka odurzającego w rozumieniu u.o.p.n. A jeśli tak, to wszystkie osoby skazane przed datą nowelizacji za prowadzenie pojazdu mechanicznego pod wpływem substancji psychotropowej, nowej substancji psychoaktywnej, środka zastępczego lub innej podobnie działającej substancji miałyby podstawę do domagania się tzw. wznowienia postępowania w ich sprawach, co musiałoby nieuchronnie kończyć się wyrokami uniewinniającymi, a być może także uzyskaniem odszkodowań za niesłuszne skazanie. Osoby te zostały bowiem skazane za coś, co w momencie, gdy zapadał wyrok skazujący (przed nowelizacją przepisów), nie stanowiło przestępstwa, a więc wbrew fundamentalnej dla prawa karnego zasadzie *nullum crimen sine lege*. Nikt nigdy nie sprawdzał, ilu orzeczeń mogłoby to dotyczyć. W roku 2007, gdy po siedmiu latach obowiązywania art. 178a § 1 k.k. zapadała uchwała Sądu Najwyższego, mogło ich być relatywnie niewiele (bo – szczególnie wówczas – przytłaczająca większość skazań z tego przepisu dotyczyła jazdy w stanie nietrzeźwości). Dzisiaj może to być już spora liczba skazań, które mogłyby zostać zakwestionowane. I trudno może się dziwić, że ustawodawca woli „nie ruszać”

tej sprawy. Aczkolwiek pierwsze z zaproponowanych rozwiązań, tj. przeformułowanie art. 178a § 1 k.k. na wzór art. 87 § 1 k.w., poprzez użycie tylko ogólnego sformułowania dopełniającego „pod wpływem innego, podobnie działającego środka”, najprawdopodobniej nie pociągałoby za sobą wskazanych wyżej negatywnych konsekwencji drugiego rozwiązania. Nie byłoby to więc rozwiązanie systemowe w tym sensie, że nowe sformułowanie art. 178a § 1 k.k. nie nawiązywałoby bezpośrednio do terminologii ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Równocześnie jednak nie byłoby to rozwiązanie antysystemowe, jakie funkcjonuje obecnie i w ramach którego – zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego – na gruncie przepisów kodeksu karnego pojęcie środek odurzający obejmuje nie tylko środki odurzające w rozumieniu u.o.p.n., ale także substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne, środki zastępcze w rozumieniu u.o.p.n. i inne jeszcze ewentualnie substancje o podobnym działaniu. Takie stwierdzenie u farmakologów i toksykologów wywołuje zapewne jedynie uśmiech politowania lub dreszcz zgrozy. Widać wyraźnie, jak jeden, z pozoru, drobny błąd ustawodawcy, popełniony w roku 2000 przy tworzeniu art. 178a k.k., okazuje się być bardzo trudny do naprawienia. A błąd ten został popełniony w czasach, gdy nie było jeszcze powszechne, jak ma to miejsce dzisiaj, tworzenie przepisów prawa „na kolanie”.

Przypisy

- ¹ Por. K. Krajewski, Prawnokarne przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a kodeks karny, Serwis Informacyjny Uzależnienia, nr 3/2021, s. 3–8.
- ² W artykule pomijam problematykę analogicznych uregulowań w odniesieniu do ruchu wodnego i
- ³ Pojęcie stanu nietrzeźwości dodatkowo zdefiniowane jest także w art. 115 § 16 k.k. Definicja ta jest jednak identyczna z definicją z u.o.w.t.p.a.
- ⁴ Abstrahuję w tym miejscu od innego problemu związanego z tymi przepisami. O ile granica pomiędzy wykroczeniem a przestępstwem w przypadku prowadzenia pojazdu mechanicznego pod wpływem alkoholu jest całkowicie jasna, to nie można tego samego powiedzieć o rozgraniczeniu czynów popełnionych pod wpływem innych substancji psychoaktywnych. Brak jest tutaj analogicznych progów ustawowych jak w przypadku alkoholu, a co więcej, ich wyznaczenie jest częstokroć wysoce problematyczne dla ekspertów. Ale to osobna kwestia, wykraczająca poza ramy tego artykułu.
- ⁵ Co może zresztą stanowić podstawę do twierdzenia, że przepis ten jest tzw. *superfluum* ustawowym, tj. przepisem zbędnym, bo wystarczyłaby definicja z u.o.w.t.p.a. Jest tak tym bardziej, że kodeks wykroczeń nie definiuje nigdzie pojęcia stanu po użyciu alkoholu, a więc pozostaje tylko definicja ze wspomnianej ustawy.
- ⁶ *Per analogiam* odnosi się także do art. 93c ust. 5 k.k.
- ⁷ Sformułowanie to jest analogiczne do tego, o którym mowa w pewnej anegdocie prawniczej na temat mitycznego przepisu prawa wodnego, który miał stwierdzać, że: „w rozumieniu niniejszej ustawy rak jest rybą”. Ilustruje ona to, że teoretycznie przy pomocy przepisów prawa da się „zadekretować” wszystko, nawet wbrew oczywistym faktom, skoro dla biologów takie sformułowanie jest absurdem mogącym budzić jedynie wesołość (nawet jeśli ustawodawcy chodziło wyłącznie o to, aby na określone potrzeby raki traktować tak samo jak ryby, a nie uznać je za ryby).

Profilaktyka uzależnień to świadome działanie nastawione na jednostki lub grupy społeczne, mające na celu ograniczanie rozmiarów używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie różnorodnym problemom z tym związanym, zanim one wystąpią.

POJĘCIE I ZAKRES PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ. STANDARDY, ETYKA, STRATEGIE, PROGRAMY REKOMENDOWANE I DOBRE PRAKTYKI

Ireneusz Siudem

Psycholog, Przewodniczący Towarzystwa Nowa Kuźnia

Przedruk z: Profilaktyka uzależnień. Podstawy skutecznego wsparcia dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka, Towarzystwo Nowa Kuźnia, Lublin 2021.

Pojęcie profilaktyka uzależnień powstało wiele lat temu. Były to czasy, w których najważniejszym problemem wynikającym z używania substancji psychoaktywnych było uzależnienie. Nic więc dziwnego, że tak został sformułowany termin. Wyznaczał on jednocześnie kierunki działań profilaktycznych, które w przeważającej części miały na celu przeciwdziałanie uzależnieniom. Aktualnie uzależnienie nie jest najczęściej występującym problemem osób używających substancji psychoaktywnych. Jak wiadomo, większość tych osób nie uzależnia się. Nie znaczy to jednak, że zagrożenie stało się mniejsze. Wręcz przeciwnie. Uzależnieni objęci specjalistyczną pomocą medyczną i psychologiczną żyją dłużej. Natomiast częściej zdarza się, że życie tracą osoby po jednokrotnym użyciu jakiejś substancji. W tym kontekście klasyczne ujęcie profilaktyki uzależnień bardziej odnosi się do redukcji szkód zdrowotnych wywołanych używaniem substancji psychoaktywnych. Aktualnie zaś zakres profilaktyki uzależnień przesuwają się bardziej w stronę ograniczania czynników ryzyka, które sprzyjają nie tylko powstawaniu uzależnienia, ale używaniu substancji w ogóle.

Profilaktyka jest ukierunkowana na zapobieganie problemom, dysfunkcjom, zaburzeniom lub chorobom, to działanie nastawione na redukcję czynników ryzyka. Promocja zdrowia psychicznego to pomnażanie zdrowia i wzmocnianie zasobów, jest działaniem nastawionym na wzmocnianie (rozwój) czynników chroniących (Ostaszewski, 2010b).

Można więc stwierdzić, że współcześnie zakres profilaktyki uzależnień znacznie się poszerzył, gdyż ma ona za zadanie zarówno przeciwdziałać używaniu substancji psychoaktywnych, jak i ograniczać zachowania ryzykowne oraz konsekwencje związane z używaniem.

W pierwszym przypadku adresatami są najczęściej osoby nieużywające substancji, w różnym stopniu obciążone czynnikami ryzyka. W drugim przypadku oddziaływania kieruje się najczęściej na osoby używające sporadycznie, eksperymentujące z środkami lub używające problemowo.

Koncepcja czynników chroniących i czynników ryzyka

W koncepcji czynników ryzyka i czynników chroniących zakłada się, że istnieją determinanty mające wpływ zarówno na zwiększenie szansy sięgnięcia przez człowieka po substancję psychoaktywną, jak i te które mogą zapobiegać takiemu zachowaniu.

Liczne badania wykonane w tym zakresie pozwoliły na wyodrębnienie różnych kategorii czynników (Okulicz-Kozaryn, Bobrowski, 2008; Borucka, Ostaszewski, 2008). Lista tych czynników zawarta w tabeli 1, nie ukazuje wszystkich możliwych czynników, a jedynie przykłady pogrupowane według umiejscowienia czynnika, czyli indywidualne (osobiste), rodzinne i społeczne oraz według ich związku z używaniem substancji psychoaktywnych, czyli specyficzne – związane z używaniem, i niespecyficzne, których związek z używaniem substancji jest pośredni.

Analiza czynników ryzyka i czynników chroniących jest ważnym elementem diagnozy adresatów oddziaływań profilaktycznych, pozwala na właściwe sformułowanie celów i zakresu planowanego działania.

Opis mechanizmów związanych z działaniem czynników chroniących i czynników ryzyka poszerza koncepcja *resilience*. Termin ten można tłumaczyć jako „odporność”, choć bardziej adekwatnym merytorycznie określeniem

Tabela 1. Indywidualne, rodzinne i społeczne czynniki ryzyka i czynniki chroniące.

CZYNNIKI RYZYKA		CZYNNIKI CHRONIĄCE	
Indywidualne			
Specyficzne: Palenie papierosów. Upijanie się (przynajmniej raz w życiu). Intencja używania substancji psychoaktywnych. Wczesna inicjacja używania substancji psychoaktywnych. Niespecyficzne: Depresyjność. Niska samoocena, bezradność. Wysokie nasilenie stresu. Wystąpienie negatywnych/znaczących wydarzeń życiowych. Radzenie sobie poprzez negatywne uczucia lub oskarżanie innych. Małe aspiracje edukacyjne. Niska motywacja osiągnięć. Niska średnia wyników w nauce. Opuszczanie dni nauki, lekcji, wagarowanie. Powtarzanie klasy. Brak wizji własnej przyszłości. Brak zaangażowania religijnego. Nieprzestrzeganie prawa. Silna orientacja na rówieśników. Wczesna inicjacja seksualna. Częste zostawianie samemu w domu. Akceptacja przemocy. Bycie ofiarą przemocy. Zachowania agresywne.	Specyficzne: Postawa antyalkoholowa, wiedza o alkoholu. Umiejętność odmawiania, asertywność. Intencja nieużywania substancji psychoaktywnych. Niespecyficzne: Wysoka samoocena. Pozytywna postawa wobec szkoły. Zaangażowanie szkolne, udział w zajęciach pozalekcyjnych. Poczucie sensu zajęć szkolnych. Pozytywna postawa wobec zdrowia. Oczekiwanie przyszłych sukcesów. Dobre relacje z dorosłymi. Zachowania prospołeczne. Aktywne radzenie sobie z problemami. Wysokie osiągnięcia w nauce. Przestrzeganie prawa. Związek z rodzicami. Chodzenie do kościoła, zaangażowanie religijne. Nietolerancja dla dewiacji. Zainteresowanie własną przyszłością, samoakceptacja. Przekonanie o wartości własnego wysiłku.		
Rodzinne			
Specyficzne: Aprobata rodziny dla używania substancji, picie alkoholu lub używanie narkotyków przez matkę lub ojca, rodzeństwo. Niespecyficzne: Zasadniczy rodzice. Rodzina niepełna. Konflikty w rodzinie. Nieprzestrzeganie prawa. Niskie wsparcie od rodziców. Zachowania agresywne w rodzinie. Nieprawidłowe postawy wychowawcze. Brak lub nieprawidłowe relacje rodzinne.	Specyficzne: Nieużywanie substancji psychoaktywnych w rodzinie, negatywne postawy wobec substancji psychoaktywnych. Niespecyficzne: Prawidłowe relacje w rodzinie. Nadzór ze strony rodziców. Rozmowa z rodzicami jako sposób radzenia sobie z problemami. Wsparcie rodzinne. Pozytywne oczekiwania rodziców dotyczące osiągnięć szkolnych. Pełna rodzina. Udział w podejmowaniu decyzji rodzinnych. Udział rodziny we wspólnych, miłych działaniach.		
Społeczne			
Specyficzne: Spostrzeganie używania substancji psychoaktywnych przez dorosłych. Spostrzeganie używania substancji psychoaktywnych przez rówieśników. Dostępność środków psychoaktywnych. Brak sankcji za używanie środków psychoaktywnych. Używanie substancji przez większość rówieśników. Niespecyficzne: Rówieśnicy modelujący zachowania problemowe. Odczuwanie presji rówieśniczej. Obserwacja przemocy. Przyjaciele agresywni lub popełniający wykroczenia, którzy nie chodzą do szkoły.	Specyficzne: Brak w otoczeniu dorosłych z problemem używania substancji psychoaktywnych. Niespecyficzne: Wsparcie społeczne. Rówieśnicy modelujący pozytywne zachowania. Akceptacja ze strony rówieśników. Bliskość z rówieśnikami. Pozytywne relacje z dorosłymi. Pozytywne oczekiwania rówieśników dotyczące osiągnięć szkolnych. Wsparcie od przyjaciół. Przyjaciele podejmujący pozytywne aktywności.		

jest „pozytywna adaptacja” (Borucka, Ostaszewski, 2012). Ogólnie mówiąc, koncepcja próbuje wyjaśnić kwestię, dlaczego niektórzy ludzie, pomimo przebywania w niekorzystnych środowiskach wychowawczych czy doświadczania traumatycznych sytuacji, rozwijają się prawidłowo, czyli są jakby uodpornieni na działanie czynników ryzyka, a inni nie są.

Kluczową rolę w tym procesie badacze przypisują czynnikom chroniącym i zasobom. Ann Masten, profesor na Uniwersytecie w Minnesocie, na podstawie swoich badań zaliczyła do nich (O'Dougherty Wright, Masten, 2005):

1. cechy indywidualne — dobre funkcjonowanie intelektualne i umiejętności rozwiązywania problemów, skuteczne strategie regulowania emocji i zachowań, pozytywny temperament we wczesnym dzieciństwie, pozytywny obraz własnej osoby, optymizm, wiara w przyszłość, wiara i poczucie sensu życia, posiadanie uzdolnień i cech cenionych społecznie (np. talenty, poczucie humoru, atrakcyjność),
2. cechy rodziny — stabilne i dające oparcie środowisko rodzinne (ciepło, spójność, posiadanie jasno sprecyzowanych oczekiwań, poczucie więzi z rodzicami, którzy troskliwie wypełniają swoje obowiązki, rzadkie kłótnie między rodzicami, pozytywne związki z dal- szymi członkami rodziny), zaangażowanie rodziców w sprawy dziecka, również w jego naukę, pozytywne relacje z rodzeństwem, dobry status ekonomiczny rodziny, przynajmniej średnie wykształcenie rodziców, wiara i przynależność do kościoła,
3. cechy społeczności lokalnej — korzystne środowisko zamieszkania (wysoki poziom bezpieczeństwa, niski poziom przemocy, dostęp do centrów rekreacyjnych, czystej wody i powietrza, wystarczające warunki mieszkaniowe), skuteczna (efektywna) szkoła (dobrze przygotowani nauczyciele, dodatkowe zajęcia edukacyjne, szkolne zajęcia pozalekcyjne — sportowe, artystyczne, muzyczne), możliwości zatrudnienia rodziców i nastolatków, dobra opieka zdrowotna, łatwy dostęp do służb nagłego reagowania (policji, straży pożarnej, opieki medycznej), związki z osobami dorosłymi spoza rodziny (mentorzy i prospołeczni rówieśnicy),
4. cechy społeczne i związane z kulturą — polityka chroniąca dzieci (ich zdrowie, sprawna opieka społeczna), nacisk na edukację i przeznaczanie na nią odpowiednich środków, zapobieganie i ochrona przed przemocą i/lub prześladowaniem politycznym, niski poziom społecznej akceptacji dla przemocy (Borucka, Ostaszewski, 2012).

Anna Borucka i Krzysztof Ostaszewski (2012) w swoim opracowaniu poświęconym czynnikom i procesom resilience wskazują na czynniki mające znaczenie w zmniejszaniu negatywnych skutków używania alkoholu przez rodziców. Autorzy zaliczyli do nich:

1. Posiadanie przez rodzinę stałych rytuałów (np. wspólne wyjazdy wakacyjne, chodzenie do kina, obchodzenie urodzin).
2. Wspierającą postawę niepijącego rodzica, który gwarantuje dobrą opiekę i bezpieczeństwo dziecku, czuwa nad jego psychospołecznym rozwojem, a także sprzyja korzystnemu klimatowi w rodzinie.
3. Psychologiczne dystansowanie się dziecka od problemów rodziny, które umożliwia mu czerpanie satysfakcji z życia w szkole czy w ramach przyjaźni.
4. Posiadanie przez dziecko w swoim otoczeniu przynajmniej jednej osoby dorosłej, która będzie się o niego troszczyła i nim opiekowała (taką rolę mogą pełnić dziadkowie, wujkowie, ciocie, nauczyciele). Relacje z tą osobą — opierające się na jej gotowości do rozmawiania z dzieckiem na różne tematy oraz na pełnej jego akceptacji.
5. Wsparcie i pomoc starszego rodzeństwa, z którym wzajemne, bliskie relacje nie tylko wypełniają lukę w kontaktach z rodzicami, ale też — jak dowodzą wyniki badań — pełnią ochronną rolę w zapobieganiu nadużywaniu substancji psychoaktywnych w okresie dojrzewania.
6. Trwała, odwzajemniona przyjaźń (posiadanie przynajmniej jednego bliskiego przyjaciela tej samej płci), która jest źródłem emocjonalnego wsparcia dla dzieci, których rodzice nadużywają alkoholu. Przy czym w większym stopniu zależność ta dotyczyła dziewcząt niż chłopców. Również kontakt z konstruktywnymi rodzicami tych przyjaciół, który umożliwił utrzymanie psychologicznego dystansu do tego, co dzieje się we własnym domu, pełnił ważną ochronną rolę w życiu tych dzieci.

Redukowanie czynników ryzyka oraz wzmacnianie czynników chroniących nie musi być wyłącznie działaniem uprzedzającym. Stosowane wobec osób używających substancje psychoaktywne może doprowadzić do ograniczenia tego używania oraz zmniejszenia konsekwencji z nim związanych. W takiej sytuacji mieści się ono w zakresie oddziaływań profilaktycznych.

Trzy poziomy profilaktyki

Zapobieganie problemom zanim one wystąpią wcale nie oznacza podejmowania działań merytorycznie i finansowo nieuzasadnionych, jak się czasami uważa. Obecnie z dużą skutecznością można prognozować wystąpienie problemów, w tym używania substancji psychoaktywnych, zarówno u konkretnych osób, jak i w całych społecznościach na podstawie wiedzy naukowej. Chodzi tu o wyniki badań klinicznych w przypadku zagrożeń indywidualnych oraz badań statystycznych i epidemiologicznych w odniesieniu do grup społecznych. Na podstawie takich badań powstały tzw. trzy poziomy profilaktyki uzależnień. Do ich wyodrębnienia użyto trzech kryteriów: statystycznego, socjodemograficznego i klinicznego (patrz również Ostaszewski, 2010a).

Poziom I – Profilaktyka uniwersalna. W tego typu profilaktyce do określenia zakresu oraz adresatów oddziaływań wykorzystuje się kryterium statystyczne. Statystyka pozwala na wyodrębnienie najczęściej występujących problemów w konkretnej społeczności. Może to dotyczyć np. szkoły, ośrodka wychowawczego, wsi, dzielnicy, miasta lub konkretnych grup ludzi (np. studentów, rodziców, kierowców, prawników). Działania prowadzone są dla całej populacji, niezależnie od występowania i nasilenia problemów. Można powiedzieć, iż uniwersalność tej profilaktyki polega na tym, że dotyczy wszystkich, a jej celem jest przeciwdziałanie statystycznie najczęściej występującym zagrożeniom poprzez ograniczanie czynników ryzyka oraz wzmacnianie potencjału rozwojowego adresatów. Powszechność działań wymaga dostosowania narzędzi do szerokiego spektrum odbiorców. W większości kierowana jest do osób nieprzejawiających jeszcze problemów. Zwykle jednak konieczne jest uwzględnienie specyficznych cech adresatów działań, takich jak wiek, wykształcenie, grupa zawodowa, role społeczne.

Poziom II – Profilaktyka selektywna. W tym rodzaju profilaktyki zastosowano kryterium socjodemograficzne. Polega ono na uwzględnieniu specyficznych cech adresatów oraz ich pochodzenia. Chodzi w tym przypadku o przynależność do określonej grupy, predysponującej do wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju. Adresatami są osoby wychowujące się w rodzinach mających problemy wychowawcze, przebywające w środowiskach eksponujących niekorzystne postawy moralne, przejawiających zachowania aspołeczne. Można powiedzieć, że w profilaktyce selektywnej wybiera się „selekcjonuje” adresatów

ze względu na fakt przynależności do takiej grupy, z czym często związane jest większe niż u ich rówieśników nasilenie czynników ryzyka oraz zachowań ryzykownych. Na tyle większe, że bez odpowiedniego wsparcia ich rozwój nie będzie przebiegał prawidłowo. Planowanie działań profilaktycznych w tym przypadku wymaga dokładnej diagnozy adresatów oraz ich otoczenia. W diagnozie można również wykorzystać mechanizmy opisane na podstawie licznych badań poświęconych tzw. grupom podwyższonego ryzyka.

Poziom III – Profilaktyka wskazująca. Tego typu oddziaływaniom podlegają jednostki, czasami grupy tzw. wysokiego ryzyka. Osoby te prezentują pierwsze symptomy problemów alkoholowych, narkotykowych czy też objawy zaburzeń psychicznych. Mają one bardzo wysoki indywidualny poziom ryzyka rozwoju tych problemów (Ostaszewski, 2010b). Naboru dokonuje się więc na podstawie kryterium klinicznego (indywidualnego), czyli typowania konkretnych osób. Podstawą kwalifikacji do programów profilaktyki wskazującej jest m.in. eksperymentowanie z substancjami, używanie problemowe, wysoki poziom agresji, zachowania aspołeczne, konflikty z prawem, jak również depresyjność, zachowania lękowe, próby samobójcze. Osoby te nie wymagają jednak leczenia, dlatego podejmuje się działania o charakterze profilaktycznym. Ich głównym celem jest ograniczenie zachowań ryzykownych i jednocześnie czynników ryzyka. W takich przypadkach do podjęcia działań konieczna jest specjalistyczna diagnoza kliniczna każdej z osób.

Standardy oddziaływań profilaktycznych

Standardy to normy, które pomagają ocenić, czy dany element oddziaływania lub programu spełnia kryteria wysokiej jakości. W międzynarodowym projekcie Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków przyjęto osiem etapów oceny programów profilaktycznych, poczynawszy od jego planowania poprzez realizację, a na ocenie efektów skończywszy. Etapy te to kolejno: ocena potrzeb, ocena zasobów, ramy programu, konstrukcja interwencji, zarządzanie i mobilizacja zasobów, realizacja i monitoring, ewaluacje końcowe, rozpowszechnianie i doskonalenie. Uwzględniono również elementy wspólne dla każdego z etapów, jak: trwałość i finansowanie, wzajemna komunikacja i udział interesa-

riuszy, organizacja i rozwój personelu oraz etyczny wymiar profilaktyki (Brotherhood, Sumnall, Malczewski, 2015). Jako przykład warunków skuteczności profilaktyki uzależnień można przytoczyć fragment opracowania Krzysztofa Ostaszewskiego (2016), dotyczący oddziaływań na osoby w wieku dojrzewania (11-19 lat) w zakresie profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej.

Wymienia on programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności życiowych, kształtowanie kultury szkoły sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu, krótkie interwencje profilaktyczne, programy wspierania młodzieży z grup ryzyka (mentoring), zwiększanie osobistych kompetencji osób podatnych na zachowania ryzykowne. Poniżej zamieszczono cechy i sposób realizacji tych działań, które mają szczególne zastosowanie w pracy kuratorów sądowych.

Programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności życiowych

Ważne jest, by były prowadzone w formie interaktywnej, systematycznie, cyklicznie i długofalowo. Zaleca się ok. 10-15 zajęć, realizowanych przynajmniej raz w tygodniu oraz powtarzanie ich (uzupełnianie) przez kilka kolejnych lat. Powinny być realizowane przez wykwalifikowaną kadrę, w szczególnych sytuacjach dopuszcza się udział przeszkolonych liderów młodzieżowych.

Zakres zajęć obejmuje najczęściej rozwijanie umiejętności życiowych, w szczególności radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i stresem, podejmowanie decyzji, radzenie sobie z negatywnymi wpływami społecznymi prowadzącymi do używania substancji psychoaktywnych. Zajęcia mają również na celu przekazanie wiedzy dotyczącej bezpośrednich konsekwencji używania substancji psychoaktywnych oraz zwiększenie świadomości ryzyka z tym związanego. Ważne jest również korygowanie niewłaściwych przekonań normatywnych na temat używania substancji psychoaktywnych oraz oczekiwań młodzieży dotyczących skutków ich używania.

Kształtowanie kultury szkoły sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu

Działania w tym zakresie realizowane są głównie przez nauczycieli z udziałem uczniów, rodziców oraz innych pracowników szkoły. Ich celem jest kształtowanie pozytywnej więzi uczniów ze szkołą, ograniczanie dostępu do

substancji psychoaktywnych na terenie szkoły. Ważne jest również udzielanie skutecznego wsparcia uczniom z problemami, wykorzystując m.in. formy specjalistycznej pomocy (kierowanie na konsultacje, zajęcia wyrównawcze, terapię, leczenie).

Istotnym zadaniem kuratora jest współpraca z przedstawicielami placówek oświatowych, umożliwiającą ustalenie wspólnych celów, wybór najlepszych form pracy z podopiecznymi oraz skoordynowanie działań prowadzonych na terenie szkoły i poza nią.

Krótkie interwencje profilaktyczne

Mogą być prowadzone przez specjalistę, w tym odpowiednio przeszkolonego kuratora sądowego, jak również nauczyciela, pedagoga szkolnego, psychologa, lekarza. Mają one na celu udzielenie natychmiastowego wsparcia informacyjnego (porady, oceny ryzyka) oraz motywowanie do zmiany ryzykownego zachowania. Zwykle prowadzone są w formie indywidualnej, „twarzą w twarz”. Skuteczność tego typu działania w dużej mierze zależy od umiejętności nawiązywania kontaktu przez osobę prowadzącą. Podkreśla się tu rolę postaw partnerskich, umiejętności słuchania i akceptacji, unikania perswazji oraz narzucania własnej woli. Skuteczność indywidualnego wsparcia można zwiększyć poprzez udział podopiecznych w zorganizowanych i ustrukturalizowanych zajęciach grupowych, których celem jest zachęcenie uczestników do oceny ryzyka swoich zachowań, zwiększenie odpowiedzialności oraz zmiany postaw i zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Program wspierania młodzieży z grup ryzyka (mentoring)

Głównym celem mentoringu jest przekazywanie wiedzy oraz doświadczeń życiowych. Mentor pełni rolę nauczyciela, mistrza, trenera. Ważne jest również, by był przykładem do naśladowania, a więc odznaczał się uznawanymi społecznie cechami oraz zachowaniami. Podkreśla się uznanie autorytetu mentora przez podopiecznego jako warunek skutecznego mentoringu. Dlatego relacja pomiędzy mentorem a podopiecznym (ucniem) wymaga wzajemnego szacunku i zaufania. W procesie nawiązywania tej relacji wyodrębnia się trzy etapy (cyt. za Barczykowska, Dzierżyńska, 2012).

Pierwszy związany jest z zainicjowaniem relacji i stworzenia podstaw do wzajemnego zaufania. Rozpoczynając budowanie kontaktu, mentor powinien pamiętać o kilku podstawowych zasadach. Przede wszystkim kontakt z klientem musi być regularny. Mentor powinien skupić się na pragnieniach, potrzebach i zasobach swojego klienta. W przypadku pracy z dziećmi lub młodzieżą zadaniem mentora nie jest zastępowanie rodzica i pełnienie jego roli. On sam w kontakcie powinien przyjmować rolę przyjaciela. Jego główną rolą jest wysłuchanie, udzielenie wsparcia, czasami zainspirowanie, przedyskutowanie możliwych rozwiązań. Swoje zdanie mentor powinien ujawniać na wyraźne żądanie klienta. Promowanie rozwiązań powinno odbywać się głównie drogą modelowania, bo wówczas klient może czerpać potencjalne rozwiązania z obserwacji swego mentora. Zawsze jednak to do klienta należy ostatecznie zdanie przy wyborze sposobu rozwiązania problemu, dzięki czemu nie kształtuje się postawy roszczeniowej oraz wyuczonej bezradności.

Wspólne zdefiniowanie celów z klientem rozpoczyna drugi etap – ich osiągnięcie, czyli wdrażanie w życie konkretnych działań, zmierzających do osiągnięcia celów. Współpraca na tym etapie powinna opierać się na bliskości, budowaniu przekonania o wyjątkowości relacji oraz gotowości do możliwości wykorzystania innych specjalistów, gdy wiedza i kreatywność mentora nie są wystarczające do rozwiązania problemu. Jest to szczególnie ważne, bowiem zdecydowana większość klientów to osoby wieloprobłowe, w przypadku których jedna osoba nie jest w stanie wypracować racjonalnych i satysfakcjonujących rozwiązań. Ostatni, trzeci etap, to zamknięcie relacji. Następuje on zwykle w momencie, gdy klient jest już w stanie poradzić sobie sam i nie potrzebuje mentora. Czasami jednak powodem zamknięcia relacji jest sytuacja, kiedy mentor i klient ze względu na różne kwestie nie potrafią ze sobą dłużej współpracować. Profesjonalizm mentora będzie widoczny w gotowości do przekazania takiego klienta innemu mentorowi. Na tym etapie zwraca się uwagę na identyfikację emocji (również tych negatywnych) związanych z zakończeniem relacji, stworzenie odpowiednich warunków do godnego, wspierającego pożegnania (cyt. za Barczykowska, Dzierżyńska, 2012).

Zwiększanie osobistych kompetencji osób podatnych na zachowania ryzykowne

W przypadku tego typu działań ważny jest dobór odpowiedniej grupy osób. Zwykle są to młodzi ludzie w wieku

szkolnym, którzy eksperymentują z substancjami psychoaktywnymi, którzy mają na swoim koncie wykroczenia lub poważne kłopoty z wypełnianiem obowiązków szkolnych. Tym zachowaniom często towarzyszą niekorzystne warunki środowiskowe, np. trudna sytuacja rodzinna związana z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez rodziców. Do niekorzystnych warunków środowiskowych często dokładają się indywidualne trudności lub deficyty dorastającego dziecka (np. tzw. trudny charakter często wyrażający się w nadmiernej impulsywności, nieustannym poszukiwaniu mocnych wrażeń, skłonności do podejmowania ryzyka itp.), które dodatkowo zwiększają ryzyko niebezpiecznych zachowań. Sytuacja takich „podatnych” młodych ludzi wymaga specjalnie opracowanych oddziaływań profilaktycznych. Ich celem jest zwiększenie indywidualnych umiejętności w zakresie radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi (np. złością, agresją, nudą, beznadziejnością, przygnębieniem, poczuciem odrzucenia lub skrzywdzenia) oraz umiejętności konstruktywnego radzenia sobie ze stresem. Badania wskazują na znaczącą skuteczność tego typu programów wśród młodych „podatnych” ludzi nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (cyt. za Ostaszewski, 2016). Programy te realizowane są przez przeszkolonych specjalistów (pedagogów, psychologów), często wymagają współpracy z innymi specjalistami, w tym z kuratorami sądowymi, m.in. na etapie rekrutacji do programu oraz przekazywania informacji o postępach podopiecznych. Niezwykle ważne są również etyczne standardy oddziaływań profilaktycznych. Poniżej wybrano te, które mają szczególne zastosowanie w budowaniu prawidłowej relacji pomiędzy realizatorem działań a adresatami, przede wszystkim z dziećmi i młodzieżą. Poniższe zasady sformułowano na podstawie opracowania Anny Boruckiej (2021), dostępnego na stronie <https://programyrekomendowane.pl/strony/etyka-w-profilaktyce,356>:

- W działaniach profilaktycznych trzeba zagwarantować dzieciom i młodzieży prawo do szacunku, prywatności i zachowania poufności uzyskanych od nich informacji.
- W czasie prowadzenia zajęć profilaktycznych należy zwrócić uwagę na sposób określania osób, które doświadczają różnego rodzaju problemów. Unikanie słów o pejoratywnym zabarwieniu, takich jak: narkoman, ćpun, alkoholik, rodzina alkoholowa, ofiary przemocy.
- Pomocne jest zastanowienie się nad tym, jak to, co się mówi podczas zajęć profilaktycznych, może być odbierane. Dobrze jest spróbować spojrzeć na świat tak,

jak spogląda na niego dziecko czy nastolatek, któremu chcemy pomóc.

- W pracy profilaktycznej prowadzonej w grupie należy zwrócić szczególną uwagę na to, by dzieci nie były zachęcane do dzielenia się szczegółami ze swojego życia, szczególnie tymi o charakterze traumatycznym.
- Podopieczny ma prawo wiedzieć, które informacje jego dotyczące, zostaną przekazane rodzicom, które nauczycielom, a które nie będą znane nikomu więcej.
- Wygłaszanie negatywnych opinii nie służy poprawie jego zachowania, a najczęściej wywołuje przeciwny skutek. Poza tym, może przyczynić się do stygmatyzowania. Rozmowa o trudnościach wychowawczych ma sens tylko wtedy, gdy jej celem jest znalezienie formy wsparcia i udzielenie mu pomocy.
- We wszelkiego typu działaniach profilaktycznych nie wolno stosować metod, które opierają się na strachu. Może to dotyczyć zarówno przekazywanej wiedzy, jak i działań polegających np. na wprowadzaniu do szkoły policji z psami itp.
- Negatywne mechanizmy są uruchamiane w przypadku testowania uczniów na obecność narkotyków. Profilaktyka oparta na kontrolowaniu i podejrzywaniu o używanie substancji psychoaktywnych oraz zbieraniu dowodów winy stanowi poważną barierę w budowaniu prawidłowej relacji, niezbędnej do skutecznej pomocy.
- Przed realizacją konkretnych działań profilaktycznych należy pytać podopiecznych o ich zgodę na udział w nich. Uzyskanie zgody powinno być poprzedzone informacją o celach działań, tematyce zajęć, planowanym przebiegu i przewidywanym czasie realizacji. Prośbę o wyrażenie zgody trzeba również skierować do rodziców. Jest to wyraz szacunku zarówno dla uczniów, jak i ich rodziców i respektowania ich praw.
- Posiadanie aktualnej wiedzy na temat profilaktyki opartej na naukowych podstawach i obowiązujących standardach jest moralnym i zawodowym obowiązkiem osób zajmujących się profilaktyką.
- W pracy z osobami z grup podwyższonego ryzyka (profilaktyka selektywna, wskazująca) szczególnie ważne jest, aby zajęcia dostarczały pozytywnych doświadczeń i służyły budowaniu ich mocnych stron. Ważne jest budowanie opartej na zaufaniu relacji z podopiecznym m.in. poprzez dostrzeganie jego osiągnięć zarówno w nauce, w sytuacjach społecznych, jak i w wypełnianiu podstawowych obowiązków szkolnych.

Strategie w profilaktyce uzależnień

Strategia to przyjęty, sprawdzony sposób działania, prowadzący do określonego celu. W przypadku profilaktyki uzależnień, na podstawie badań naukowych, potwierdzono zasadność stosowania konkretnych strategii. Podzielono je na wiodące oraz uzupełniające. Do strategii wiodących zalicza się: rozwijanie umiejętności życiowych, edukację normatywną, rozwijanie umiejętności rodziców, włączanie naturalnych mentorów, budowanie więzi ze szkołą. Strategie uzupełniające to, przekaz wiedzy, organizacja czasu wolnego, edukacja rówieśnicza, trening umiejętności odmawiania (cyt. za Programy rekomendowane, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2021).

STRATEGIE WIODĄCE

Rozwijanie umiejętności życiowych

Polega na uczeniu młodych ludzi umiejętności, które umożliwią im konstruktywne zaspokojenie ważnych celów i potrzeb wieku dojrzewania. Do takich umiejętności należą np.: podejmowanie racjonalnych decyzji, rozwiązywanie konfliktów, samokontrola, radzenie sobie ze stresem itp.

Edukacja normatywna

Strategia ta polega na kształtowaniu i wzmacnianiu norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych i stosowaniu przemocy, poprzez m.in. korygowanie błędnych przekonań na temat rozpowszechnienia danego niepożądanego zachowania wśród młodzieży.

Rozwijanie umiejętności rodziców

Strategia ta polega na przekazywaniu rodzicom informacji na temat różnych aspektów psychospołecznego funkcjonowania ich dzieci, wzmacnianiu ich umiejętności wychowawczych oraz na zachęcaniu do aktywnego udziału w programie profilaktycznym, w którym bierze udział ich dziecko. Wszystko to zmierza do wzmacniania więzi dziecka z rodzicami.

Włączanie naturalnych mentorów

Strategia ta polega na zapewnieniu dziecku stałego kontaktu z osobą dorosłą spoza rodziny, która udziela wsparcia emocjonalnego, pomaga w rozwiązywaniu różnych problemów, doradza, czuwa nad rozwojem dziecka.

Budowanie więzi ze szkołą

Strategia ta polega na organizowaniu rówieśniczej pomocy, tworzeniu w szkole klubów, dbałości o klimat społeczny w szkole, czyli o jakość relacji między wszystkimi członkami i grupami społeczności szkolnej.

STRATEGIE UZUPEŁNIAJĄCE

Przekaz wiedzy

Przekaz wiedzy w profilaktyce zachowań ryzykownych powinien dotyczyć rzetelnych, aktualnych informacji na temat przede wszystkim rozmiarów rozpowszechnienia danego zjawiska oraz bezpośrednich negatywnych następstw tych zachowań. Skuteczne metody przekazu wiedzy powinny mieć charakter interaktywny i aktywizujący, np. dyskusje, debata, quiz.

Organizacja czasu wolnego

Organizacja czasu wolnego to zapewnienie młodzieży atrakcyjnych form spędzania czasu wolnego jako alternatywy dla zachowań ryzykownych.

Edukacja rówieśnicza

Edukacja rówieśnicza to włączanie naturalnych i odpowiednio przygotowanych liderów rówieśniczych w realizację określonych zadań prowadzonych w ramach programu profilaktycznego.

Trening umiejętności odmawiania

Trening umiejętności odmawiania to ćwiczenie umiejętności rozpoznawania i radzenia sobie z negatywnymi wpływami społecznymi, w tym z presją rówieśniczą.

Programy rekomendowane

System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego działa w Polsce od 2010 roku, dzięki współpracy czterech instytucji: Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Ma on na celu promowanie wysokiej jakości programów realizowanych w obszarach promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień (profilaktyki narkomanii, profilaktyki problemów alkoholowych) oraz programów profilaktyki innych zachowań problemowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży.

Rekomendację uzyskują programy spełniające określone standardy, dotyczące zarówno programu jako całości, jak i jego poszczególnych składowych, m.in. diagnozy i oceny potrzeb, wyboru grupy docelowej, planowania celów i sposobów ich realizacji, zapewnienia jakości realizacji oraz monitorowania, oceny efektów programu w trakcie ewaluacji. W zależności od stopnia spełnienia standardów wyodrębniono trzy poziomy jakości programów.

Poziom I – PROGRAM OBIECUJĄCY, to taki który posiada poprawną ewaluację procesu, opiera się na uznanych koncepcjach teoretycznych odnoszących się do problematyki zachowań problemowych, wykorzystuje skuteczne strategie profilaktyczne, jest skonstruowany zgodnie z zasadami logicznego modelu. Jednak jego wpływ na zachowania lub zdrowie psychiczne odbiorców nie został jeszcze potwierdzony poprzez badania naukowe.

Poziom II – DOBRA PRAKTYKA, opiera się na uznanych koncepcjach teoretycznych odnoszących się do problematyki zachowań problemowych, wykorzystuje skuteczne strategie profilaktyczne, jest skonstruowany zgodnie z zasadami logicznego modelu, legitymuje się ewaluacją procesu oraz ewaluacją formatywną służącą podniesieniu jakości programu, lub ewaluacją wyników, która dotyczyła zmian w zakresie czynników pośredniczących (celów szczegółowych), a nie samych zmian zachowania (celu głównego programu) lub była przeprowadzona bezpośrednio po zakończeniu oddziaływań.

Poziom III – PROGRAM MODELOWY, odznacza się pozytywnym wpływem na zachowanie lub zdrowie psychiczne odbiorców, nie posiadając żadnych mankamentów na etapach jego planowania, wdrażania i realizacji. Spełnia wszystkie standardy poprzednich poziomów, a ponadto, w wyniku ewaluacji, uwzględniono efekty odroczone oraz stwierdzono brak efektów jatrogennych.

Baza programów rekomendowanych możliwych do realizacji w Polsce systematycznie się powiększa. Jest dostępna na stronie www.programyrekomendowane.pl. W pracy z dziećmi i młodzieżą warto wybierać programy o naukowo potwierdzonych podstawach, gwarantujących skuteczność i bezpieczeństwo oddziaływań profilaktycznych.

Dorobek współczesnej profilaktyki uzależnień daje kuratorom sądowym wiele nowych możliwości skutecznego wsparcia podopiecznych dzięki zastosowaniu w ich pracy naukowo potwierdzonych rozwiązań. Służą one zarówno planowaniu nadzoru kuratorskiego, jak i jego realizacji,

czyli niesieniu pomocy podopiecznym w codziennych problemach, umożliwiającej poprawę ich sytuacji życiowej. Narzędzia profilaktyki to zarówno bezpośredni kontakt z podopiecznym, u podstaw którego leży doskonalenie osobistego warsztatu oraz wdrażanie standardów etycznych, jak i programy rekomendowane, w których udział osób nadzorowanych zależy w dużej części od kuratora. Rozumienie idei współczesnej profilaktyki uzależnień daje możliwość stosowania większej liczby metod i technik oddziaływań oraz lepszego dostosowania ich do potrzeb i problemów klienta. Daje również szansę osobom prowadzącym oddziaływanie na bardziej precyzyjne określenie kierunków swojego rozwoju zawodowego, a co za tym idzie zwiększenie profesjonalizmu i zadowolenia z własnej pracy.

Bibliografia

Barczykowska A., Dzierżyńska S. (2012), „Zastosowanie mentoringu w działaniach profilaktycznych i resocjalizacyjnych (na przykładzie Stanów Zjednoczonych)”, *Resocjalizacja Polska (Polish Journal of Social Rehabilitation)*, 3.

Borucka A., Ostaszewski K. (2008), „Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia”, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, XII, 2.

Borucka A., Ostaszewski K. (2012), „Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych”, *Dziecko Krzywdzone*, 3(40).

Borucka A., Pisarska A. (2012), „Koncepcja resilience – czyli jak można pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka” (w:) *Nowe wyzwania w wychowaniu i profilaktyce, materiały konferencyjne*, Warszawa: ORE.

Brotherhood A., Sumnall E.R., Malczewski A. (2015), „Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków – krótki przewodnik”, Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

O'Dougherty Wright M., Masten A.S. (2005), „Resilience processes in development. Fostering positive adaptation in the context of adversity” (w:) S. Goldstein, R.B. Brooks (red.), *Hand Book of Resilience*, Heidelberg: Springer.

Okulicz-Kozaryn K., Bobrowski K. (2008), „Czynniki ryzyka, czynniki chroniące, indeksy tych czynników w badaniach nad zachowaniami problemowymi nastolatków”, *Alkoholizm i Narkomania*, 21(2).

Ostaszewski K. (2010a), „Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych” (w:) B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna (podręcznik akademicki)*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ostaszewski K. (2010b), „Kompedium wiedzy o profilaktyce” (w:) Węgrzecka-Gilul J. (red.) *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Warszawa: Fundacja ETOH.

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

Szymańska J. (2012), „Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki”, Warszawa: ORE.

Programy rekomendowane, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.programyrekomendowane.pl (dostęp: 25.06.2021).

Badania partycypacyjne, których fragment prezentuję w artykule, odkrywają źródło resilience w procesach społecznych zachodzących wewnątrz sąsiedzkiej społeczności – sił, dzięki którym uczestnikom badania udało się stawić opór zagrożeniom ich sąsiedztwa. Wiedza o potencjalach zrodzonych w przebiegu interakcji na podwórkach i ulicach sąsiedztwa, o procesach „uczenia się z życia” zachęca m.in. do refleksji nad działaniami profilaktycznymi prowadzonymi w takich środowiskach.

KOMPONENTY RESILIENCE MŁODZIEŻY DORASTAJĄCEJ W ZUBOŻAŁYCH SĄSIEDZTWACH W BADANIACH PARTYCYPACYJNYCH

Anita Gulczyńska

Katedra Pedagogiki Społecznej i Resocjalizacji
Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie

Odkrywanie komponentów resilience młodzieży dorastającej w zubożonych sąsiedztwach (ZS) w badaniach partycypacyjnych jest uzasadnione z kilku powodów. Pierwszym jest przewaga języka deficytów nad językiem

sił w pracach opisujących takie miejsca jako środowiska wychowawcze. Zubożone sąsiedztwa z reguły rozumiane są jako miejsca, w których oddziaływanie niekorzystnych wzorców osobowych (np. Leventhal, Brooks-Gunn, 2000), infekowanie kulturą „rebeliancką” zachodzące w grupach rówieśniczych (np. Crane, 1991) czy ograniczające szanse

życiowe młodzieży ich uwikłanie w sieć lokalnych więzi i interesów (np. Briggs, 1998) skutkują wyższą podatnością młodych mieszkańców na typowe zagrożenia takich środowisk życia. Inne badania dokumentują w takich miejscach szereg własności rodzin je zamieszkujących, w których upatrują pierwotnych przyczyn negatywnych socjalizacji młodych mieszkańców (Furstenberg i in., 1999). Taki obraz wzmacnia stygmatyzację takich miejsc w świadomości obywateli miasta i odzwierciedla się negatywnie w autodefinicjach ich mieszkańców. W tych badaniach reprezentacja głosu młodych ekspertów przez doświadczenie (*experts by experience*), czyli młodych mieszkańców ZS, jest niewystarczająca. Może to mieć swoje konsekwencje dla praktyki działań profilaktycznych. Dominacja w praktyce modeli opartych na teoriach obcych logice racjonalności mieszkańców ZS może prowadzić do formułowania nieefektywnych form profilaktyki czy pomocy. Modele praktyki oparte na perspektywach obcych doświadczeniu młodzieży często nie są bowiem rozpoznawane jako efektywne przez samych beneficjentów.

W przeciwieństwie do badań opierających się na deficytach, badania partycypacyjne, których fragment prezentuję w niniejszym artykule, w procesach społecznych zachodzących wewnątrz sąsiedzkiej społeczności odkrywają źródło resilience – sił, dzięki którym uczestnikom badania udało się stawić opór zagrożeniom ich sąsiedztwa. Wiedza o potencjałach zrodzonych w przebiegu interakcji na podwórkach i ulicach sąsiedztwa, o procesach „uczenia się z życia”, zachęca zarówno do redefinicji dyskursu naukowego wokół ZS, jak i do refleksji nad działaniami profilaktycznymi w takich środowiskach.

Metodologia badania

Komponenty resilience przedstawione w artykule są fragmentem wyników **interpretatywnego badania partycypacyjnego** prowadzonego przeze mnie w latach 2016–2019 z udziałem 10 młodych mężczyzn, którzy wspólnie dorastali w jednym z łódzkich ZS. W latach 2001–2005 byli oni bohaterami mojego społecznie zaangażowanego badania etnograficznego w tym miejscu, którego wyniki wykorzystam jako kontekst resilience prezentowany w artykule.

Ich sąsiedztwo jest częścią Śródmieścia Łodzi. To obszar identyfikowany przez nich jako „ich” miejsce, wyznacza-

ny przez nich bardziej bądź mniej zbliżonymi granicami przestrzennymi. Architekturą i infrastrukturą wpisuje się w tkankę ściśle uplecionej śródmiejskiej zabudowy kamienicznej, której historyczne piękno wyblakło wskutek wieloletniego niedoinwestowania tego obszaru¹ oraz procesów społeczno-demograficznych redukujących jakość życia mieszkańców śródmieść miast postindustrialnych². To obszar obejmujący kilka kamienicznych podwórek z ich wewnętrznymi szlakami komunikacyjnymi dobrze znanymi jedynie mieszkańcom, który jest ograniczony czterema ulicami głównymi (patrz rzut 1), powszechnie dostępnymi łódzianom.



Rzut 1. Obszar sąsiedztwa uczestników badania (na podstawie Google Maps); za A. Gulczyńska (2013).

W języku badań socjologicznych i geograficznych jest on częścią jednej z „enklaw biedy” (Grotowska-Leder, 1998), miejsc dotkniętych ubóstwem i powiązanych z nim problemami społecznymi (np. Warzywoda-Kruszyńska, Jankowski, 2010).

Przymiotnik „interpretatywny” w metodologii mojego badania wyraża jego jakościową naturę. Materiał z wywiadów narracyjnych analizowałam zgodnie z regułami **metody teorii ugruntowanej w wydaniu konstruktywistycznym** (Charmaz, 2009), co miało na celu zrekonstruowanie teorii uczestników badania na temat interesujących mnie zjawisk. Natomiast „partycypacyjność” badania rozumiałam dość radykalnie, jako **procedury badawcze powściągające władzę badacza** w samym przebiegu badania i procesie tworzenia wiedzy (Granosik i in., 2016), by badanie faktycznie odzwierciedlało „ich” głos. Uczestnicy w sposób znaczący decydowali o doborze próby, niektórzy dyskutowali ze mną pierwsze wersje moich interpretacji, przyczyniając się do ich istotnych przeformułowań.

Komponenty resilience młodzieży w środowisku społecznym zubożałego sąsiedztwa – ilustracja z badania partycypacyjnego

Zrozumienie komponentów resilience młodzieży rozwiniętych w przebiegu ich relacji w sąsiedztwie wymaga uprzedniego zaprezentowania **ich teorii na temat zagrożeń**, na jakie narażeni są młodzi mieszkańcy takich miejsc.

Zagrożenia młodzieży w ZS w perspektywie uczestników badania

W przeciwieństwie do bogactwa problemów społecznych mieszkańców ZS zidentyfikowanych w badaniach opisujących takie miejsca w języku deficytów, uczestnicy badania za realne zagrożenia młodzieży w ich miejscu zamieszkania uznali uzależnienia chemiczne oraz przestępczość.

Z analizy ich historii życia i/lub ich prywatnych teorii wyjaśniających losy kolegów, udało się zrekonstruować pewien wzór trajektoryjnej ścieżki biograficznej, w której uzależnienia (w powiązaniu z aktami przestępczymi) skutecznie pozbawiały wybranych mieszkańców kontroli nad własnym życiem. Dwa typy mieszkańców wydawały się uosabiać wzory życia tak zorganizowane: osoby z karierą instytucjonalną oraz wystający na rogach^{3,4}. Zarówno jedni, jak i drudzy byli ważnymi komponentami edukacyjnego przekazu w społeczności lokalnej, egzemplifikując indywidualnie zróżnicowane warianty **nieudanej kariery życiowej**.

Prace analityczne podejmowane wspólnie z uczestnikami badania zaowocowały również opisem cech kontekstu, który odczuwali, jako sprzyjające takim scenariuszom życiowym.

Znaczącymi elementami kontekstu sprzyjającego substancjalizacji zagrożeń ZS w życiu jego młodzieży były:

- bariery aktywności młodzieży w samym sąsiedztwie (ubóstwo infrastruktury wolnoczasowej; własność prywatna; konflikty z kontrolującymi dorosłymi),
- niedostępność usług społeczno-edukacyjnych (geograficzna, ekonomiczna, „konceptyjna”),
- przynależność do świata dzielnic.

Aktywność dzieci i młodzieży na podwórkach ograniczały dwa typy **barier**. **Barriere materialne** to zaanektowanie przestrzeni podwórek na funkcje

użytkowe (parkingi, komórki, śmietniki i inne) oraz nie poddający się plastycznej zmianie budulec przestrzeni (cegły, beton, metal, asfalt, szkło). Sprzyjały one wyłanianiu się **barier społecznych** – konfliktom o przestrzeń podwórek pomiędzy młodymi i dorosłymi mieszkańcami. Niektórzy dorośli postrzegali funkcje podwórka odmiennie od młodego pokolenia (np. miejsca parkingowe kontra miejsca do gry w piłkę itp.). Dzierżąc władzę nad przestrzenią (własność prywatna i decyzje formalne; budowanie sojuszy z innymi dorosłymi; przewaga fizyczna, psychologiczna, werbalna), ograniczali tam aktywność dorastającej młodzieży, co wzbudzało jej opór. Narastające konflikty i nuda zachęcały młodzież do zawłaszczania bramy wychodzącej na ulicę główną, czym wzbudzali zainteresowanie policji czy kuratorów sądowych⁵.

Cytat z pierwszego, etnograficznego badania, ilustruje, jak nakładanie się tych barier na siebie ograniczało aktywność młodzieży w jej miejscu zamieszkania⁶: *Dowiaduję się, że chłopcy zostali zatrzymani przez tajniaków w samochodzie przed moim domem, kiedy stali pod sklepem. Wychodzę. W samochodzie jest kobieta i mężczyzna oraz z tyłu: Y, jakiś chłopak, którego nie znam, i D, a przed samochodem stoi L. Podchodzę do samochodu i pytam, co się stało, przedstawiając się jako pedagog ulicy. Pani odpowiada mi, że ich sprawdzają, bo przejeżdżali tędy i zobaczyli, jak stoją na ulicy.*

Tłumacząc, że to moi podopieczni, że ich znam i to dobre dzieciaki. Ponieważ widzę, że ich sprawdzają przez szczekaczkę na wszelki wypadek, mówię, że jeden (Y) ma tzw. przeszłość i może być rejestrowany. Ale teraz jest wszystko ok. Pytają mnie o sens takiego stania na ulicy, motywując to ciągłym zainteresowaniem nimi policji.

- Policjantka: *Czy nie ma tu jakieś świetlicy, czy innego miejsca, żeby nie stali na tej ulicy?*
- AG: *Wokoło są tylko bramy i ulice – tłumaczę. – Nie ma takiego miejsca. Te chłopaki zawsze będą dziećmi ulicy, bo nie mają innych miejsc, żeby tam spędzać czas.*
- Policjantka: *A nie mogą na podwórku?*
- AG: *Nie, bo wtedy sąsiedzi dzwonią po policję, bo jest za głośno.*
- – *To fakt – wtrąca policjant – te podwórka są jak studnie.*

Niedostępność usług społeczno-edukacyjnych (geograficzna, ekonomiczna, „konceptyjna”) dla młodzieży manifestowała się brakiem darmowych placówek ade-

kwatnych do ich potrzeb w najbliższym otoczeniu. Działające tam wówczas (2001–2005) świetlice środowiskowe oferowały usługi adresowane do uczniów szkół podstawowych (nacisk na kompensację sukcesu edukacyjnego i opiekuńczo-wychowawczej roli rodzin). Obecność grup młodzieży powiązanej ze sobą silną więzią, swoimi rytuałami oraz mającej odmienne oczekiwania wobec tego typu placówek, bywała kłopotliwa nawet dla samej kadry.

Niedostępność „konceptyjną” takich placówek wzmacniał trzeci z komponentów kontekstu sprzyjającego substancjalizacji zagrożeń ZS w życiu jego młodzieży – **przynależność do świata dzielnic**⁷. Ten prymarny dla nich świat dysponował ofertą oczekiwań stawianych jego członkom oraz wachlarzem taktyk negocjacji tożsamości (Gulczyńska, 2013). I tak, *chłopak z dzielnicy* w obecności innych uczestników tego świata prowadził tożsamościową grę, tak, by inni rozpoznawali w nim *wroga frajerstwa i policji*. Świat ten gratyfikował zachowania wpisujące się w tożsamość *nie-dającego się*, a piętnował *lapsów*. „*Nie-dający się* nie poddawał się taktykom degradacji ani ze strony *swoich*, ani obcych” (Gulczyńska, 2013). W trudnych zachowaniach młodzieży *dzielnicy* odczytać można pewne kulturowo wypracowane i obowiązujące wzory negocjowania tożsamości, które zapewniały szacunek, lojalność oraz przywileje. Negocjacje tożsamości w świecie *dzielnicy* rozciągały się na wymienione konflikty o przestrzeń podwórka. Spektakularne autoprezentacje „walczących” z wybranymi dorosłymi o swoje miejsce na podwórkach służyły jednocześnie ugruntowaniu pozycji w świecie „swoich”.

Trzy wyżej opisane komponenty kontekstu codziennych aktywności chłopaków wzajemnie wzmacniały się w substancjalizacji zagrożeń ZS w ich życiu. Bariery materialne z jednej strony sprzyjały nudzie, a z drugiej uruchamiały bariery społeczne (konflikty o przestrzeń podwórek, kontrolująco-dyscyplinujące reakcje formalnych egzekutorów porządku społecznego). Natomiast niedostępność oferty placówek wolnoczasowych (fizyczna, ekonomiczna, „konceptyjna”) czyniła sąsiedztwo jedynym miejscem aktywności grup młodzieży. Tak szeroka gama ograniczeń ich działania w sąsiedztwie oraz oczekiwania nałożone na nich jako członków świata *dzielnicy* (być *wrogiem frajerstwa i policji*, *nie-dającym się*, a nie *lapsem*) sprzyjały wzmiankowanym poniżej praktykom *odwalania* – kluczowej kategorii pojęciowej ich teorii na temat zagrożeń w ZS.

Filip: Wychowałem się tutaj (...). Odwalałem co swoje, tutaj do szkoły podstawowej chodziłem, później gimnazjum na Świetlistej (ulica – AG), którego nie ukończyłem... Z gimnazjum, że tak powiem, zostałem zabrany do domu dziecka. Po wyjściu z domu dziecka się zaczęło... Bo no tutaj z chłopakami ogólnie latać... Coś tam jakieś narkotyki się pojawiły... Tak sobie życie beztrudno mijało, mijało sobie... eh na zabawach i w ogóle i tutaj bujałem się z towarzystwem.

Pojęciem *odwalania* uczestnicy badania obejmowali dominujący wzór ich grupowych aktywności w sąsiedztwie. Łączył w sobie funkcje zabawy, oporu (wobec nierównych praw w korzystaniu z przestrzeni sąsiedztwa) i ekspresji (negocjacje tożsamości). Początkowo przybierały postać eksploracji sąsiedzkich podwórek, zwykłych dziecięcych psot, by z czasem ewoluować w kierunku zachowań ryzykownych (np. skutkujące wandalizmem kłótnie z dyscyplinującymi sąsiadami, niszczenie mienia, eksperymenty z substancjami odurzającymi). Tym ostatnim przypisywali oni najwyższy próg zagrożenia młodzieży w ZS, zapowiedzi nieudanej kariery życiowej (*źle skończyli; wiadomo, jak skończyli*) lokalnie uosabianej albo we wzorze instytucjonalizacji (instytucje resocjalizacyjne) albo/i *wystawiania na rogi* (Gulczyńska, 2013). Identyfikowali różnorodne związki pomiędzy używkami a przestępczością. Lokalne kariery przestępcze zaczynały się bowiem od niebezpiecznych zabaw *pod wpływem* bądź były skutkiem *ciemnych interesów* zasilających budżet na używki.

Ilustracje resilience w obiektywie badań partycypacyjnych

Resilience, odczytane w logice teorii rozmówców na temat zagrożeń młodzieży w ich środowisku życia, rozumieć należy jako procesy, które wzmacniały ich opór wobec presji *dzielnicy*, czym zapobiegały ich angażowaniu się w ryzykowne praktyki *odwalania*. Choć jego komponenty odczytane z narracji były bogate i zróżnicowane, poddały się uporządkowaniu. Istotnie różnił je **stosunek chłopaków do świata dzielnicy** w młodości.

Uczestnicy dzielnicy, w pełni identyfikując się z tym światem, jego warstwę poznawczą przyjmowali za niepoddający się dyskusji system oczekiwań i sposobów ich wypełniania, a normatywną – za kodeks honorowy, wyznaczający klarowne kryteria do oceny innych i samego siebie. Naturalnym ich sposobem bycia w sąsiedztwie

były zaangażowane praktyki *odwalania*. W przypadku działań **nie-do-końca uczestników dzielnica** funkcjonowała jedynie w ich systemie poznawczym. Sprawnie operowali jej językiem, posługiwali się jej symbolami oraz włączali się w negocjacje tożsamości, w tym w *odwalanie*, jednak *wyhamowywali na czas*. Stosunek **nie-uczestników** wobec *dzielnicy* ilustruje poniższa wypowiedź: *Nie byłem związany z tym miejscem absolutnie. Jeździłem na rowerze po parę godzin, a tutaj wracałem do domu i to tyle. Potem angażowałem się w różne projekty, też absolutnie niezwiązane z Centrum. (...) Ja tylko tam bywałem.*

Cele sporadycznych relacji z *nie-uczestnikami z dzielnicy* nie były znaczące dla ich auto- i społecznej definicji. Rozmówca o kolegach z dzieciństwa mówi dzisiaj: „oni”, a sąsiedztwu nadaje znaczenie nieistotnego na jego mapie miasta punktu geofizycznej lokalizacji domu rodzinnego.

Wysoki poziom skontekstualizowania procesów (nie czynników) chroniących młodzież, który jest efektem partycypacyjnej orientacji badania, zmusza do ich wybiórczej prezentacji. Stąd empiryczne ilustracje resilience ograniczone zostaną do wybranych doświadczeń *nie-do-końca uczestników* – relacji przyjaźni i samowychowania.

Relacje przyjaźni w sąsiedztwie jako źródło resilience

Analiza wywiadów pozwoliła udokumentować dwa warianty relacji przyjacielskich, które wzmacniały opór chłopków wobec oczekiwań i nacisków *dzielnicy*: grupę przyjaciół i partnerską relację przyjacielską.

Grupa przyjaciół funkcjonowała jako **świat równoległy do dzielnicy**, współtworzony przez kilku chłopaków i chroniony przed innymi. Relacja ta regulowana była odmiennymi zasadami, w których wiedza o osobie, wspólna historia (*ci, z którymi się wychowywałem*), a nie wypełnianie oczekiwań *dzielnicy* były gwarantem jej trwałości. Tworzony w niej dyskurs sprzyjał zwątpieniu w to, co „oczywiste”, rozwojowi krytycznej postawy wobec aktów *odwalania* i umożliwiał redefinicję znaczenia *dzielnicy* w ich codzienności. *No to z Solmyrem i z Chudym, to przecież my byliśmy taką trójką, która właśnie nie chciała tak wsiąknąć w to wszystko, tak? Trzymaliśmy się ze sobą, nie? (...) Byliśmy tacy, że i z tymi, i z tymi potrafiliśmy pośpieścić czas, ale tak już później, jak się zaczęły narkotyki, to już nie ciągnęło nas.*

Komponentami kontekstu umożliwiającego negocjowanie *dzielnicowych* dogmatów były lojalnościowe zobowiązania, wzajemne wsparcie w sytuacjach nacisków rówieśniczych oraz odczuwanie przyjaźni jako wartości samej w sobie. Przyjaciele zrzucali maski *nie-dających się*. Mówili sobie o problemach osobistych, odczuciach, które mogłyby ich dyskredytować poza grupą. Takie cechy relacji umożliwiały **kolektywny opór wobec presji rówieśniczej** w sytuacjach, którym grupa przyjaciół nadawała znaczenie inne niż pozostali.

W **partnerskiej relacji przyjaźni** nie dochodziło do renegowania oczekiwań *dzielnicy*. Prawdopodobnym tego powodem był **różny stosunek przyjaciół do dzielnicy**. W partnerskiej relacji przyjaźni uchwyconej w badaniu świat ten był ważnym punktem odniesienia w auto- i społecznej identyfikacji jednego z chłopaków (uczestnika *dzielnicy*), natomiast u drugiego funkcjonował jedynie w sferze poznawczej.

Reguły tego świata były zawieszane, kiedy para przyjaciół w odosobnieniu tworzyła swój dyskurs oderwany od treści i znaczeń *dzielnicy*, czego przykład znajdujemy we fragmencie wywiadu. *Mietek: Żeśmy kupowali sobie po pół litra łaciatę i siadaliśmy sobie na murku i mieliśmy taką śmiechawę po tym (śmiech). Po zwykłym mleku łaciatym (śmiech). No. Ale to mieliśmy chyba tak oboje wkręcenie w głowy, wiesz. Że po łaciatym jest fajnie. Żeśmy sobie siadali na tym... Aaaa, u mnie na podwórku na takim schodku i żeśmy opowiadali sobie jakieś tam różne rzeczy. Z dzieciństwa, takie różne tam, z Dęba strony, z mojej strony. „Łaciate” przestawało być mlekiem, kiedy w przebiegu interakcji chłopaki nadawali mu nowe znaczenia. Połączeni wspólnym doświadczeniem ubóstwa lokalnej infrastruktury i społecznymi barierami ich młodzieńczych aktywności w sąsiedztwie, elementom obiektywnego otoczenia nadawali własne, innym niedostępne znaczenia i funkcje, by „wytopić czas” bądź dobrze się bawić. W tak tworzonej przez nich alternatywnej rzeczywistości zauważamy **twórczą formę adaptacji do warunków otoczenia** niepoddających się bezkonfliktowej fizycznej czy społecznej zmianie.*

Resilience w obu wariantach relacji opartych na przyjaźni przyjmuje postać **buforu**. W pierwszym układzie osobowym był **buforem pomiędzy chłopakami a światem dzielnicy**. Grupa przyjaciół zasilala opór, jaki stawiali oni presji członków *dzielnicy*, a jednocześnie nie wykluczała ich z uczestnictwa w życiu społecznym tego świata. Ich opór rodził się w alternatywnym (wobec tego *dzielnicowego*)

dyskursie, w którym dochodziło do przeformułowania tego, co większość przyjmowała za „oczywiste”, by umocnić ich „nie” w przebiegu tych praktyk *odwalania*, którym nadawali znaczenie swoistego proggu zagrożenia nieudaną karierą życiową.

W buforze, jakim była alternatywna rzeczywistość tworzona przez parę przyjaciół, odczytać możemy wyraz **oporu wobec zewnętrznych barier i ograniczeń** (niezależnych od nich), u podstaw których leżała niekorzystna dla młodego pokolenia mieszkańców dystrybucja władzy w sąsiedztwie. Rzeczywistość alternatywna buforowała gniew odczuwany wskutek wykluczenia z wpływu na własne miejsce życia, co obniżało napięcie w ich interakcjach sąsiedzkich. Obustronne uznanie tej rzeczywistości za atrakcyjną zwyczajnie pomniejszało też pulę czasu i wolę uczestnictwa w praktykach *odwalania*.

Samowychowanie w relacji z sąsiedztwem

W badaniu udokumentowane zostały procesy samowychowania młodych mieszkańców w przebiegu ich systematycznej i trwałej relacji z sąsiedztwem, które stały się źródłem resilience. Zaprezentowane poniżej warianty tych procesów wpisują się w logikę **samowychowania** „rozumianego jako uczenie się całościowe – przez życie” (Czerniawska 2002, s. 20), wyzwajające „rozumienie siebie i świata przez dystans” (tamże, s. 22).

W pierwszym wariantcie uczenie się w przebiegu doświadczenia zdobywanego w sąsiedztwie skutkowało mądrością życiową, którą narrator wyraził metaforycznie.

AG: *A jaką widzisz różnicę właśnie pomiędzy tobą a braćmi, którzy... no, jednak gdzieś trafili do miejsc, do których ty byś nie chciał trafić (więzienie – AG)?*

Gniewko: *Głowa (...) No trzeba mieć swój rozum... Nie być podatnym na... innych, nie wiem. Wydaje mi się, że głowa. (...) No ja też mogłem skończyć różnie, tak? Z tymi, ale... jak widziałem, że coś jest nie tak, to ja odbijałem, odchodziłem od tego (...). Na pewno narkotyki... No nie podobało mi się to niekontrolowanie swoich zachowań.*

Głowa jest metaforą oddającą mądrość życiową wypracowywaną przez młodych mieszkańców w przebiegu systematycznych obserwacji działań tych z ich starszych kolegów/członków rodziny czy sąsiadów, którzy w dalszej perspektywie czasowej uosabiali nieudaną karierę życiową.

AG: *A bracia wracają do więzień?*

Gniewko: *Dwóch wróciło Ale już teraz wszyscy są na dobrej drodze, powiedzmy.*

AG: *Sukces polskiej resocjalizacji?*

Gniewko: *(ze śmiechem) Nie, może też mi się właśnie wydaje, że to środowisko ich tam wciągnęło. A jak już teraz mają swoje rozumy i dotarło do nich, to już swoim życiem się zajęli, a nie kolegów. Ja też tak kiedyś myślałem, że to każdego mogło spotkać, tak? Ale teraz nie. (...) Moi bracia, wiadomo, że pozahaczali o zakłady karne i tyle, no. Ja widziałem, co to było i nie chciałem nigdy tak. Może ja z ich doświadczenia ściągnąłem? (...) Ja tak sobie myślałem właśnie, że nie chcę tak skończyć, czy tak zacząć życia... I robiłem wszystko, żeby tak nie było.*

Bycie osadzonym w sąsiedzkiej społeczności pozwalało na pogłębione, przyczynowo-skutkowe zrozumienie całego kontekstu takich karier. Dodatkowo proces uczenia się wzbogacany był treściami lokalnego przekazu edukacyjnego, którego ważnymi elementami były transmitowane z pokolenia na pokolenie uosobione w *wystających na rogach historii przegranego życia*. Takie lokalnie współtworzone opowieści w sposób lapidarny wyjaśniały niebezpieczne związki niektórych działań tych starszych mężczyzn z ich aktualną, bardzo trudną sytuacją życiową i niską pozycją społeczną w sąsiedztwie. W drugim wariantcie samowychowanie prowadzi do wypracowania **biograficznego planu działania opartego na wartościach klasy średniej**, który skutecznie chronił innego chłopaka przed uleganiem pokusom świata *dzielnicy*. Podobnie do Gniewka, z relacji z *dzielnica* Chudy czerpał siłę do stawiania oporu oczekiwaniom *dzielnicy* z przynależności do grupy przyjaciół. Na etapie gimnazjum został zwerbowany do prywatnej szkoły sportowej. Czas formalnej edukacji, rozciągnięty na większą część dnia, zredukował, ale nie zakończył jego kontaktów z sąsiedztwem. *No i cały ten okres tam sześćioletni był raczej związany z tą szkołą, głównie treningi (...). Mniej się przebywało też u siebie, bo już powstały też nowe znajomości, z którymi (...) ta pasja połączyła.*

Rozpoczęcie nauki w szkole było jednocześnie zaproszeniem do uczestnictwa w **alternatywnym świecie społecznym** (świat profesjonalnej piłki nożnej). Jego warunki fizyczne i determinacja umożliwiały wynegocjowanie tam satysfakcjonującej go tożsamości i pozycji społecznej, co sprzyjało nawiązaniu relacji osobistych z rówieśnikami *spoza Śródmieścia, w innym świecie* umożliwiających obserwację życia na osiedlach, innych ludzi.

W opisie tego okresu życia odczytujemy, iż był on dla niego swoistym **punktem zwrotnym** (Hughes, 1958), doświadczeniem, po którym nigdy nic nie było już takie samo. W jego efekcie wypracował i zrealizował **biograficzny plan działania oparty na wartościach klasy średniej**.

Istotnymi elementami kontekstu umożliwiającego tę przemianę były: codzienne porównywanie stylów życia w różnych społecznościach lokalnych/różnych grup społecznych, odczucie realności projektu biograficznego opartego na kompetencjach, wzorcach i relacjach zbudowanych w alternatywnym świecie i połączenie edukacji z *pasją*.

Poniższy fragment obrazuje interesujący etap i jednocześnie warunek tej przemiany – zmianę w subiektywnym odczuwaniu czasu i atrakcyjności praktyk *odwalania*.

Lubiłem sobie postać z nimi, pogadać (...), ale na tym się kończyło i teraz mogę powiedzieć, że o tyle miałem fajnie, że miałem tę swoją pasję, która gdzieś tam ten czas mi zabierała, a reszta, podejrzewam, za dużo wspomnień nie ma, bo, bo tyle, co się odważyło, coś się powstało, ale większość czasu to była taka monotonia.

Tak jak *Gniewko* w interakcjach ze światem *dzielnicy* zrozumiał, „**kim nie chce być**”, tak *Chudy* w przebiegu relacji prowadzonej równolegle z *dzielnica* i z alternatywnym światem społecznym pozyskał dające mu siłę przekonanie, „**kim i gdzie chce być**”. W obu historiach znaczenie buforu grupy przyjaciół było bezspornym początkiem kariery życiowej odmiennej od pomysłu na siebie ich rówieśników.

Konkluzje

Zaprezentowany fragment badania partycypacyjnego prowadzonego z młodymi mężczyznami dorastającymi w ZS wpisuje się w dyskurs poszukujący w takich miejscach sił, nie deficytów. Dzięki połączeniu procedur metodologii jakościowych z partycypacyjnymi udało się dotrzeć do oryginalnych komponentów resilience młodzieży ZS, które nie zostałyby uwidocznione, gdyby w projektowaniu badania i jego przebiegu nie upełnomocniono wiedzy z życia i kompetencji analitycznych uczestników badania. Pozwoliło to na dotarcie do ich logiki racjonalności i wyrażenie w jej języku faktycznie odczuwanych zagrożeń i resilience, wraz z ustaleniem konfiguracji ich uwarunkowań.

Elementy tej wiedzy mogą stać się inspiracją dla oryginalnych programów profilaktycznych opartych na

siłach społeczności, które – kiedy współtworzone z ich mieszkańcami – mogą zwiększyć szansę na przerwanie społecznej reprodukcji takich miejsc.

Przypisy

- ¹ Aktualnie Łódź podlega niezwykle dynamicznym i szeroko zakrojonym zmianom rewitalizacyjnym.
- ² Szerzej w: Zborowski A. (2010), „Społeczny aspekt rewitalizacji” w: Rewitalizacja miast polskich – diagnoza, Z. Ziobrowski, W. Jarczewski (red.), Kraków: Instytut Rozwoju Miast.
- ³ W tekście jest dużo pojęć in vivo – zaczerpniętych z języka uczestników badania. W całym tekście pojęcia in vivo oraz cytaty z wypowiedziami narratorów będą oznaczone kursywą, by wskazać odmiennosć ich pochodzenia.
- ⁴ Wystający na rogach to kategoria in vivo w pierwotnym badaniu, stosowana lokalnie dla identyfikacji grupy mężczyzn, którzy swoją codzienność organizowali wokół zdobycia środków na alkohol, wystając na rogu dwóch ulic (główniej i wewnętrznej – rzut 1) (Gulczyńska, 2013).
- ⁵ Szerzej w: Gulczyńska, 2013.
- ⁶ Gulczyńska, 2013, s. 94.
- ⁷ Badanie etnograficzne ujęło w zbiorowości dzielnicy cechy analogiczne do tych opisanych w koncepcji świata społecznego Anselma Straussa (1969).

Bibliografia

- Briggs X.S. (1998), „Brown kids in white suburbs: Housing mobility and the many faces of social capital”, *Housing Policy Debate*, 9: 177-221.
- Bunio-Mroczek P. (2010), „Nastoletnie macierzyństwo, transmisja biedy, wykluczenie społeczne”, *Praca Socjalna Special Issue (July-August)*: 105-117.
- Charmaz K. (2009), „Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej”, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Crane J. (1991), „The Epidemic Theory of Ghettos and Neighborhood Effects on Dropping Out and Teenage Childbearing”, *American Journal of Sociology*, 96(5): 1226-1259.
- Furstenberg F.J., Cook T.D., Eccles J., Elder G.H., Sameroff I.A. (1999), „Managing to make it: Urban families and adolescent success”, Chicago: University of Chicago Press.
- Grotowska-Leder J. (1998), Łódzkie enklawy biedy (w): „Życie i pracować w enklawach biedy”. (Klimaty łódzkie), W. Warzywoda-Kruszyńska (red.), Łódź: Instytut Socjologii UŁ.
- Gulczyńska A. (2013), „Chłopaki z dzielnicy. Studium społeczno-pedagogiczne z perspektywy interakcyjnej”, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Hughes E. (1958), „Man and Their Work”, Glencoe: The Free Press.
- Leventhal T., Brooks-Gunn J. (2000), „The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes”, *Psychological Bulletin*, 126(2): 309-337.
- Participative Approaches in Social Work Research/Les approches participatives dans les recherches en travail social (2010), red. M. Granosik, A. Gulczyńska, E. Marynowicz-Hetka, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Strauss A. (1969), „Mirrors and Masks, The Search for Identity”, University of California Medical Center San Francisco, California: Sociology Press.
- Warzywoda-Kruszyńska W., Jankowski B. (2010), „Mieszkańcy enklawy biedy 10 lat później”, Łódź: Biblioteka.
- Zborowski A. (2010), „Społeczny aspekt rewitalizacji” (w): Rewitalizacja miast polskich – diagnoza, Z. Ziobrowski, W. Jarczewski (red.), Kraków: Instytut Rozwoju Miast.

W artykule przedstawiono skrótowo podstawy teoretyczne konstrukcji dwóch baterii kwestionariuszy, które mogą mieć zastosowanie w pogłębionej i jednocześnie zakresowo poszerzonej diagnozie ryzyka uzależnień oraz ich strukturę wyłonioną w trakcie badań walidacyjnych. Jest to Bateria Kwestionariuszy Funkcjonowania Społecznego (B-KFS) oraz pomocniczo Bateria Kwestionariuszy Motywacji (B-KMiA), obie przeznaczone do badania uczniów klas IV-VIII szkoły podstawowej.

CYFROWE NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE DO BADANIA CZYNNIKÓW RYZYKA, CZYNNIKÓW CHRONIĄCYCH I ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH UCZNIÓW KLAS IV-VIII

Ewa Wysocka
Uniwersytet Śląski

Wprowadzenie

Coraz częściej w literaturze przedmiotu i potocznie mówimy o syndromie nałogowej osobowości naszych czasów, co wynika z cech współczesności (warunki społeczno-kulturowe), która przyjmuje coraz bardziej różnorodne formy i powoduje coraz bardziej rozległe negatywne tego konsekwencje dla funkcjonowania osoby w świecie i tym samym jej rozwoju. Wymaga to stosowania w diagnozie osoby uzależnionej nie tylko narzędzi przesiewowych pozwalających ujawnić symptomy uzależnienia i ewentualnie jego nasilenie, ale także narzędzi służących pogłębionej diagnozie czynników ryzyka i potencjalnych czynników chroniących oraz konsekwencji rozwojowych ujawniających się w różnych sferach funkcjonowania i życia osób uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniem. Przyjęto założenie, że problemy jednostki i tym samym diagnozy funkcjonowania psychospołecznego można przedstawić w ujęciu wąskim, gdzie jej przedmiot zawęży się głównie do symptomatologii ściśle określonego konstruktu teoretycznego (identyfikacja symptomów i określenie ich układu w przypadku oceny typologicznej, np. w diagnozie uzależnień są to narzędzia przesiewowe), bądź w ujęciu szerokim, gdy jej przedmiot obejmuje również aspekt genetyczny, konsekwencyjny, rozwojowy i prognostyczny. Wyznacza to wówczas analizę zjawiska w trzech perspektywach czasowych, co w ujęciu poznawczym wyznacza postrzeganie własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości; oraz postrzeganie tych samych

zjawisk w dwóch perspektywach: postrzegania zjawisk przez różne podmioty poznania – osobę zaburzoną i jej środowisko społeczne. Diagnoza realizowana w celach praktycznych (decyzyjna) powinna także uwzględniać dwa kierunki dokonywanego rozpoznania: pozytywny, związany z identyfikacją sfer niezaburzonych, oraz negatywny, odnoszący się do identyfikacji sfer zaburzonych¹.

W artykule przedstawiono skrótowo podstawy teoretyczne konstrukcji dwóch baterii kwestionariuszy, które mogą mieć zastosowanie w pogłębionej i jednocześnie zakresowo poszerzonej diagnozie ryzyka uzależnień oraz ich strukturę wyłonioną w trakcie badań walidacyjnych. Jest to głównie Bateria Kwestionariuszy Funkcjonowania Społecznego (B-KFS) oraz pomocniczo Bateria Kwestionariuszy Motywacji (B-KMiA), obie przeznaczone do badania uczniów klas IV-VIII szkoły podstawowej (w wieku 9-16 lat). Założenia teoretyczne przyjęte jako podstawa konstrukcji obu baterii testów ulokowane są w psychologii poznawczej ze względu na pomiar przekonań (subiektywne deklaracje, narzędzia typu *self-report*), psychologii zdrowia ze względu na przyjęcie założenia o komplementarnej diagnozie obejmującej dwa kierunki oceny czy zachodzących zmian (czynniki chroniące – salutogeneza, czynniki ryzyka – patogeneza) oraz w pedagogice społecznej i socjologii ze względu na przyjęcie założenia o immanentnej zależności rozwoju jednostki od stwarzanych jej warunków, stanowiących stymulatory lub inhibitory zdrowia psychicznego i rozwoju (środowisko wychowawcze, analiza świata życia).

Podstawy teoretyczne i struktura baterii kwestionariuszy B-KFS i B-KMiA

Podstawę teoretyczną skonstruowania baterii kwestionariuszy do oceny funkcjonowania społecznego (B-KFS) stanowiły: koncepcja salutogenezy Aarona Antonovsky'ego², uzupełniona koncepcją rozwoju osobowości Seymoura Epsteina³, koncepcją zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych Thomasa M. Achenbacha⁴ oraz koncepcjami środowiska życia i rozwoju Dietera Baackego⁵, ekologiczną koncepcją rozwoju Urie Bronfenbrennera⁶ oraz koncepcją funkcjonowania życia Zbigniewa Zaborowskiego⁷, z poszerzeniem o zagadnienia nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) i zagrożeń z nim związanych⁸. Wybrane do oceny cechy i właściwości jednostki i środowiska jej życia są adekwatne rozwojowo, zostały zweryfikowane empirycznie i mają ugruntowanie teoretyczne. Pomiar obejmuje ponadto cechy osoby, które stanowią postrzeganą przez nią jej obecną charakterystykę oraz stanowią czynnik przepowiadający jej dalszy rozwój.

Na podstawie wskazanych teorii skonstruowano komplementarnie uzupełniające się baterie kwestionariuszy: do diagnozy czynników zaburzeń (patogeneza – B-KFS-P) i czynników chroniących (salutogeneza – B-KFS-S). Pierwsza z baterii kwestionariuszy obejmuje swym zakresem ocenę funkcjonowania w sferze relacji intrapersonalnych (postrzeganie „ja”), interpersonalnych (postrzeganie relacji „ja-inni”) oraz relacji z mediami (postrzeganie relacji „ja-media”). Druga bateria kwe-

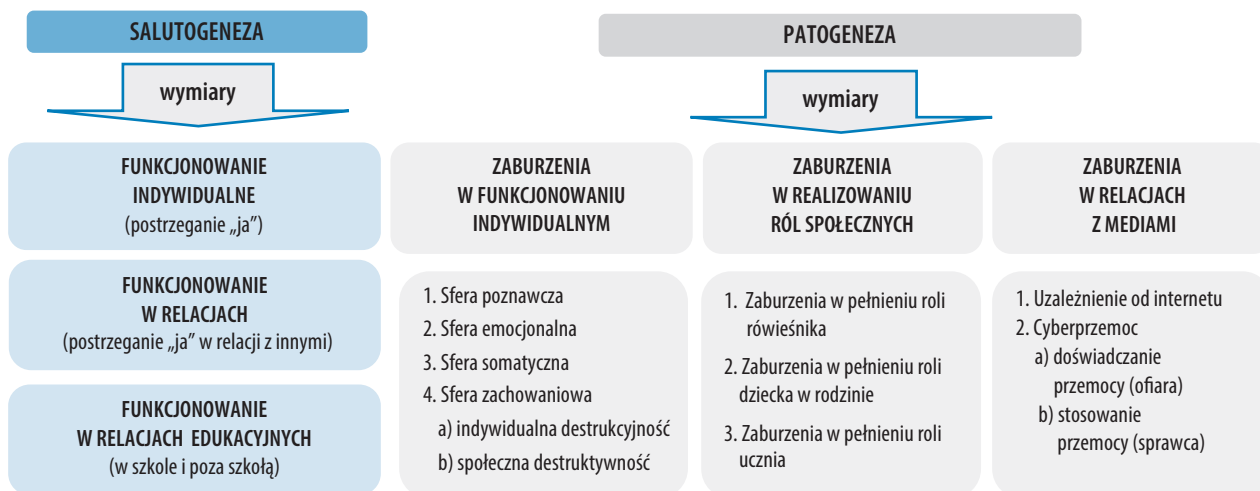
stionariuszy służy do oceny potencjalnych czynników chroniących, także w trzech sferach funkcjonowania osoby, dwóch analogicznych odnoszących się do postrzegania własnego „ja” i własnych relacji z innymi oraz trzeciej związanej z postrzeganiem siebie w sytuacjach edukacyjnych (schemat 1).

Model diagnozy funkcjonowania społecznego jest zatem twórczym połączeniem różnych koncepcji, jednak głównym założeniem była tu konieczność dokonywania oceny pozytywnej (salutogeneza) i negatywnej (patogeneza), wskazując znaczenie całościowej oceny zarówno deficytów rozwojowych, jak i potencjałów osoby badanej, które łącznie są podstawą projektowania postdiagnostycznego. Tylko wtedy możliwa jest realizacja założenia poznania „całego człowieka” (oczywiście w ramach ograniczonych przyjętą teorią), a nie tylko koncentracja na doświadczanych i wybiórczych problemach.

Skonstruowane narzędzie służy do diagnozy funkcjonowania psychospołecznego dzieci i młodzieży w wieku 9-16 lat (klasy IV-VIII szkoły podstawowej). W jego szczegółowej strukturze (schemat 2) wyróżniamy dwa wielowymiarowe kwestionariusze do badania: (1) słabych stron (czynniki ryzyka) i (2) mocnych stron (czynniki chroniące) funkcjonowania jednostki. Łącznie obejmują one 51 właściwości funkcjonowania osoby (cech/zmiennych i ich wymiarów). Analizy psychometryczne pozwoliły wyłonić w zakresie patogenezy (schemat 2) trzy obszary funkcjonowania, składające się na trzy wielowymiarowe narzędzia:

1. *Kwestionariusz Zaburzeń w Funkcjonowaniu Indywidualnym* obejmuje pomiar 13 cech szczegółowych

Schemat 1. Struktura B-KFS.



(II – niższy poziom analizy) w 4 sferach/wymiarach (I – wyższy poziom analizy):

- a) Zaburzenia w Sferze Poznawczej:
 - samoponiżające zniekształcenia poznawcze,
 - egocentryczne zniekształcenia poznawcze,
- b) Sfera Emocjonalna:
 - zaburzenia depresyjne i tendencje suicydalne,
 - zaburzenia lękowe,
 - zachowania wycofujące,
- c) Sfera Somatyczna:
 - zaburzenia odżywiania,
 - objawy wegetatywne,
- d) Sfera Zachowaniowa – Indywidualna Destrukcyjność:
 - brak koordynacji działania,
 - nadruchliwość i impulsywność,
 - destruktywne radzenie sobie,
- e) Sfera Zachowaniowa – Społeczna Destruktywność:
 - zachowania agresywne,
 - zachowania opozycyjno-buntownicze,
 - zachowania niedostosowane.

2. *Kwestionariusz Zaburzeń w Pełnieniu Ról Społecznych* obejmuje pomiar 8 cech szczegółowych (II – niższy poziom analizy) w 3 podstawowych dla danego etapu rozwoju rolach, stanowiących wymiary funkcjonowania (I – wyższy poziom analizy):

- a) Zaburzenia w Pełnieniu Roli Rówieśnika:
 - poczucie odrzucenia rówieśniczego (poczucie alienacji),
 - negatywne postawy wobec rówieśników (aspołeczność),
 - poczucie zagrożenia ze strony rówieśników,
- b) Zaburzenia w Pełnieniu Roli Dziecka w Rodzinie:
 - negatywne postawy wobec obowiązków domowych,
 - zachowania buntownicze wobec wymagań wychowawczych,
 - niekontrolowane zachowania poza domem rodzinnym,
- c) Zaburzenia w Pełnieniu Roli Ucznia:
 - niepowodzenia edukacyjne,
 - negatywizm szkolny.

3. *Kwestionariusz Zaburzeń w Relacjach z Mediami*⁹ obejmuje pomiar 2 właściwości funkcjonowania osoby: uzależnienia od Internetu i cyberprzemocy, obejmujących 5 cech szczegółowych (II – niższy

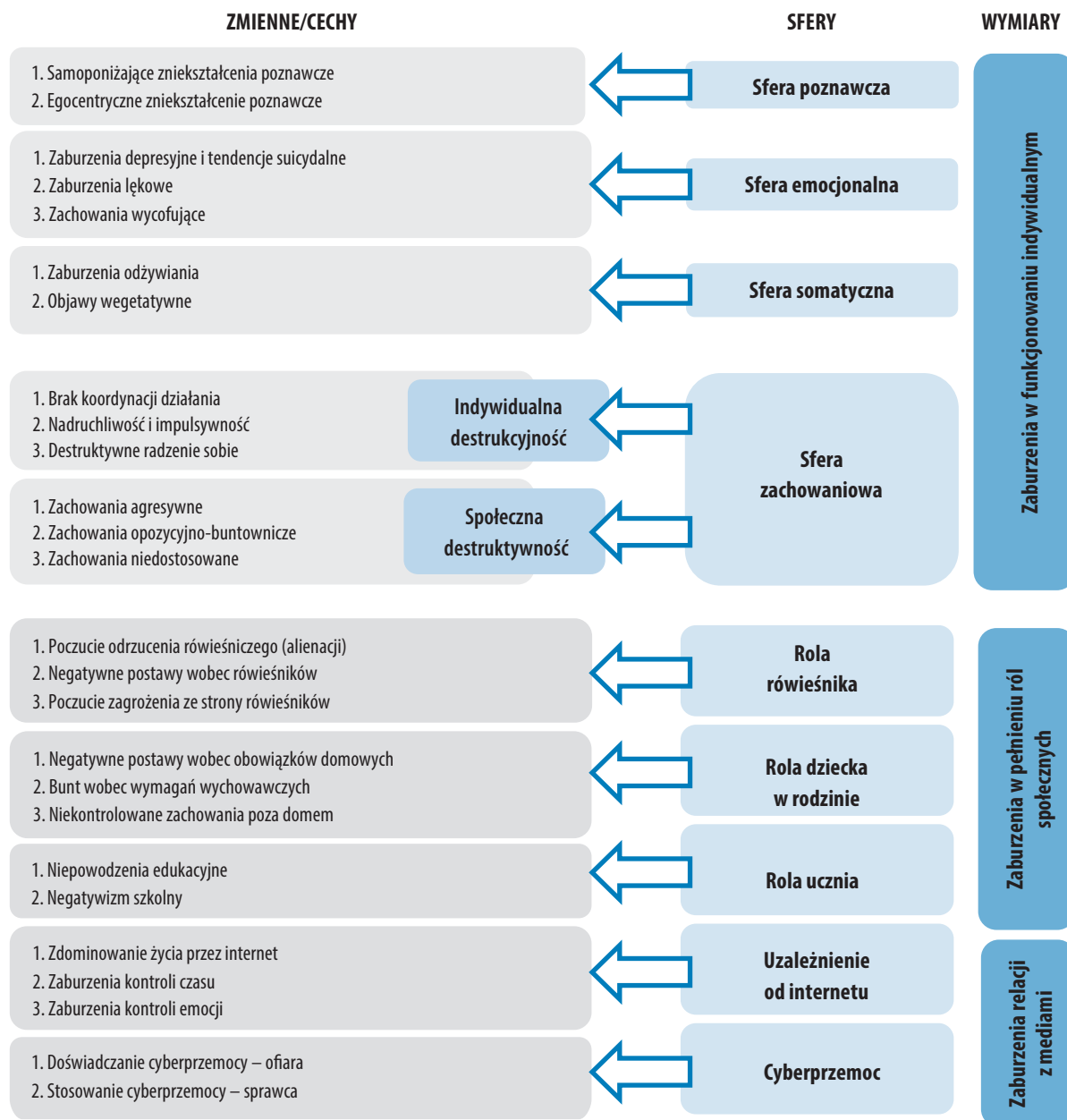
poziom analizy) w 2 sferach/wymiarach (I – wyższy poziom analizy):

- a) Uzależnienie od Internetu – dla całej grupy:
 - zdominowanie życia przez Internet,
 - zaburzenia kontroli czasu,
 - zaburzenia kontroli emocji,
- b) Cyberprzemoc:
 - doświadczanie cyberprzemocy – ofiara cyberprzemocy – od 12 lat,
 - stosowanie cyberprzemocy – sprawca cyberprzemocy – od 12 lat.

W zakresie salutogenezy (schemat 3) wyodrębniono również 3 obszary funkcjonowania, obejmujące jednak nieco inaczej skonceptualizowane zmienne, a więc pomiar dokonywany jest w zakresie funkcjonowania indywidualnego, związanego z przypisywaniem sobie różnych cech i kompetencji osobistych; funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, czyli swoistych kompetencji warunkujących to funkcjonowanie oraz funkcjonowania w relacjach/sytuacjach edukacyjnych, o złożonym charakterze, związanych ze sposobem postrzegania sytuacji szkolnych oraz postrzeganiem dostępnego i pozyskiwanego w obszarze funkcjonowania szkolnego wsparcia ze strony środowiska rówieśniczego szkolnego i rodzinnego. Kwestionariusze Funkcjonowania Społecznego w zakresie salutogenezy obejmują również trzy wielowymiarowe narzędzia i ich składowe (schemat 3):

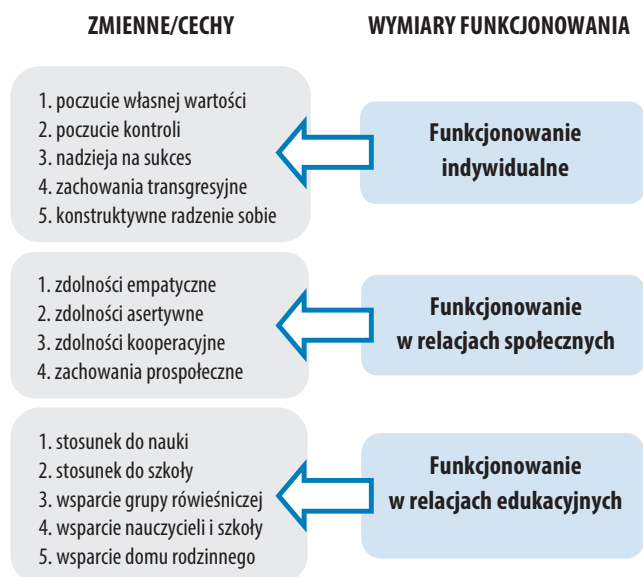
1. *Kwestionariusz Oceny Funkcjonowania Indywidualnego* służący do pomiaru następujących cech:
 - a) Poczucie Własnej Wartości,
 - b) Poczucie Kontroli,
 - c) Nadzieja na Sukces,
 - d) Zachowania Transgresyjne,
 - d) Konstrukttywne Radzenie sobie,
2. *Kwestionariusz Funkcjonowania w Relacjach Społecznych* do pomiaru takich cech, jak:
 - a) Zdolności Empatyczne,
 - b) Zdolności Asertywne,
 - c) Zdolności Kooperacyjne,
 - d) Zachowania Prospołeczne,
3. *Kwestionariusz Funkcjonowania w Relacjach Edukacyjnych* służący do oceny następujących cech:
 - a) Stosunek do Nauki,
 - b) Stosunek do Szkoły,
 - c) Wsparcie Grupy Rówieśniczej,
 - d) Wsparcie Nauczycieli i Szkoły,
 - e) Wsparcie Domu Rodzinnego.

Schemat 2. Struktura narzędzia – patogeneza.



Podstawę teoretyczną skonstruowania baterii kwestionariuszy do badania motywacji (B-KMiA) była koncepcja samodeterminacji (*Self-Determination Theory*) Edwarda L. Deciego i Richarda M. Ryana¹⁰, poszerzona o koncepcje przyczyn braku motywacji (amotywacji). Skonstruowano dwie baterie kwestionariuszy: (a) do diagnozy rodzajów motywacji (zewnętrznej, wewnętrznej i amotywacji) i (b) do diagnozy przyczyn amotywacji (przekonania o użyteczności działania, przekonania o kompetencjach do działania, przekonania o obciążeniu zadaniem). Obie baterie są ze sobą integralnie powiązane zarówno w aspekcie sfer motywowanej aktywności (poznawczej, prospołecznej, sportowej, relacyjnej), jak i sposobu ich

wykorzystywania (strategii badania), gdyż w przypadku stwierdzenia deficytów motywacji do działania (amotywacji) w określonej sferze aktywności, można i należy ocenić potencjalne przyczyny jej braku w deficytowych obszarach¹¹. Dokonany wybór koncepcji motywacji podyktowany był jej wysoko ocenianą przydatnością w edukacji¹² do diagnozy prognostycznej w obszarze kariery edukacyjnej oraz czynników warunkujących podejmowanie przez uczniów różnych rodzajów aktywności z uwzględnieniem szerokiego ujęcia procesów edukacyjnych związanych nie tylko z realizacją celów poznawczych (uczenia się), ale też z ogólnym rozwojem psychospołecznym (relacje

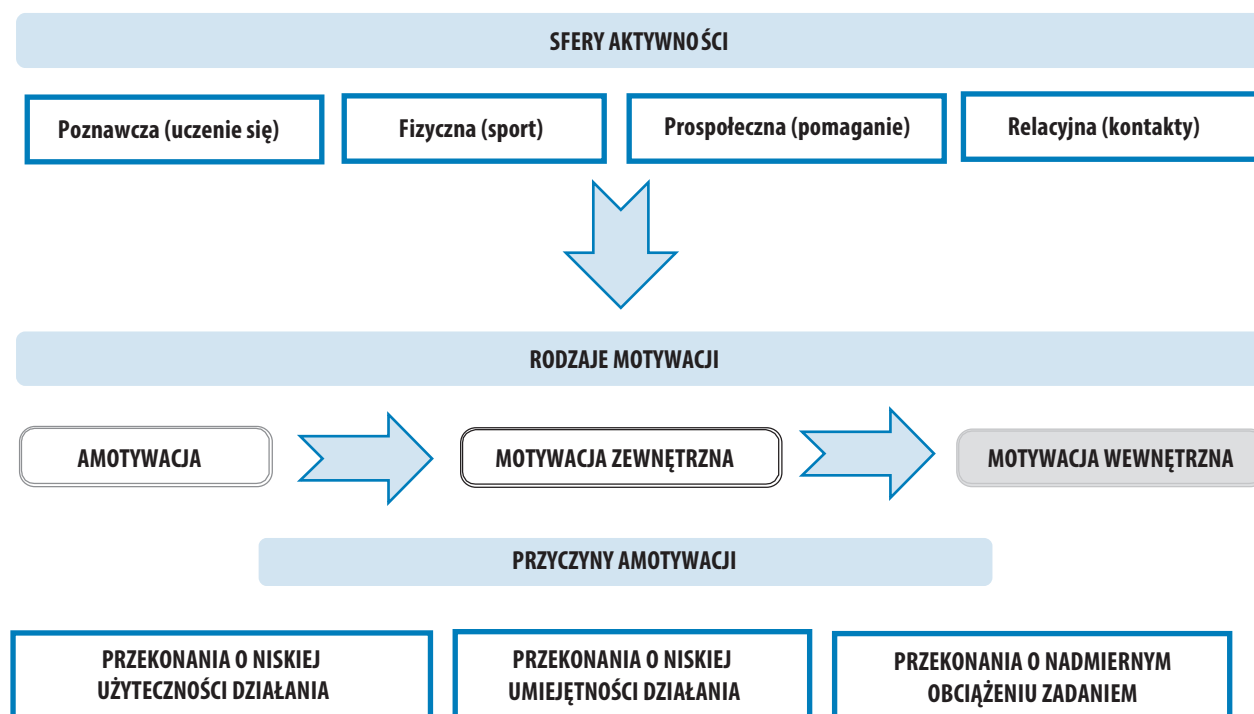
Schemat 3. Struktura narzędzia – salutogeneza.

społeczne, aktywność prospołeczna) i fizycznym (aktywność fizyczna). Zakłada się ponadto w tej koncepcji złożoność i niejednorodność ludzkiej motywacji do działania zależnie od typu aktywności/zadania, gdyż w poszczególnych sferach osoba może przejawiać różne rodzaje motywacji, a stan ten może być wynikiem działania różnych przyczyn (nie przejawia się w ten sam sposób w różnych obszarach

funkcjonowania)¹³. Stan amotywacji i rodzaj przejawianej motywacji nie generalizuje się na wszystkie rodzaje aktywności podejmowane przez jednostkę. Wszystko to umożliwia określanie profilu rodzajów motywacji uwzględniających różne sfery aktywności, dając diagnoście podstawę do projektowania działań postdiagnostycznych ukierunkowanych na wykorzystywanie i wzmacnianie aktywności korzystnych rozwojowo oraz eliminowanie czynników ryzyka związanych z przyczynami niepodjęcia aktywności służących rozwojowi w bardzo ważnych jego sferach: poznawczej, relacyjnej, prospołecznej i fizycznej. Wśród dostępnych narzędzi nie znaleziono takich, gdzie sfery te diagnozowane byłyby łącznie, zwykle są to sfery poznawcza albo fizyczna.

Na schemacie 4 przedstawiono strukturę narzędzia do diagnozy rodzajów motywacji („dlaczego działam, wykonuję zadanie, zachowuję się w określony sposób”) oraz przyczyn braku motywacji („dlaczego unikam działania lub wykonania określonego zadania czy nie zachowuję się w określony sposób”).

W strukturze/modelu B-KMiA wyodrębniono 8 kwestionariuszy do badania 4 obszarów działania, odnoszących się do rodzajów motywacji i przyczyn jej deficytu.

Schemat 4. Struktura B-KMiA.

1. *Wielooobszarowy Kwestionariusz Rodzajów Motywacji* pozwala diagnozować 3 rodzaje motywacji (amotywacja, motywacja zewnętrzna, motywacja wewnętrzna):
 - (1) Kwestionariusz motywacji – sfera uczenia się,
 - (2) Kwestionariusz motywacji – sfera relacji rówieśniczych,
 - (3) Kwestionariusz motywacji – sfera prospołeczna,
 - (4) Kwestionariusz motywacji – sfera sportowa.
2. *Wielooobszarowy Kwestionariusz Przyczyn Amotywacji* pozwala diagnozować 3 przyczyny amotywacji (niskie kompetencje do działania, niska użyteczność działania, obciążenie zadaniem/działaniem):
 - (1) Kwestionariusz amotywacji – sfera uczenia się,
 - (2) Kwestionariusz amotywacji – sfera relacji rówieśniczych,
 - (3) Kwestionariusz amotywacji – sfera prospołeczna,
 - (4) Kwestionariusz amotywacji – sfera sportowa.

Oba kwestionariusze to rzetelne i trafne narzędzia diagnostyczne, posiadające mocne podstawy teoretyczne i innowacyjne ze względu na kompleksowy pomiar kilku sfer funkcjonowania (poznawczej, fizycznej, społecznej i prospołecznej), a także zdigitalizowany sposób przeprowadzenia badania oraz prezentacji jego wyników. Posiadają dobre właściwości psychometryczne, określone za pomocą zaawansowanych analiz statystycznych. Narzędzia mogą być stosowane do badania motywacji i przyczyn braku motywacji w zakresie pojedynczej, kilku lub wszystkich 4 sfer aktywności jednostki, w zależności od potrzeb diagnostycznych. Dopełnieniem diagnozy w zakresie motywacji do działania może być diagnoza przyczyn amotywacji, którą zaleca się w przypadkach, gdy u badanego wystąpi wysoki poziom amotywacji w określonej, przynajmniej jednej sferze aktywności. Przeprowadzone na podstawie badań¹⁴ analizy dowodzą teoretycznej trafności i wysokiej jakości narzędzi do badania motywacji i przyczyn amotywacji.

Stosowanie i zastosowanie narzędzi

Obie baterie kwestionariuszy zostały opracowane z zachowaniem najwyższych standardów jakości (zgodnie z wytycznymi APA, EFPA i ITC). Analizy psychometryczne: eksploracyjna analiza grafów, eksploracyjna analiza czynnikowa oraz confirmacyjna analiza czynnikowa, potwierdziły wysoką jakość obu

narzędzi diagnostycznych (wykazały satysfakcjonujące dopasowanie sprawdzanych modeli do danych). Warto też podkreślić, że metodologicznie zaawansowane procedury konstruowania narzędzi diagnostycznych (IRT – *Item Response Theory*) są gwarancją trafnej, rzetelnej i obiektywnej diagnozy dokonywanej z ich wykorzystaniem.

Obie baterie kwestionariuszy mogą być używane zarówno do diagnozy indywidualnej, jak i do badań naukowych. Zostały opracowane jedynie w wersji elektronicznej, co ma zalety związane zarówno z procedurą badania, jak i procesem analizy i interpretacji wyników testowania. Procedura badania w wersji elektronicznej jest bardziej atrakcyjna dla dzieci i młodzieży w wieku od 9 do 16 lat (klasy IV-VIII szkoły podstawowej) niż wersja typu „papier-ołówek”, co może potencjalnie bardziej motywować osoby badane do odpowiadania na pytania testowe. Natomiast proces analizy i interpretacji wyników badania został zautomatyzowany, eliminując konieczność samodzielnego przeliczania wyników przez diagnostę, co niewątpliwie skraca czas poświęcany na testowanie, zmniejszając jednocześnie wysiłek diagnosty potrzebny do postawienia diagnozy. Podkreślić należy także nowoczesność rozwiązań systemowych w podejściu do diagnozy: zbieranie wyników za pośrednictwem komputera, tabletu, zdalnie, wraz z możliwością dokładnego monitorowania przebiegu badania, różnorodnych form odczytu wyniku, uzyskania opisu diagnostycznego i wstępnej interpretacji oraz monitorowanie zmian zachodzących w toku oddziaływań praktycznych¹⁵.

Proponowane baterie kwestionariuszy mogą mieć zastosowanie w praktyce edukacyjnej i w poradnictwie, także związanym z uzależnieniami, jako narzędzie niespecyficzne do diagnozy opisującej (deskryptywnej) i wyjaśniającej (eksplanacyjnej) funkcjonowanie ucznia w sytuacji szkolnej i pozaszkolnej. Mogą pozwolić diagnostom (terapeutom, nauczycielowi, pedagogowi i psychologowi szkolnemu, profesjonalistom zatrudnionym w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, poradniach uzależnień) odpowiednio reagować na zachowania jednostki, będące odzwierciedleniem przeżywanych i doświadczanych trudności rozwojowych. Ponadto wykorzystując je w badaniach epidemiologicznych dokonana z ich wykorzystaniem diagnoza może być podstawą projektowania systemowych działań profilaktycznych, wychowawczych i/lub

edukacyjnych czy terapeutycznych. Stosowanie narzędzi jest możliwe w poradnictwie specjalistycznym, np. w przypadkach wykorzystywania czy maltretowania dzieci, uzależnień, ich mechanizmów i konsekwencji rozwojowych i społecznych – w celu wstępnej identyfikacji różnych zaburzeń (deficytów emocjonalnych, zaburzeń w zachowaniu), które potencjalnie mogą stanowić skutek doświadczanej sytuacji traumatycznej, ale także w celu ewentualnej identyfikacji czynników chroniących przed negatywnymi konsekwencjami doświadczanych traum (salutogeneza, resilience). Warto zauważyć, że swoisty zawsze układ wartości zmieniowych w poszczególnych obszarach stanowi podstawę do diagnozy projektującej oddziaływania mające na celu wzmacnianie potencjałów i eliminowanie deficytów rozwojowych czy też uruchamianie pożądanej motywacji wewnętrznej czy eliminowanie przyczyn amotywacji. Komplementarna – pozytywna i negatywna – diagnoza stanowi podstawę projektowania postdiagnostycznego, które zawsze powinno mieć charakter projektowania działań wspierających (czynniki chroniące) i eliminujących (czynniki ryzyka). Wykorzystywanie zasobów i potencjałów rozwojowych w pokonywaniu rozwojowych trudności i deficytów dzieci i młodzieży jest zawsze działaniem bardziej skutecznym niż bezpośrednio eliminowanie zaburzeń dokonywane na podstawie diagnozy negatywnej.

Przypisy

- E. Wysocka, *Diagnoza w resocjalizacji. Obszary problemowe i modele rozwiązań w ujęciu psychopedagogicznym*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008; też: *Diagnostyka pedagogiczna. Nowe obszary i rozwiązania*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2013; *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Model teoretyczny i metodologiczny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2015; *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Warsztat diagnostyczny pedagoga praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2019.
- A. Antonovsky, *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia* [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sek (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 206-231; też: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- S. Epstein, *Cognitive-experiential self-theory of personality* [w:] Th. Millon, M.J. Lerner (red.), *Handbook of psychology: Personality and social psychology*, t. 5, John Wiley and Sons Inc., Hoboken, NJ, 2003, s. 159-184; też: *Conscious and unconscious self-esteem from the perspective of cognitive-experiential self-theory* [w:] M.H. Kernis (red.), *Self-esteem: Issues and answers. A sourcebook of current perspectives*, Psychology Press, Taylor and Francis Group, New York and Hove, s. 69-76.
- T.M. Achenbach, (1982). *Developmental psychopathology*, Wiley, New York, NJ, 1982; też: *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*, Sage, Newbury Park, CA, 1985; *Using multicultural research to expand the scope of developmental psychopathology* [w:] J.A. Burack, L.A. Schmidt (red.), *Cultural and contextual perspectives on development at-risk*, Cambridge University Press, New York 2014, s. 7-38; por. T.M. Achenbach, L.A. Rescorla, *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment*, Guilford Press, New York 2007; T.M. Achenbach, L.A. Rescorla, M.Y. Ivanova, (2012). *International epidemiology of child and adolescent psychopathology: 1. Diagnoses, dimensions, and conceptual issues* [w:] „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 2012, nr 51(12), s. 1261-1272.
- D. Baacke, *Jugend und Jugendkulturen*, Juventa-Verlag, Weinheim-München 1999; por. H. M. Griesse, *Socjologiczne teorie młodzieży*. Wprowadzenie, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 1996.
- U. Bronfenbrenner, *The ecology of human development*, Harvard University Press Cambridge, MA, 1979.
- Z. Zaborowski, *Człowiek – jego świat i życie. Próba integracji*, Wydawnictwo Akademickie „Zak”, Warszawa 2002.
- N.E. Willard, *Cyberbullying and cyberthreats. Responding to the challenge of online social aggression, threats, and distress*, Research Press, Champaign, IL, 2007; też: *School response to cyberbullying and sexting: The legal challenge* [w:] „Brigham Young University Education & Law Journal” 2011, nr 1, s. 75-125; K.S. Young, *Internet addiction: A new clinical phenomenon, and its consequences* [w:] „The American Behavioral Scientist” 2004, nr 48(4), s. 402-415; też: *The evolution of Internet addiction disorder*. W: C. Montag, M. Reuter (red.), *Internet addiction: Neuroscientific approaches and therapeutic interventions*, Springer International Publishing, New York, NY, 2015, s. 3-17; por. K.S. Young, C.N. de Abreu (red.) *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment*, John Wiley & Sons Inc., Hoboken, NJ, 2011.
- Część skal do oceny cyberprzemocy przeznaczona jest dla młodzieży powyżej 12. roku życia ze względów etycznych oraz niewystarczających dla przyjętych kryteriów parametrów narzędzia uzyskanych w grupie młodszej.
- E.L. Deci, R.M. Ryan, *A motivational approach to self: Integration in personality* [w:] R. Dienstbier (red.), *Nebraska symposium on motivation: Perspectives on motivation*, University of Nebraska Press, Lincoln 1990, t. 38, s. 237-288; też: *Human autonomy: The basis for true self-esteem* [w:] M. Kernis (red.), *Efficacy, agency, and self-esteem*, Plenum, New York 1995, s. 31-49; *Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains* [w:] „Canadian Psychology/Psychologie Canadienne” 2008a, nr 49(1), s. 14-23; *Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health* [w:] „Canadian Psychology/Psychologie Canadienne” 2008b, nr 49(3), s. 182-185; R. M. Ryan, E.L. Deci, *Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions* [w:] „Contemporary Educational Psychology” 2000a, nr 25(1), s. 54-67; też: *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being* [w:] „American Psychologist” 2000b, nr 55(1), s. 68-78; *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being* [w:] „Annual Review of Psychology” 2001, nr 52(1), s. 141-166.
- Szczegółowo założenia teoretyczne i całość złożonego procesu weryfikacji baterii kwestionariuszy przedstawiono w dostępnych podręcznikach do narzędzi: E. Wysocka, B. Ostafińska-Molik, P. Grygiel, T. Żółtak, J. Łosiak-Pilch, *Bateria Kwestionariuszy Funkcjonowania Społecznego (B-KFS). Podręcznik do cyfrowych narzędzi diagnostycznych*, Diagmatic, Kraków 2021a; E. Wysocka, B. Ostafińska-Molik, P. Grygiel, T. Żółtak, E. Charzyńska, J. Gózdź, *Bateria Kwestionariuszy Motywacji i Amotywacji (B-KMiA). Podręcznik do cyfrowych narzędzi diagnostycznych*, Diagmatic, Kraków 2021b.
- G. Taylor i in., *A self-determination theory approach to predicting school achievement over time: The unique role of intrinsic motivation* [w:] „Contemporary Educational Psychology” 2014, nr 39(4), s. 342-358.
- Wyniki badań nad amotywacją np. dotyczącą aktywności fizycznej wskazują, że nawet rodzaj ćwiczeń podczas lekcji WF-u różnicuje stan motywacji i amotywacji; pewne ćwiczenia wywołują niechęć, czyli włączają amotywację w większym stopniu niż inne; zob. R. Jackson, *Understanding amotivation in physical education – Doctoral dissertation*. Loughborough University, Loughborough, UK, 2016.
- Badania empiryczne i procedura tworzenia narzędzi są opisane we wskazanych wcześniej podręcznikach.
- W celu uzyskania dokładnych informacji dotyczących rozwiązań systemowych i sposobu działania systemu ułatwiającego pracę diagnostów można zwrócić się do firmy Diagmatic: www.diagmatic.pl; karina.porebska@diagmatic.pl

W artykule przedstawiamy wyniki badań dotyczące picia alkoholu oraz związanych z tym problemów wśród młodzieży z MOS i MOW. Tekst zawiera także zestawienie danych dotyczących rozpowszechnienia picia alkoholu oraz upijania się wśród podopiecznych MOS/MOW z danymi zebranymi wśród młodzieży ze szkół ogólnodostępnych na podstawie najnowszych badań ESPAD z 2020 roku.

PICIE ALKOHOLU WŚRÓD PODOPIECZNYCH MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW SOCJOTERAPII I WYCHOWAWCZYCH ORAZ ZWIĄZANE Z TYM PROBLEMY

Jakub Greń

Agnieszka Pisarska

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Truizmem jest dziś stwierdzenie, że alkohol (nie licząc nikotyny i kofeiny) jest najczęściej używaną przez młode osoby substancją psychoaktywną, i to w większości krajów świata (WHO, 2019). A ponieważ ze spożywaniem alkoholu wiąże się szereg zagrożeń (np. Rehm i in., 2009; Frąckowiak i Motyka, 2015), zjawisko to jest przedmiotem stałego zainteresowania badaczy oraz licznych projektów ukierunkowanych na monitorowanie trendów w rozpowszechnieniu, analizy wzorów picia oraz uwarunkowań sięgania po alkohol.

Picie alkoholu pozostaje ważnym problemem zdrowia publicznego, pomimo wyraźnego spadku w rozpowszechnieniu konsumpcji napojów alkoholowych wśród młodzieży, o czym donoszą autorzy badań krajowych i zagranicznych (np. Sierosławski 2015; 2020; Looze i in., 2015; Pape i in., 2018). W raporcie z najnowszych badań ESPAD (2020) odnotowano spadek odsetka młodzieży, która potwierdza doświadczenia z alkoholem, zarówno w skali całego swojego życia, w ostatnim roku, jak i w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Wyniki te dotyczą i dziewcząt, i chłopców oraz młodszych (15-16 lat) i starszych (17-18 lat) uczestników ESPAD. Należy jednak stwierdzić, że zdecydowana większość młodzieży objętej badaniami ESPAD miała za sobą próby picia alkoholu, zaś częste picie (tj. sięganie po alkohol w ostatnich 30 dniach przed badaniem) deklarowało ok. 47% młodszych oraz 76% starszych respondentów (Sierosławski, 2020).

Co istotne, ESPAD, jak również inne realizowane w naszym kraju systematyczne badania epidemiologiczne dotyczące zachowań ryzykownych młodzieży, zarówno na szczeblu ogólnokrajowym (Malczewski, 2018; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018; Sierosławski, 2020), jak i lokalnym (Modrzejewska i Bomba, 2010; Bobrowski, 2012; Ostaszewski, 2017), przeprowadzane są wśród uczniów szkół ogólnodostępnych. Do szkół tych uczęszcza młodzież, która w większości nie przejawia poważnych symptomów problemów z zachowaniem czy zdrowiem psychicznym. Inaczej jest w przypadku młodzieżowych ośrodków socjoterapii oraz młodzieżowych ośrodków wychowawczych, będących placówkami oświatowymi o specjalnej organizacji nauki i wychowania (Kędzierski i Kulesza, 2008; Rustecka-Krawczyk, 2012).

Młodzieżowe ośrodki socjoterapii (MOS) przeznaczone są dla nastolatków zagrożonych niedostosowaniem społecznym. W placówkach tych przebywają młodzi ludzie, którzy borykają się z problemami emocjonalnymi, zaburzeniami zachowania, problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, a także mającymi trudności w funkcjonowaniu społecznym, poznawczym oraz w nauce szkolnej. Wychowankowie umieszczani są w MOS na wniosek rodziców bądź opiekunów prawnych, popartym orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, wydanym przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną. Z kolei młodzieżowe ośrodki wychowawcze (MOW) przeznaczone są dla młodzieży, u której już stwierdzono

niedostosowanie społeczne. Do placówek tych kierowani są nastolatki, którzy popełnili czyny karalne, stosując przemoc, używają substancji psychoaktywnych, uprawiają prostytucję, uciekają z domu, nie wypełniają obowiązków szkolnych. W MOW przebywają także młodzi ludzie, u których zdiagnozowano zaburzenia osobowości oraz inne poważne problemy zdrowia psychicznego, włącznie z próbami samobójczymi. Wychowankowie przyjmowani są do MOW na podstawie orzeczenia wydanego przez wydział rodzinny i nieletnich sądu rejonowego.

Z przeglądu publikacji dotyczących rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród podopiecznych placówek, takich jak MOS i MOW, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach, płyną jednoznaczne wnioski (Greń i in., 2019): młodzież kierowana do tego typu placówek sięga po alkohol i inne substancje psychoaktywne znacznie częściej i bardziej szkodliwie niż młodzież z populacji generalnej. Na przykład w badaniach, którymi objęto grupę młodzieży przebywającej w MOS i MOW w Warszawie, stwierdzono, że wskaźniki rozpowszechnienia używania różnych substancji psychoaktywnych oraz innych zachowań ryzykownych były od kilku do kilkunastu razy wyższe w porównaniu z młodzieżą ze szkół ogólnodostępnych (Ostaszewski i in., 2011). Z kolei w badaniach brytyjskich (Henderson i in., 2019) wśród młodzieży uczęszczającej do tamtejszych placówek nauczania specjalnego odnotowano znacznie wyższe niż wśród nastolatków ze zwykłych szkół wskaźniki używania substancji psychoaktywnych; rozpowszechniony był także problem mieszania kilku substancji przy jednej okazji. Pomimo podkreślanej przez badaczy potrzeby objęcia młodzieży z grup podwyższonego ryzyka szczególną uwagą (np. McCrystal, 2008; Johnson i Taliaferro, 2012), prac badawczych dotyczących rozpowszechnienia używania

substancji psychoaktywnych w tych grupach jest nieporównanie mniej niż badań wśród młodzieży z tzw. populacji generalnej. W celu wypełnienia tej luki opracowany został projekt, którego wybrane wyniki zaprezentowano w niniejszym artykule.

Metoda

Badaniami ankietowymi objęto młodzież z losowo wybranych młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych z całej Polski (n=1730). Uczestnicy wypełniali ankiety podczas zajęć szkolnych z zachowaniem procedury zapewniającej anonimowość i poufność danych. Wśród respondentów większość stanowili chłopcy, co odzwierciedla rzeczywisty stan w placówkach MOS i MOW – przebywa tam znacznie mniej dziewcząt niż chłopców.

Wykorzystane w tym badaniu pytania do pomiaru picia alkoholu oraz upijania się zostały zaczerpnięte z ankiety badań ESPAD (Sierosławski, 2015). Umożliwiło to zestawienie wyników uzyskanych wśród podopiecznych MOS/MOW z danymi z badań wśród uczniów ze szkół ogólnodostępnych (Greń i in., 2019). Z kolei do pomiaru doświadczania problemów związanych z sięganiem po alkohol wykorzystano zestaw sześciu pytań zaczerpniętych ze skali Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (Sheehan i in., 2010; Adamowska i in., 2014).

W celu oszacowania rozpowszechnienia badanych zachowań posłużono się analizami opisowymi (wskaźnik częstości liczony w odsetkach). Natomiast do analizy zróżnicowania uzyskanych wyników ze względu na płeć (chłopcy/dziewczeta) i typ placówki (MOS/MOW) zastosowano standardowy test χ^2 z progiem istotności statystycznej na poziomie $p < 0,05$.

Tabela 1. Rozpowszechnienie picia i upijania się wśród wychowanków MOS/MOW (%).

	Łącznie (n=1730)	MOS (n=662)	MOW (n=1068)	Chłopcy (n=1159)	Dziewczeta (n=565)
Picie alkoholu (12 miesięcy)	87,3	82,0	90,6***	86,9	88,5
Picie alkoholu (30 dni)	53,3	59,9	49,3***	51,6	56,9*
Upijanie się (12 miesięcy)	76,1	67,6	81,3***	75,4	77,4
Upijanie się (30 dni)	42,7	46,0	40,6*	40,7	46,5*

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

Wyniki

Rozpowszechnienie picia i upijania się wśród podopiecznych MOS/MOW

Zebrane dane wskazują, że zdecydowana większość (87,3%) podopiecznych MOS i MOW piła alkohol przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem

(tabela 1). Odsetki respondentów potwierdzających picie alkoholu w ostatnim roku były znacząco wyższe w przypadku podopiecznych MOW niż MOS (90,6% i 82,0%; $p < 0,001$). Z kolei picie w ostatnich 30 dniach przed badaniem zgłaszało znacząco więcej wychowanków MOS niż MOW (59,9% i 49,3%; $p < 0,001$). Odnotowano także istotne różnice pomiędzy chłopcami i dziewczętami z obydwu typów placówek. Mianowicie nieco więcej dziewcząt niż chłopców przebywających zarówno w MOS, jak i w MOW potwierdziło picie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem (56,9% i 51,6%; $p < 0,05$).

Większość podopiecznych MOS/MOW (76,1%) upiła się przynajmniej raz w ostatnim roku, zaś ok. 43% upiło się w ostatnich 30 dniach przed badaniem. I tak jak w przypadku danych dotyczących picia alkoholu, upicie się w ostatnim roku potwierdziło więcej respondentów z MOW, zaś częste upijanie raportowało więcej respondentów z MOS. Ponadto częste upijanie się deklarowało więcej dziewcząt niż chłopców przebywających w obu typach placówek.

Doświadczanie problemów związanych z piciem alkoholu

Większość (66%) podopiecznych MOS i MOW przyznała w ankiecie, że w ostatnim roku doświadczyła przynajmniej jednego z wymienionych problemów związanych z piciem alkoholu (tabela 2). Najwięcej badanych (46%) potwierdziło, że będąc pod wpływem alkoholu podejmowało inne zachowania ryzykowne,

takie jak: pływanie w rzece lub jeziorze, uprawianie seksu bez zabezpieczenia, jazda rowerem czy prowadzenie samochodu. Prawie tyle samo respondentów (45,7%) odpowiedziało, że zdarzyło im się być pijanym lub „na kacu” wtedy, gdy mieli coś ważnego do zrobienia (np. obowiązki szkolne lub domowe). Ponadto ok. 42% badanych piło alkohol nawet wtedy, kiedy powodowało to kłopoty w ich relacjach z innymi (w tym konflikty albo nieporozumienia w kontaktach z rodzicami lub innymi osobami, na których respondentom zależało). Nieco mniej uczestników badań (37,4%) potwierdziło popełnienie wykroczenia lub przestępstwa (np. kradzież lub pobicie), gdy byli pod wpływem alkoholu, zaś 36,6% uczestników sięgało po alkohol nawet w okresach, kiedy jego spożywanie powodowało takie negatywne konsekwencje, jak problemy w nauce czy problemy finansowe. Stosunkowo najmniej respondentów (28,9%) poniosło konsekwencje prawne z powodu wykroczenia albo przestępstwa dokonanego pod wpływem alkoholu, np. zostało zatrzymanych przez policję lub straż miejską, otrzymało mandat lub pouczenie.

Doświadczanie wszystkich wymienionych w ankiecie problemów związanych z picciem alkoholu znacznie częściej było udziałem wychowanków MOW niż MOS ($p < 0,001$). Stwierdzono także istotne różnice pomiędzy dziewczętami i chłopcami. Znacząco więcej dziewcząt przyznało, że piło alkohol nawet w okresach, kiedy powodowało ono jakieś problemy, w tym problemy w relacjach z innymi, a także, że zdarzyło im się być pijanymi lub „na kacu” wtedy, gdy miały coś ważnego do zrobienia.

Tabela 2. Rozpowszechnienie problemów związanych z picciem alkoholu wśród wychowanków MOS/MOW (%).

	Łącznie (n=1730)	MOS (n=662)	MOW (n=1068)	Chłopcy (n=1159)	Dziewczęta (n=565)
Bycie pijanym lub „na kacu” wtedy, gdy było coś ważnego do zrobienia	45,7	39,8	49,3***	42,5	52,3***
Podejmowanie zachowań ryzykownych będąc pod wpływem alkoholu	46,0	37,8	51,0***	45,5	47,2
Popełnienie wykroczenia lub przestępstwa będąc pod wpływem alkoholu	37,4	30,0	42,0***	38,8	34,7
Poniesienie konsekwencji prawnych z powodu wykroczenia lub przestępstwa dokonanego pod wpływem alkoholu	28,9	20,5	34,0***	28,4	30,2
Picie alkoholu nawet w okresach, kiedy picie powodowało jakieś problemy	36,6	31,1	39,9***	30,1	49,7***
Picie alkoholu nawet w okresach, kiedy picie powodowało kłopoty w relacjach z innymi osobami	42,1	34,7	46,6***	36,2	54,2***

*** $p < 0,001$.

Zestawienie danych z MOW/MOS z wynikami badań ESPAD

Ze względu na to, że badania ESPAD prowadzone są wśród młodzieży z dwóch grup wiekowych (młodszych: 15-16-latków oraz starszych: 17-18-latków), zestawienie tych danych z wynikami badań w MOS i MOW wymagało podzielenia respondentów naszych badań na dwie adekwatne grupy wiekowe. W tabeli 3. zaprezentowano wyniki zestawienia rozpowszechnienia picia alkoholu oraz upijania się pomiędzy młodszymi i starszymi uczestnikami obydwu badań młodzieży oraz ze względu na płeć. Odsetek respondentów potwierdzających picie alkoholu w ostatnim roku przed badaniem był znacznie wyższy wśród młodszych uczestników badań w MOS/MOW (80,5%) niż wśród 15-16-letnich uczestników badań ESPAD (67%). Różnice te są widoczne zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców, jednak „zanikają” wraz z wiekiem badanych w starszych grupach, wynosiły odpowiednio 91,7% oraz 89%. W przypadku danych dotyczących picia alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem nie

było większych różnic pomiędzy młodszymi wychowanekami MOS/MOW a uczestnikami ESPAD. Natomiast w grupach starszych odsetek uczniów potwierdzających częste sięganie po alkohol był wyższy wśród uczniów szkół ogólnodostępnych (76,1%) niż wśród wychowanków MOS/MOW (56,5%). Dane dotyczące upijania się jednoznacznie wskazują, że problem ten jest znacznie bardziej rozpowszechniony wśród podopiecznych MOS/MOW, zarówno w młodszej i starszej grupie wiekowej, jak i wśród dziewcząt oraz chłopców. Na przykład częste upijanie się potwierdziło ok. 45% młodszych dziewcząt z MOS/MOW, zaś w przypadku uczestniczek badań ESPAD było to 10%. W przypadku chłopców odsetki te wynosiły odpowiednio 35,9% oraz 12,9%. Różnice te maleją wraz z wiekiem, ale nadal problem upijania się jest znacznie bardziej powszechny wśród starszych wychowanków MOS/MOW niż wśród 17-18-letnich uczestników ESPAD.

Podsumowanie

Tabela 3. Zestawienie rozpowszechnienia picia alkoholu i upijania się wśród podopiecznych MOS/MOW oraz uczestników badań ESPAD (2020) (%).

Grupy młodsze	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)
Picie alkoholu (12 miesięcy)	80,5	79,3	83,3	67,9	67,0	68,7
Picie alkoholu (30 dni)	48,4	45,5	54,0	46,7	46,0	47,2
Upijanie się (12 miesięcy)	69,9	67,7	74,4	26,2	26,7	25,8
Upijanie się (30 dni)	38,9	35,9	44,7	11,3	12,9	10,0
Grupy starsze	MOW/MOS (wiek 16-19 lat)			ESPAD (wiek 17-18 lat)		
	Łącznie (n=1039)	Chłopcy (n=704)	Dziewczeta (n=331)	Łącznie (n=3089)	Chłopcy (n=1492)	Dziewczeta (n=1597)
Picie alkoholu (12 miesięcy)	91,7	91,5	92,4	89,0	88,1	89,9
Picie alkoholu (30 dni)	56,5	55,3	59,1	76,1	76,5	75,7
Upijanie się (12 miesięcy)	80,0	80,2	79,8	44,0	46,6	41,5
Upijanie się (30 dni)	45,1	43,7	48,0	18,8	20,8	16,8

Przedstawione badanie miało na celu opis oraz analizę zróżnicowania rozpowszechnienia picia alkoholu oraz upijania się wśród podopiecznych młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i młodzieżowych ośrodków wychowawczych. Wyniki tego badania wskazują na znaczące rozpowszechnienie picia alkoholu oraz upijania się wśród młodzieży przebywającej w tych placówkach. Odnotowano także stosunkowo wysokie wskaźniki doświadczania problemów związanych z piciem alkoholu, które sugerują, że liczna grupa młodzieży z MOS/MOW pije alkohol w sposób szkodliwy. Interesujące okazały się wyniki porównań ze względu na typ placówki. Otóż odsetki respondentów potwierdzających picie alkoholu i upijanie się w ciągu ostatniego roku były znacząco wyższe wśród młodzieży z MOS. Z kolei odsetki uczestników pijących i upijających się często (tj. w ostatnich 30 dniach przed badaniem) były istotnie wyższe wśród podopiecznych MOS.

Przyczyny tego zróżnicowania leżą prawdopodobnie w innej organizacji pracy w obydwu typach placówek. Mianowicie MOW działają stacjonarnie i przez cały rok kalendarzowy zapewniają internat wszystkim swoim podopiecznym – wychowankowie opuszczają placówkę jedynie na czas przepustek. Natomiast w przypadku większości MOS podopieczni opuszczają placówki na weekendy lub nawet po codziennych zajęciach¹. Oznacza to, że młodzież przebywająca w MOW jest objęta większą kontrolą i nadzorem, a to powoduje, że ma ona na co dzień ograniczony dostęp do alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych. Z drugiej strony, odsetki respondentów potwierdzających doświadczanie poszczególnych problemów związanych z piciem alkoholu były istotnie wyższe wśród badanych z MOW, prawdopodobnie więc podopieczni tych ośrodków przejawiają bardziej szkodliwe wzorce picia alkoholu niż młodzież uczęszczająca do MOS. Zaskakujące okazały się również porównania wyników ze względu na płeć. Badania nad rozpowszechnieniem używania substancji psychoaktywnych (za wyjątkiem leków) wśród młodzieży z populacji generalnej wskazują, że różnice pomiędzy dziewczętami i chłopcami są albo nieistotne, albo z przewagą po stronie chłopców (np. Sierosławski, 2015; 2020; Ostaszewski, 2017; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018). Tymczasem w naszych badaniach odsetki respondentów pijących oraz upijających się w ostatnich 30 dni przed badaniem były istotnie wyższe wśród dziewcząt. Co więcej, znacznie więcej dziewcząt niż chłopców potwierdziło doświadczanie problemów związanych z piciem alkoholu.

Wydaje się, że wyjaśnienia tych różnic należy szukać w nasileniu i specyfice trudności doświadczanych przez wychowanki MOS/MOW. Dziewczęta kierowane do tych placówek prawdopodobnie przejawiają zwykle bardziej złożone i poważniejsze problemy, niż ma to miejsce w przypadku chłopców (Kepper i in., 2011), co znalazło odzwierciedlenie w wynikach naszych badań.

Zestawienie danych z MOS/MOW z wynikami ESPAD przyniosło rezultaty zgodne z wynikami badań, w których uwzględniano młodzież uczęszczającą do innych niż ogólnodostępne placówki oświatowe. Mowa tu o pojedynczych doniesieniach z badań przeprowadzonych w Polsce (Ostaszewski i in., 2011) oraz za granicą (Henderson i in., 2019). Generalnie wychowankowie MOS/MOW częściej sięgają po alkohol i znacznie częściej się upijają. Stwierdzono jednak, że odsetki badanych z młodszej grupy wiekowej MOS/MOW oraz 15-16-letnich uczestników ESPAD po-

twierdzających picie alkoholu w ostatnich 30 dniach przed badaniem były zbliżone. W starszych grupach wiekowych odsetki młodzieży pijącej alkohol często były wyższe wśród uczestników ESPAD niż wśród wychowanków MOS/MOW. Przyczyny zróżnicowania tych wyników są prawdopodobnie takie same, jak w przypadku różnic pomiędzy podopiecznymi MOS i MOW. W porównaniu z młodzieżą uczęszczającą do placówek specjalnych, uczniowie szkół ogólnodostępnych są zazwyczaj objęci znacznie mniejszą kontrolą i mają znacznie łatwiejszy na co dzień dostęp do alkoholu. Co istotne, tego samego zjawiska nie zaobserwowano już w odniesieniu do wskaźników upijania się. Odsetki upijających się były znacznie wyższe wśród młodzieży z MOS/MOW, niezależnie od mierzonego okresu czy grupy wiekowej.

Wnioski

Na podstawie wyników naszego badania można zaproponować kilka wskazań dla działań adresowanych do młodzieży z MOS i MOW. Przede wszystkim, ze względu na bardzo wysokie odsetki młodzieży pijącej alkohol oraz upijającej się, podopieczni MOS/MOW znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka rozwoju zaburzeń związanych z alkoholem. Przy czym zagrożenia te dotyczą zarówno chłopców, jak i dziewcząt. Wyniki naszego badania wskazują więc na potrzebę wzmożonych oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych. Najbardziej adekwatne wydaje się zastosowanie w tych oddziaływaniach podejścia redukcji szkód, które skupia się na ograniczaniu negatywnych konsekwencji, zapobieganiu eskalacji problemowych wzorów picia oraz rozwoju zaburzeń związanych z alkoholem. Co ważne, oddziaływania profilaktyczno-terapeutyczne, kierowane do młodzieży z MOS i MOW nie powinny ograniczać się jedynie do problematyki picia alkoholu, ale obejmować także trudności w funkcjonowaniu społecznym oraz problemy zdrowia psychicznego.

Należy również podkreślić wynikające z naszej pracy wskazania dla badań. Otóż systematyczna kontynuacja zbierania danych w zakresie rozpowszechnienia picia alkoholu oraz innych zachowań ryzykownych i problemowych wśród podopiecznych MOS i MOW jest konieczna dla monitorowania ich trendów w czasie, a także oceny skuteczności realizowanych w tych placówkach oddziaływań. Co więcej, dalsze badania mogłyby uwzględnić bardziej precyzyjne wskaźniki

wzorów spożywania alkoholu oraz związanych z tym negatywnych konsekwencji.

Badania, których wyniki zostały tu zaprezentowane, były zrealizowane w ramach projektu badawczego finansowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Czytelników zainteresowanych innymi publikacjami 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 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz.U. 2017, poz. 1606).

Bibliografia

Adamowska S., Adamowski T., Frydecka D. & Kiejna A. (2014). Diagnostic validity Polish language version of the questionnaire MINI-KID (Mini International Neuropsychiatry Interview for Children and Adolescent). *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1744–1750. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.019>

Bobrowski K. (2012). Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży gimnazjalnej w Iławie, 2001–2005–2010. *Alkoholizm i Narkomania*, 1: 37–56.

Frąckowiak M. & Motyka M. (2015). Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. *HYGEIA Public Health*, 50(2), 314–322.

Greń J., Pisarska A. (2020). Używanie narkotyków przez podopiecznych młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 3/2020.

Greń J., Bobrowski K., Ostaszewski K. & Pisarska A. (2019). Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży z młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych. *Alkoholizm i Narkomania*, 32(4), 267–290. <https://doi.org/10.5114/ain.2019.94016>

Henderson M., Nixon C., McKee M.J., Smith D., Wight D. & Elliott L. (2019). Polysubstance use and sexual risk behaviours: A cross-sectional comparison of adolescents in mainstream and alternative education settings. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6892-0>.

Johnson K.E., Taliaferro L.A. (2012). Health behaviors and mental health of students attending alternative high schools: A review of the research literature. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17(2): 79–97. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00311.x>

Kepper A., Monshouwer K., Van Dorsselaer S., Vollebergh W. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(6): 311–9. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0176-2>

Kędzierski P., Kulesza J. (2008). Raport: Analiza przyczyn umieszczania dzieci i młodzieży w placówkach resocjalizacyjnych i socjoterapeutycznych, Pracownia Resocjalizacji CMPPP, Warszawa.

Looze M.D., Raaijmakers Q., Bogt T.T., Bendtsen P., Farhat T., Ferreira M. & Simons-Morton B. (2015). Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl_2), 69–72. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv031>

Malczewski A. (2019). Młodzież a substancje psychoaktywne In: Grabowska M., Gwiazda M. (eds.). *Młodzież 2018*. CBOS, p. 234–49. <https://www.cinn.gov.pl/porta?id=166545> (dostęp: 25.07.2021).

Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (red.). (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Instytut Matki i Dziecka. imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf [Dostęp: 25.07.2021].

McCrystal P. (2008). Drug prevention for young people with social, emotional and behavioural difficulties attending special education provision. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 13(4), 305–314. <https://doi.org/10.1080/13632750802442243>

Modrzejewska R., Bomba J. (2010). Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomiejskiej. *Psychiatria Polska*, 44(4): 579–92. http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_4_2010/ModrzejewskaPP2010n4s579.pdf (dostęp: 25.07.2021).

Ostaszewski K. (2017). Używanie substancji innych niż alkohol. In: Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Biechowska D., et al. (eds.). *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży: Badania mokotowskie 2004–2016. Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M. (2011). Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I–III. Instytut Psychiatrii i Neurologii. https://www.parpa.pl/download/Raport_IPiN_2009_07MAC_popr%20final.pdf (dostęp: 25.07.2021).

Pape H., Rossow I. & Brunborg G.S. (2018). Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature: Adolescents drink less—a literature review. *Drug and Alcohol Review*, 37, p. 98–114. <https://doi.org/10.1111/dar.12695>

Rehm J., Mathers C., Popova S., Thavorncharoensap M., Teerawattananon Y., & Patra J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223–2233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)

Rustecka-Krawczyk A. (2012). W poszukiwaniu czynników chroniących młodzież z grupy ryzyka. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(3), 46–61. <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/501> [Dostęp: 25.07.2021].

Sheehan D.V., Sheehan K.H., Shytle R.D., Janavs J., Bannon Y., Rogers J.E., Milo K.M., Stock S.L. & Wilkinson B. (2010). Reliability and validity of the mini international neuropsychiatric interview for children and adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(03), 313–326. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>

Sierosławski J. (2015). Używanie narkotyków i alkoholu przez młodzież szkolną. Raport z badania ESPAD 2015 r. KBPN, PARPA, IPiN.

Sierosławski J. (2020). Używanie narkotyków i alkoholu przez młodzież szkolną. Raport z badania ESPAD 2019 r. KBPN, PARPA, IPiN.

World Health Organization (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*.

Wśród użytkowników rekreacyjnych i aktywnych w internecie najczęstszymi ostrymi skutkami ubocznymi stosowania NSP była przyspieszona akcja serca, zawroty głowy, nudności i wymioty oraz stany lękowe. Problemy z zaburzoną akcją serca występowały u około dwóch trzecich respondentów z tych grup. Z kolei w grupie osób zmarginalizowanych najpowszechniej występującym negatywnym skutkiem ubocznym używania NSP był lęk, którego doświadczyło prawie dwie trzecie badanych, a następnie przyspieszone tętno, zawroty i bóle głowy odczuwane przez około połowę respondentów.

ZDROWOTNE, PSYCHICZNE I SPOŁECZNE KONSEKWENCJE UŻYWANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WŚRÓD REKREACYJNYCH I PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW¹

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

Wprowadzenie

Używanie nowych substancji psychoaktywnych (NSP), powszechnie znanych jako dopalacze, jest stosunkowo nowym zjawiskiem na polskiej scenie narkotykowej. Od czasu ich pojawienia się na rynku można zaobserwować rosnące rozpowszechnienie ich używania (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2017).

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii określa nowe substancje psychoaktywne jako „każdą substancję lub grupę substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działającą na ośrodkowy układ nerwowy, inną niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzającą zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, zagrożenie dla zdrowia lub zagrożenie społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub która naśladuje działanie tych substancji, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 44 f pkt 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii to jest wykaz nowych substancji psychoaktywnych” (art. 11a) (Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii). W 2019 roku na europejskim rynku narkotykowym wykryto ponad 400 nowych substancji psychoaktyw-

nych. Pod koniec 2020 roku EMCDDA monitorowało już ponad 830 NSP, z których 46 zgłoszono w Europie po raz pierwszy właśnie w tym roku (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2021).

Ostatnie dostępne dane o używaniu NSP z badań przeprowadzonych w 15 krajach europejskich w latach 2015–2018 pokazują, że rozpowszechnienie używania tych substancji w czasie 12 miesięcy przed pomiarem w grupie osób w wieku 15–64 lata wynosiło od 0,1% do 1,4%. Wśród młodych dorosłych (15–34 lata), czyli w grupie, która używa substancji psychoaktywnych relatywnie najczęściej, wskaźnik używania nowych substancji wynosił od 0,2% do 3,2%. W badaniu ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), przeprowadzonym w szkołach w latach 2015 i 2019 wśród 15- i 16-latków, rozpowszechnienie używania NSP w 2015 roku wahało się od 0,8% do 8,3% (przy średniej ważonej wynoszącej 3,8%), a w 2019 roku od 0,6% do 4,9% (przy średniej ważonej 2,4%) (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2021).

Używanie nowych substancji psychoaktywnych wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia somatycznego i psychicznego użytkownika. Ma również wpływ na środowisko rodzinne i funkcjonowanie społeczne. NSP wywierają wpływ na układ krążenia, oddechowy i pokarmowy, przyczyniają się do przenoszenia HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu C (HCV), powodują

zaburzenia neurologiczne i psychiczne (np. psychozy, myśli samobójcze), a w niektórych przypadkach mogą również prowadzić do uzależnienia i śmierci (Kasick i współ., 2012; Gunderson i współ., 2012; King i Nutt, 2014).

Materiał i metoda

Badanie zostało przeprowadzone w ramach międzynarodowego projektu badawczego NPS-T (*New Psychoactive Substances: transnational project on different user groups, user characteristics, extent and patterns of use, market dynamics, and best practices in prevention*). Było realizowane w Holandii, Irlandii, Niemczech, Portugalii, na Węgrzech oraz w Polsce i zostało sfinansowane przez

Komisję Europejską (DG HOME). Przedstawiona analiza dotyczy polskiej części badania.

Badania realizowano w czterech lokalizacjach: w Warszawie, Krakowie, Poznaniu i Trójmieście. W sumie przeprowadzono 596 ankiet z użytkownikami nowych substancji psychoaktywnych. Wśród nich byli uczestnicy imprez wykorzystujący NSP w celach rekreacyjnych (N=172), zmarginalizowani (N=86) oraz użytkownicy aktywni w internecie (N=338). Badanie uzyskało pozytywną rekomendację Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (sygn. 11/2016). Udział w badaniu był dobrowolny. Każdy respondent musiał wyrazić zgodę na udział w nim. Było to warunkiem uczestnictwa w badaniu.

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna użytkowników NSP.

Zmienna		Uczestnicy imprez (N=172)		Zmarginalizowani (N=86)		Aktywni w internecie (N=338)		Istotność statystyczna (χ^2)
		%	N	%	N	%	N	
Płeć	Mężczyzna	66,7	114	79,1	68	87,3	290	0,000
	Kobieta	33,3	57	20,9	18	12,7	42	
Wiek	18-24 lata	56,1	96	25,6	22	70,1	237	0,000
	25-34 lata	39,8	68	29,1	25	26,6	90	
	35 i więcej	4,1	7	35,4	39	3,3	11	
Wielkość miejscowości	Małe miasto (do 50 tys. mieszkańców)	12,3	21	14,0	12	35,5	116	0,000
	Średnie miasto (50-100 tys. mieszkańców)	13,5	23	18,6	16	15,3	50	
	Duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)	74,3	127	67,4	58	49,2	161	
Miejsce zamieszkania	Własne mieszkanie	20,3	35	6,8	5	16,0	52	0,000
	Wynajęte mieszkanie lub pokój	48,8	84	11	8	26,2	85	
	U rodziców/rodziny	26,2	45	23,2	17	56,6	184	
	W ośrodku opieki stacjonarnej	1,7	3	15,1	11	0,0	0	
	Schronisko dla bezdomnych/hostel	0,0	0	31,5	23	0,0	0	
	Inne	2,9	5	12,3	9	1,2	4	
Wykształcenie	Brak lub podstawowe	8,2	14	43,4	36	14,7	49	0,000
	Średnie	50,9	87	53,0	44	60,2	201	
	Wyższe	41	70	3,6	3	25,2	84	
Sytuacja zawodowa	Uczeń/student	31,0	53	3,6	3	33,3	111	0,000
	Zatrudnienie na pełny etat	36,8	63	3,6	3	30,9	103	
	Zatrudnienie na niepełny etat/dorywczo	18,7	32	8,4	7	13,2	44	
	Samo zatrudniony	8,2	14	1,2	1	7,8	26	
	Na rencie/zasiłku/zasiłku dla bezrobotnych	0,6	1	30,1	25	1,8	6	
	Bezrobotny	4,7	8	53,0	44	11,4	38	
	Inne	0,0	0	0,0	0	1,5	5	

W badaniu uczestniczyli głównie mężczyźni. Najwyższy odsetek kobiet odnotowano wśród użytkowników rekreacyjnych (33,3%), a najniższy wśród osób aktywnych w internecie (12,7%).

Najstarszą grupę uczestników badania stanowiły osoby z grupy zmarginalizowanych. Średnia wieku w tej grupie wynosiła 33,2 lata. Z kolei użytkownicy aktywni w internecie byli najmłodszy; średnia ich wieku wynosiła 23,4 lata. Średnia wieku wśród uczestników imprez wynosiła 24,8 lat. Zdecydowana większość uczestników imprez i osób zmarginalizowanych mieszkała w dużych miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. Z kolei w grupie osób aktywnych w internecie ponad 35% użytkowników mieszkało w małych miejscowościach.

Większość respondentów z grupy uczestników imprez i aktywnych w internecie zamieszkiwała w wynajętym mieszkaniu (odpowiednio 48,8% i 26,2%) lub z rodzicami (odpowiednio 26,2% i 56,6%). Ponad 40% respondentów zmarginalizowanych zamieszkiwało w ośrodkach opieki stacjonarnej bądź w schroniskach dla bezdomnych.

Użytkownicy rekreacyjni i aktywni w internecie mieli wyższy poziom wykształcenia w porównaniu z osobami z grupy zmarginalizowanych. W tej ostatniej grupie ponad 40% posiadało wykształcenie podstawowe, a 53% średnie. Mniej niż 4% respondentów z tej grupy posiadało wykształcenie wyższe. Natomiast w grupie rekreacyjnych użytkowników i aktywnych w internecie ponad połowa miała wykształcenie średnie lub wyższe.

Tabela 2. Rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych.

Grupa substancji	Używanie	Uczestnicy imprez (N=172)		Zmarginalizowani (N=86)		Aktywni w internecie (N=338)		Istotność statystyczna testu (X ²)
		%	N	%	N	%	N	
Mieszanki ziołowe	Kiedyskolwiek w życiu	68,6	118	66,3	57	72,2	244	0,000
	W czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	35,5	61	37,2	32	24,6	83	
	W czasie ostatnich 30 dni	15,1	26	19,8	17	8,6	29	
Syntetyczne kannabinoidy w czystej postaci	Kiedyskolwiek w życiu	44,2	76	36	55	57,7	195	0,003
	W czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	18,6	32	18,6	16	21	71	
	W czasie ostatnich 30 dni	8,7	15	3,5	3	11,5	39	
Stymulanty sprzedawane pod nazwami handlowymi (np. „bath salts”)	Kiedyskolwiek w życiu	34,9	60	40,7	35	44,4	150	0,007
	W czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	16,9	29	17,4	15	18,6	63	
	W czasie ostatnich 30 dni	1,7	3	14	12	8,9	30	
Stymulanty/empatogeny sprzedawane w czystej postaci	Kiedyskolwiek w życiu	73,3	126	67,4	58	84,3	285	0,000
	W czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	40,7	70	25,6	22	35,5	120	
	W czasie ostatnich 30 dni	27,9	48	30,2	26	35,8	121	
Psychodeliki	Kiedyskolwiek w życiu	22,7	39	29,1	25	55	186	0,000
	W czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	9,3	16	15,1	13	24,6	83	
	W czasie ostatnich 30 dni	2,9	5	7	6	13	44	
Dysocjanty	Kiedyskolwiek w życiu	11,6	20	17,4	15	40,2	136	0,000
	W czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	1,7	3	9,3	8	14,2	48	
	W czasie ostatnich 30 dni	2,9	5	3,5	3	8,3	28	
Inne	Kiedyskolwiek w życiu	9,3	16	9,3	8	54,1	183	0,000
	W czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie w czasie ostatnich 30 dni	2,9	5	1,2	1	16,6	56	
	W czasie ostatnich 30 dni	2,9	5	4,7	4	20,1	68	

Wyniki

Rozpowszechnienie używania nowych substancji psychoaktywnych

We wszystkich grupach respondentów największą popularnością cieszyły się substancje z grupy stymulantów/empatogenów sprzedawane w czystej postaci; trochę mniejszą mieszanki ziołowe oraz syntetyczne kannabinoidy w czystej postaci. Najmniej popularne, poza grupą osób aktywnych w internecie, były substancje z grupy psychodelików i dysocjantów. Używanie psychodelików w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem zadeklarowało 13% respondentów aktywnych w internecie, a dysocjantów 8,3%.

Zdrowotne, psychiczne i społeczne konsekwencje stosowania nowych substancji psychoaktywnych

Respondenci zostali zapytani o występowanie dotkliwych konsekwencji zdrowotnych i społecznych, których skutki wystąpiły nagle lub które zaobserwowali po pewnym czasie.

Nagle, niepożądane skutki używania NSP były najczęstszymi konsekwencjami we wszystkich grupach respondentów (tabela 3). Najpowszechniej występowały wśród osób z grupy użytkowników zmarginalizowanych (80,2%), a najrzadziej wśród aktywnych w internecie (70,1%). Również wśród osób zmarginalizowanych najczęściej występowały średnio- i długoterminowe problemy ze

Tabela 3. Doświadczanie negatywnych konsekwencji stosowania nowych substancji psychoaktywnych.

Zmienna	Uczestnicy imprez (N=172)		Zmarginalizowani (N=86)		Aktywni w internecie (N=338)		Istotność statystyczna testu X ²
	%	N	%	N	%	N	
Nagle efekty uboczne	74,3	127	80,2	69	70,1	230	0,069
Średnio- bądź długoterminowe problemy ze zdrowiem psychicznym i fizycznym	36,5	62	57,1	48	32,5	106	0,000
Problemy społeczne	35,3	60	63,5	54	32,8	107	0,000

Tabela 4. Doświadczenie nagłych skutków ubocznych po zażyciu nowych substancji psychoaktywnych.

Zmienna	Uczestnicy imprez (N=172)		Zmarginalizowani (N=86)		Aktywni w internecie (N=338)		Istotność statystyczna testu X ²
	%	N	%	N	%	N	
Przyspieszona akcja serca/palpitacja	57,6	99	50,0	43	62,1	210	0,111
Bóle głowy	41,3	71	46,5	40	29,9	101	0,003
Nudności/wymioty	42,4	73	45,3	39	38,8	131	0,469
Ból brzucha	29,1	50	39,5	34	24,0	81	0,014
Zawroty głowy	54,1	93	50,0	43	38,8	131	0,003
Skurcze mięśni	23,8	41	37,2	32	25,4	86	0,054
Utrata świadomości lub śpiączka	20,3	35	39,5	34	16,6	56	0,000
Stany lękowe/„bad trip”	42,4	73	55,8	48	51,5	174	0,070
Płytki oddech	27,9	48	36,0	31	32,0	108	0,390
Podwyższona temperatura ciała	30,8	53	32,6	28	38,8	131	0,171
Agresja/użycie przemocy	25,6	44	34,9	30	10,7	36	0,000
Paranoja	26,7	46	47,7	41	37,0	125	0,003
Inne	5,2	9	2,3	2	4,1	14	0,546

zdrowiem psychicznym i fizycznym ($p<0,001$) wynikające ze stosowania NSP (57,1%) oraz problemy społeczne (63,5%) ($p<0,001$).

Średnio- i długoterminowe problemy ze zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz problemy społeczne były rozpowszechnione na podobnym poziomie wśród uczestników imprez oraz osób aktywnych w internecie. Tego typu problemy można było odnotować u co trzeciego respondenta z tych grup.

Wśród użytkowników rekreacyjnych i aktywnych w internecie najczęstszymi ostrymi skutkami ubocznymi stosowania NSP była przyspieszona akcja serca, zawroty głowy, nudności i wymioty oraz stany lękowe. Problemy z zaburzoną akcją serca występowały u około dwóch trzecich respondentów z tych grup (odpowiednio 57,6% i 62,1%). Z kolei w grupie osób zmarginalizowanych najpowszechniej występującym negatywnym skutkiem ubocznym

używania NSP był lęk, którego doświadczyło prawie dwie trzecie badanych, a następnie przyspieszone tętno, zawroty i bóle głowy odczuwane przez około połowę respondentów.

Średnio- i długoterminowe problemy ze zdrowiem psychicznym i fizycznym również najczęściej występowały wśród osób zmarginalizowanych (tabela 5). Najczęściej doświadczali oni utraty wagi (45,3%), depresji (36%) oraz uzależnienia, objawów odstawiennych i głodu narkotykowego (33,7%). Wśród uczestników imprez najczęściej rozpowszechnione były problemy związane z depresją, doświadczane przez jedną czwartą respondentów, utrata wagi obecna u co piątego użytkownika oraz zaburzenia paranoidalne zgłaszane przez co siódmego badanego. Podobne średnio- i długoterminowe problemy odnotowano w grupie osób aktywnych w internecie. Warto zauważyć, że w tej grupie użytkowników około jedna czwarta zgłaszała uzależnienie, objawy odstawienia i głód narkotykowy.

Tabela 5. Średnio- i długoterminowe problemy ze zdrowiem psychicznym i fizycznym występujące po zażyciu nowych substancji psychoaktywnych.

Zmienna	Uczestnicy imprez (N=172)		Zmarginalizowani (N=86)		Aktywni w internecie (N=338)		Istotność statystyczna testu X^2
	%	N	%	N	%	N	
Uzależnienie/objawy po odstawieniu/głód narkotykowy	14,0	24	33,7	29	23,1	78	0,001
Depresja	23,8	41	36,0	31	25,1	85	0,083
Zaburzenia paranoidalne	15,1	26	32,6	28	16,6	56	0,001
Utrata wagi	20,9	36	45,3	39	18,3	62	0,000
Urazy po wkluciu igły (infekcje i/lub stany zapalne)	0,0	0	24,4	21	1,2	4	0,000
Inne średnio- lub długoterminowe problemy psychiczne	14,0	24	16,3	14	21,3	72	0,110
Inne średnio- lub długoterminowe problemy ze zdrowiem fizycznym	9,9	17	10,5	9	12,4	42	0,664

Tabela 6. Problemy natury społecznej wynikające z używania nowych substancji psychoaktywnych.

Zmienna	Uczestnicy imprez (N=172)		Zmarginalizowani (N=86)		Aktywni w internecie (N=338)		Istotność statystyczna testu X^2
	%	N	%	N	%	N	
Konflikt w szkole, na uczelni	9,9	17	8,1	7	13,6	46	0,248
Konflikt w pracy	11,6	20	9,3	8	7,4	25	0,281
Konflikty w relacji z partnerem lub rodziną	27,3	47	45,3	39	32,5	110	0,014
Problemy mieszkaniowe	9,3	16	41,9	36	8,9	30	0,000
Konflikt z prawem/konflikt z policją	14,5	25	41,9	36	16,0	54	0,000
Inne	1,7	3	5,8	5	2,1	7	0,105

Tabela 7. Występowanie negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych. Wyniki regresji logistycznej.

Zmienne w modelu		Nagłe efekty uboczne					Średnio- i długotrwałe skutki zdrowotne					Problemy społeczne				
		B	Błąd st.	Wald	(p)	OR	B	Błąd st.	Wald	(p)	OR	B	Błąd st.	Wald	(p)	OR
Kobiety		0,246	0,296	0,693	0,405	1,279	0,079	0,263	0,089	0,765	1,082	-0,336	0,275	1,5	0,221	0,714
Ref.: Wiek 35+				1,823	0,402				0,034	0,983				1,237	0,539	
Wiek 18-24		0,484	0,495	0,957	0,328	1,622	-0,061	0,455	0,018	0,894	0,941	0,058	0,466	0,016	0,901	1,060
Wiek 25-34		0,123	0,466	0,069	0,792	1,131	-0,08	0,439	0,033	0,855	0,923	0,335	0,45	0,554	0,457	1,397
Ref.: Duże miasto (100 000+)				2,889	0,236				0,514	0,773				0,358	0,836	
Małe miasto (do 50 000)		0,392	0,284	1,906	0,167	1,48	-0,005	0,257	0,000	0,985	0,995	-0,054	0,263	0,043	0,837	0,947
Średnie miasto (50 000 - 100 000)		0,468	0,355	1,735	0,188	1,597	-0,204	0,298	0,471	0,493	0,815	0,14	0,304	0,213	0,644	1,151
Ref.: Własne mieszkanie*				16,54	0,001				0,305	0,959				0,746	0,862	
Bezdomny lub opieka stacjonarna		2,146	0,81	7,014	0,008	8,550	0,214	0,515	0,173	0,678	1,239	0,229	0,517	0,196	0,658	1,257
Z rodziną		0,626	0,316	3,921	0,048	1,870	-0,003	0,316	0,000	0,993	0,997	-0,08	0,338	0,056	0,812	0,923
Wynajem		1,097	0,314	12,238	0,000	2,995	0,082	0,308	0,07	0,791	1,085	-0,162	0,328	0,246	0,620	0,850
Ref.: W. wyższe				1,081	0,583				13,039	0,001				19,818	0,000	
Brak lub w. podstawowe		-0,261	0,424	0,377	0,539	0,771	1,373	0,387	12,598	0,000	3,948	1,723	0,405	18,136	0,000	5,603
W. średnie		-0,299	0,288	1,081	0,299	0,741	0,772	0,278	7,694	0,006	2,165	1,162	0,304	14,634	0,000	3,195
Ref.: Pracujący**				2,962	0,227				7,539	0,023				11,343	0,003	
Bezrobotny		0,543	0,385	1,984	0,159	1,721	0,748	0,329	5,176	0,023	2,114	1,004	0,34	8,703	0,003	2,728
Studujący		-0,2	0,275	0,529	0,467	0,819	-0,243	0,254	0,914	0,339	0,784	-0,227	0,262	0,753	0,386	0,797
Mieszkańki zielowe (12M)		0,237	0,258	0,843	0,358	1,267	0,141	0,238	0,35	0,554	1,151	0,73	0,246	8,787	0,003	2,074

Syntetyczne kannabinoidy (12M)	0,193	0,265	0,531	0,466	1,213	-0,061	0,243	0,064	0,800	0,94	-0,149	0,26	0,328	0,567	0,862
Stymulanty pod nazwą handlową (12M)	0,082	0,266	0,095	0,759	1,085	0,275	0,235	1,367	0,242	1,317	0,226	0,244	0,851	0,356	1,253
Stymulanty w czystej postaci i Empatogeny (12M)	0,114	0,275	0,173	0,677	1,121	0,561	0,256	4,811	0,028	1,753	0,785	0,267	8,608	0,003	2,191
Psychodeliki (12M)	-0,404	0,269	2,264	0,132	0,668	0,168	0,252	0,443	0,506	1,183	0,254	0,265	0,92	0,337	1,289
Dysocjanty (12M)	-0,128	0,337	0,145	0,704	0,88	-0,142	0,322	0,194	0,660	0,868	-0,36	0,336	1,149	0,284	0,697
Inne NSP (12M)	-0,133	0,277	0,23	0,631	0,875	0,135	0,26	0,268	0,605	1,144	0,239	0,27	0,787	0,375	1,270
Stała	0,071	0,526	0,018	0,892	1,074	-1,586	0,534	8,817	0,003	0,205	-2,407	0,566	18,081	0,000	0,09

* Kategoria „inne” została wyłączona z analizy.

** Kategoria „pracujący” składa się z osób pracujących zarówno w pełnym, jak i niepełnym wymiarze godzin oraz osób samozatrudnionych.

Problemy natury społecznej najczęściej występowały wśród zmarginalizowanych użytkowników nowych substancji psychoaktywnych (tabela 6). Prawie połowa z nich doświadczała konfliktów w relacji z partnerem lub rodziną, a nieco ponad 40% miało problemy mieszkaniowe i konflikty z prawem lub policją. Podobne rodzaje problemów odnotowano wśród uczestników imprez i użytkowników aktywnych w internecie, jednak występowały one rzadziej niż w przypadku osób zmarginalizowanych.

Przyczyny występowania negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych

W celu identyfikacji czynników przyczyniających się do występowania zdrowotnych, psychicznych i społecznych konsekwencji używania nowych substancji psychoaktywnych przeprowadzono analizę regresji logistycznej. Jej wyniki pokazują, że ryzyko wystąpienia nagłych efektów ubocznych nie jest związane z żadnym z zażywanych typów NSP oraz z większością zmiennych socjodemograficznych, z wyjątkiem sytuacji mieszkaniowej (tabela 7). Najczęściej na tego typu szkody narażone są osoby bezdomne bądź przebywające w zakładach opieki stacjonarnej (OR=8,550), osoby wynajmujące mieszkania (OR=2,995) oraz mieszkające z rodziną (OR=1,870).

Na wystąpienie średnio- i długotrwałych problemów ze zdrowiem psychicznym i fizycznym najbardziej narażone były osoby z wykształceniem podstawowym (OR=3,948) lub średnim (OR=2,165) oraz osoby bezrobotne (OR=2,114). Występowanie tego typu problemów związane jest również z używaniem stymulantów i empatogenów w czystej postaci (OR=1,753).

Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadku problemów społecznych. W porównaniu z osobami z wykształceniem wyższym użytkownicy z wykształceniem podstawowym mają prawie pięciokrotnie (OR=4,845), a użytkownicy z wykształceniem średnim ponad trzykrotnie (OR=3,171) większe ryzyko wystąpienia tego typu problemów. Na problemy społeczne narażeni są także bezrobotni (OR=2,728) oraz osoby używające mieszanek ziołowych (OR=2,074) oraz substancji z grupy stymulantów i empatogenów w czystej postaci (OR=2,191).

Podsumowanie

W badaniu EMCDDA z 2016 roku dwie trzecie krajów zgłosiło, że stosowanie NSP powodowało problemy zdrowotne wśród użytkowników. Używanie syntetycznych kannabinoidów uznawane jest za problem w wielu krajach europejskich, szczególnie w grupach osób marginalizowanych (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019). Wyniki naszych badań pokazują, że substancje z grupy stymulantów, emaptogenów, nootropów były najczęściej używanymi NSP we wszystkich grupach respondentów. Mniejszą popularnością cieszyły się mieszanki ziołowe, a dopiero na trzecim miejscu znalazły się syntetyczne kannabinoidy. Wyniki analiz regresji logistycznej pokazały, że używanie substancji z grupy stymulantów, empatogenów i nootropów ma wpływ na występowanie negatywnych konsekwencji wynikających z używania NSP.

Najczęstszymi konsekwencjami wynikającymi z używania NSP we wszystkich grupach respondentów były nagle i niespodziewane efekty uboczne. Spośród tych objawów użytkownicy rekreacyjni i aktywni w internecie najczęściej doświadczali przyspieszonej akcji serca, zawrotów głowy, nudności i wymiotów oraz stanów lękowych. Natomiast wśród użytkowników zmarginalizowanych były to stany lękowe, przyspieszona akcja serca, zawroty głowy i bóle głowy.

Rozpowszechnienie występowania średnio- i długoterminowych problemów ze zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz problemów społecznych było na podobnym poziomie. W przypadku średnio- i długoterminowych problemów najczęściej występowały utrata wagi, depresja, uzależnienie, objawy odstawienne oraz głód narkotykowy. Wśród problemów społecznych najczęściej notowano konflikty w relacji z partnerem lub rodziną oraz konflikty z prawem.

Wszelkie konsekwencje wynikające z używania nowych substancji psychoaktywnych najczęściej występowały w grupie osób zmarginalizowanych. Może to wynikać ze stylu życia, który prowadzą. W tej grupie substancje psychoaktywne używane są regularnie, w tym w formie iniekcyjnej, to oni mają najczęściej doświadczenia z leczeniem, stąd wysokie odsetki tych, którzy mają problemy mieszkaniowe, konflikty z prawem oraz w relacji z partnerem lub rodziną. Rozpowszechnienie negatywnych konsekwencji wśród uczestników imprez

i osób aktywnych w internecie było na podobnym poziomie.

Nasze badanie pokazało, że użytkownicy nowych substancji psychoaktywnych doświadczają wielu negatywnych konsekwencji. Stawia to ogromne wyzwania przed lecnictwem, które musi odpowiedzieć adekwatną formą pomocy, co często nie jest łatwe z uwagi na trudności diagnostyczne i podobny profil objawów jak w przypadku tradycyjnych narkotyków. Występowanie problemów społecznych w związku z używaniem NSP wymusza konieczność większego zaangażowania instytucji pomocy społecznej. Szkolenia dla pracowników socjalnych oraz innych profesjonalistów świadczących pomoc użytkownikom są niezbędne dla uświadomienia występowania problemów, ich diagnozy i zapobiegania. Istnieje potrzeba prowadzenia badań w obszarze zjawiska nowych substancji psychoaktywnych, pozwalających na jego monitorowanie oraz dalsze poznawanie.

Przypisy

- ¹ Artykuł powstał na podstawie publikacji: Wieczorek Ł., Bujalski M., Dąbrowska K. (2021), Negative consequences of the New Psychoactive Substances use among the Polish users (Negatywne konsekwencje wynikające z używania nowych substancji psychoaktywnych wśród polskich użytkowników), *Psychiatria Polska*, 55(2): 447–469, która zawiera szczegółowy opis prowadzonych badań.

Bibliografia

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. High-risk drug use and new psychoactive substances. In: Results from an EMCDDA trendspotter study, 2017, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Europejski raport narkotykowy 2019: tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2019: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001PLN_PDF.pdf
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Europejski raport narkotykowy 2021: tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2021.
- Gunderson E.W., Haughey H.M., Ait-Daoud N., Joshi A.S., Hart C.L., „Spice” and „K2” herbal highs: a case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans, *Am J Addict*, 2012 Aug; 21(4): 320-6.
- Kasick D.P., McKnight C.A., Klisovic E., „Bath salt” ingestion leading to severe intoxication delirium: two cases and a brief review of the emergence of mephedrone use, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2012 Mar; 38(2): 176-80.
- King L.A., Nutt D.J., Deaths from „legal highs”: a problem of definitions, *The Lancet*, 2014 Mar 15; 383(9921): 952.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 Nr 179, poz. 1485).

Skala używania narkotyków i związanych z tym problemów w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej nie jest duża. Analizując dane dotyczące używania narkotyków w populacji generalnej w Polsce i w Europie, widać, że najbardziej popularne są marihuana i haszysz.

SKALA ZJAWISKA UŻYWANIA NARKOTYKÓW I „DOPALACZY” ORAZ ZWIĄZANE Z NIMI PROBLEMY

Artur Malczewski

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

Odsetek użytkowników konopi indyjskich wśród młodych dorosłych Polaków wyniósł 7,8% (2018/2019, wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku przed badaniem). Najwyższe wskaźniki w UE odnotowano we Francji (21,8% – 2017 rok), Chorwacji (20,3% – 2019 rok) i Hiszpanii (19,1% – 2020 rok). Wyniki badań prowadzonych w Polsce wśród osób w wieku 15-34 lata wskazują na zmniejszanie się skali używania przetworów konopi indyjskich (marihuany i haszyszu) z 17,1% w roku 2010 do 7,8% w latach 2018–2019 (wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku). Podobny trend odnotowaliśmy

w przypadku młodzieży szkolnej w międzynarodowych badaniach szkolnych ESPAD z 2019 roku, gdzie odsetki badanych uczniów zmniejszyły się z 25% w 2015 roku do 21% w 2019 roku (16-latkowie, używanie kiedykolwiek w życiu). Czechy (28%), Włochy (27%) i Łotwa (26%) to kraje z najwyższymi odsetkami 16-latków deklarujących używanie przetworów konopi indyjskich chociaż raz w życiu. Wskaźniki w tych krajach są o wiele wyższe niż średnia dla całego badania (16%).

Liczba problemowych użytkowników narkotyków w Polsce wynosi około 100 tys. osób, co daje 3,7 przypadków na

100 tys. mieszkańców i jest to jeden z niższych wskaźników w Europie. Najwyższe wskaźniki odnotowano w Finlandii (10,7) i Portugalii (10,1), a najniższy na Cyprze (2,7).

Zgony i zatrucia z powodu używania nielegalnych substancji psychoaktywnych

W Polsce odnotowujemy niskie wskaźniki zgonów z powodu narkotyków (0,55 przypadków na 100 tys. mieszkańców): w 2019 roku doszło do 212 takich przypadków. Najwyższe wskaźniki zarejestrowano w województwie pomorskim (1,07), zachodniopomorskim (0,82), mazowieckim (0,81) i opolskim (0,81). W 2018 roku było nieco mniej śmiertelnych zatruc z powodu narkotyków, bo 199 przypadków, a w 2017 roku 202. Mimo niewielkiego wzrostu, wartość 212 jest mniejsza niż te, które odnotowano

Tabela 1. Odsetek użytkowników marihuany i haszyszu według badań krajowych z lat 2015–2019 wśród osób w wieku 15-34 lata.

Kraj	Odsetek	Rok	Kraj	Odsetek	Rok
Austria	14,1	2015	Luksemburg	12	2019
Belgia	13,6	2018	Łotwa	10	2015
Bułgaria	10,3	2016	Niemcy	16,9	2018
Chorwacja	20,3	2019	Norwegia	10,5	2019
Cypr	8,1	2019	Polska	7,8	2018
Czechy	17,8	2019	Portugalia	8	2016
Dania	15,4	2017	Rumunia	6	2019
Estonia	16,6	2018	Słowacja	7,7	2019
Finlandia	15,5	2018	Słowenia	12,3	2018
Francja	21,8	2017	Szwecja	7,9	2018
Grecja	4,5	2015	Turcja	1,8	2017
Hiszpania	19,1	2020	Węgry	3,4	2019
Holandia	15,5	2019	Wielka Brytania	13,4	2018
Irlandia	13,8	2015	Włochy	20,9	2017
Litwa	6	2016	Średnia europejska	12,1	

Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2021.

Tabela 2. Odsetek użytkowników marihuany i haszyszu według badań ESPAD z 2015 lub 2019 roku.

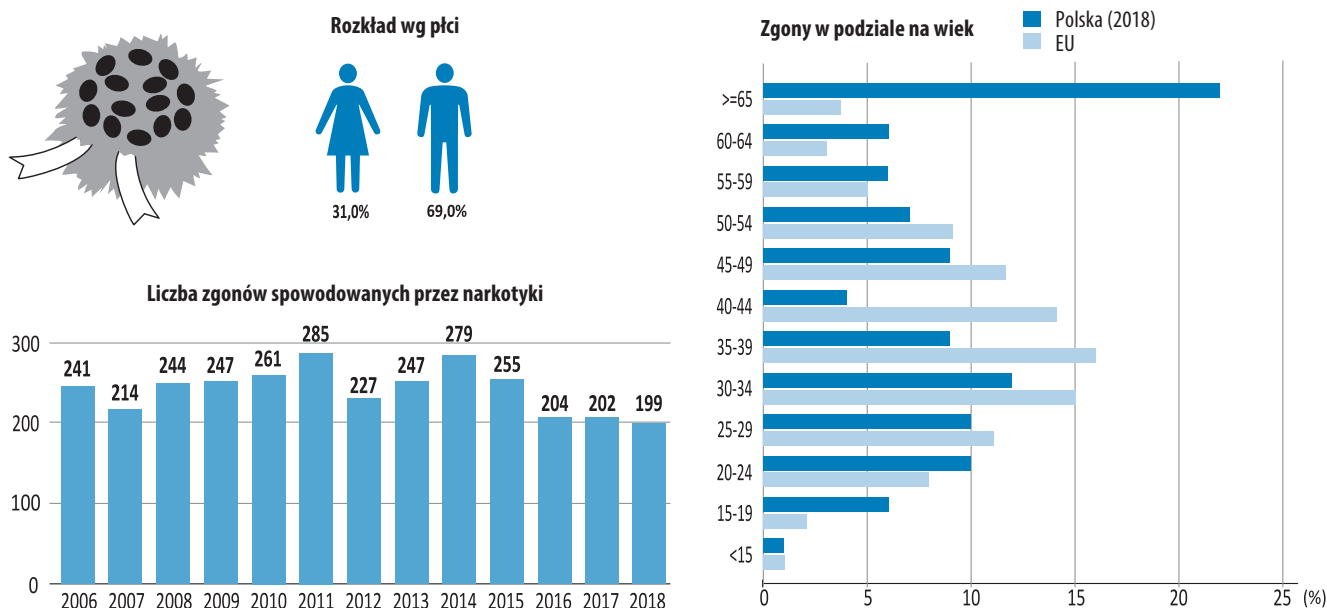
Kraj	Odsetek	Rok	Kraj	Odsetek	Rok
Austria	21	2019	Łotwa	26	2019
Belgia	15	2015	Macedonia Północna	6	2019
Bułgaria	17	2019	Malta	12	2019
Chorwacja	21	2019	Mołdawia	4	2015
Cypr	8	2019	Monako	22	2019
Czarnogóra	9	2019	Niemcy	22	2019
Czechy	28	2019	Norwegia	9	2019
Dania	17	2019	Polska	21	2019
Estonia	20	2019	Portugalia	13	2019
Finlandia	11	2019	Rumunia	9	2019
Francja	23	2019	Serbia	7	2019
Grecja	8	2019	Słowacja	24	2019
Gruzja	14	2019	Słowenia	23	2019
Hiszpania	23	2019	Szwecja	8	2019
Holandia	22	2019	Ukraina	8	2019
Irlandia	19	2019	Węgry	13	2019
Islandia	6	2019	Wielka Brytania	23	2015
Kosowo	3	2019	Włochy	27	2019
Litwa	18	2019	Wyspy Owcze	9	2019
Luksemburg	20	2015	Średnia europejska	16	

Źródło: Raport ESPAD, 2019.

przed rokiem 2016, gdzie najmniejszą wartością była liczba 214.

Nie mamy ogólnopolskiego systemu zbierania informacji o zatruciach z powodu narkotyków. Ale są dostępne dane dotyczące prawdopodobnych interwencji medycznych z powodu używania nowych substancji psychoaktywnych, czyli „dopalaczy”. Dane z 2020 roku dotyczące zatruć z powodu nowych substancji psychoaktywnych odnotowują wyraźny spadek takich zdarzeń do 1070 z rekordowych ponad 7000 w 2015 roku. W latach 2016–2018 liczba interwencji wynosiła około 4300 przypadków. W sierpniu 2018 roku zostały wprowadzone nowe rozwiązania prawne, które wzmocniły kontrolę nad kolejnymi pojawiającymi się substancjami. Być może nowe zmiany w połączeniu z prowadzonymi działaniami z zakresu redukcji popytu miały wpływ na zmniejszenie się skali problemów związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP). Na zmniejszenie się rozpowszechnienia używania NSP wskazują również dane z badań ilościowych wśród uczniów. Wyniki międzynarodowego badania ESPAD prowadzonego wśród młodzieży pokazują, że rozpowszechnienie używania NSP (tzw. dopalacze) wykazuje od 2011 roku trend spadkowy z 11% w 2011 roku do 5% w 2019 roku (15-16-latkowie używanie kiedykolwiek w życiu).

Infografika 1. Zgony z powodu narkotyków w Polsce.



Źródło: Główny Urząd Statystyczny.

Zmniejszają się także odsetki respondentów otrzymujących propozycje zakupu bądź użycia tych substancji oraz wysoko oceniających ich dostępność. Warto zwrócić uwagę na rosnącą grupę badanych przypisujących duże ryzyko nawet eksperymentowaniu z NSP.

Tabela 3. Liczba zgonów z powodu przedawkowania narkotyków oraz wskaźnik zgonów na 100 tys. mieszkańców (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w 2019 roku w podziale na województwa.

Województwo	Liczba zgonów wg krajowej definicji	Wskaźnik śmiertelności na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	12	0,41
Kujawsko-pomorskie	7	0,34
Lubelskie	1	0,05
Lubuskie	5	0,49
Łódzkie	16	0,65
Małopolskie	17	0,50
Mazowieckie	44	0,81
Opolskie	8	0,81
Podkarpackie	4	0,19
Podlaskie	11	0,93
Pomorskie	25	1,07
Śląskie	35	0,77
Świętokrzyskie	1	0,08
Warmińsko-mazurskie	10	0,70
Wielkopolskie	2	0,06
Zachodniopomorskie	14	0,82
Polska	212	0,55

Źródło: Główny Urząd Statystyczny.

Zakażenia HIV z powodu iniekcijnego używania narkotyków

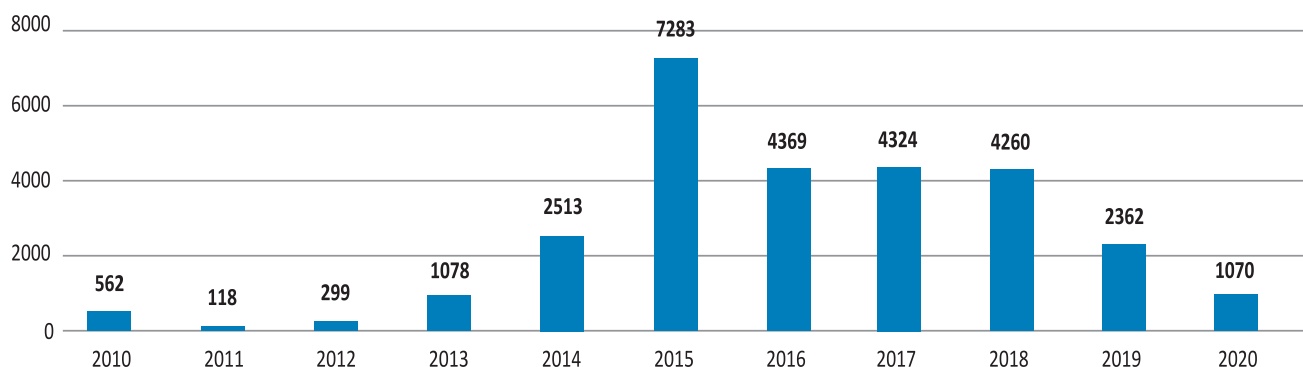
Liczba zakażeń HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach ma tendencję spadkową: w 2020 roku takich przypadków było 9, co oznacza trzykrotnie mniejszy wskaźnik niż w roku 2019 (24 zakażenia). W przypadku wszystkich zakażeń odnotowano spadek ponad dwukrotny z 1551 do 709. Widać zatem, iż po wzroście liczby nowych zakażeń w latach 2018–2019 nastąpił duży spadek. Dane z 2020 roku wymagają dalszych analiz, które pozwolą zinterpretować spadek nowych zakażeń HIV, na który niewątpliwie wpływ miała pandemia COVID-19.

Liczbę nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w Polsce można przedstawić w postaci trzech grup województw. W pierwszej grupie są województwa mazowieckie i warmińsko-mazurskie, które odpowiadają za prawie połowę zakażeń w Polsce (po dwa przypadki), w drugiej grupie były pojedyncze przypadki (woj. kujawsko-pomorskie, lubelskie, opolskie, podkarpackie, zachodniopomorskie), a w pozostałych nie zarejestrowano żadnego przypadku. Jeżeli pod uwagę weźmiemy wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, to najwyższe wskaźniki odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (0,14), opolskim (0,1) i zachodniopomorskim (0,6).

Przestępczość narkotykowa

W 2020 roku wszczęto 34 056 postępowań na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z czego 87%

Wykres 1. Prawdopodobne interwencje medyczne z powodu zatrucia nowymi substancjami psychoaktywnymi w latach 2010–2020.



Źródło: OKZ Warszawa oraz GIS.

dotyczyło art. 62, czyli posiadania narkotyków. W porównaniu do roku 2019 liczba postępowań zmniejszyła się o ponad 300 spraw. Na drugim miejscu odnotowano postępowania z art. 63 (4%) dotyczące wykrywania nielegalnych upraw narkotyków, czyli przede wszystkim konopi indyjskich. Z kolei liczba osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wzrosła z 33 862

(2019 rok) do 35 441 osób (2020 rok). Podobnie jak w przypadku postępowań wszczętych, odsetek podejrzanych z art. 62 wyniósł 86% wśród wszystkich spraw z ustawy narkotykowej. Na drugim miejscu były osoby podejrzane z art. 59 (3%). Z tego paragrafu osoby są podejrzane o handel narkotykami.

Wykres 2. Liczba nowych zakażeń HIV, włącznie z iniekcijnymi użytkownikami narkotyków, wykrytych w latach 2000–2020.



Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (Zakład Epidemiologii, Chorób Zakaźnych i Nadzoru) według daty wykrycia, zgłoszono przed 31 grudnia 2020 roku.

Tabela 4. Wskaźnik wykrywalności HIV u dożylnych użytkowników narkotyków w latach 2015–2020 (na 100 tys. mieszkańców); zakażenia wykryte w miejscu zamieszkania.

Województwo	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Liczba	Wskaźnik	Liczba	Wskaźnik	Liczba	Wskaźnik	Liczba	Wskaźnik	Liczba	Wskaźnik	Liczba	Wskaźnik
Dolnośląskie	8	0,28	4	0,14	4	0,14	1	0,03	7	0,24	0	0,00
Kujawsko-pomorskie	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,05
Lubelskie	2	0,09	2	0,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,05
Lubuskie	0	0,00	0	0,00	1	0,10	0	0,00	1	0,10	0	0,00
Łódzkie	7	0,28	3	0,12	1	0,04	3	0,12	4	0,16	0	0,00
Małopolskie	1	0,03	1	0,03	1	0,03	0	0,00	1	0,03	0	0,00
Mazowieckie	9	0,17	8	0,15	5	0,09	2	0,04	4	0,07	2	0,04
Opolskie	0	0,00	0	0,00	2	0,20	2	0,20	1	0,10	1	0,10
Podkarpackie	3	0,14	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	1	0,05
Podlaskie	2	0,17	2	0,17	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Pomorskie	0	0,00	1	0,04	0	0,00	1	0,04	0	0,00	0	0,00
Śląskie	9	0,20	6	0,13	2	0,04	5	0,11	4	0,09	0	0,00
Świętokrzyskie	0	0,00	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Warmińsko-mazurskie	3	0,21	4	0,28	3	0,21	1	0,07	0	0,00	2	0,14
Wielkopolskie	2	0,06	0	0,00	4	0,11	4	0,11	1	0,03	0	0,00
Zachodnio-pomorskie	3	0,18	2	0,12	5	0,29	1	0,06	1	0,06	1	0,06
POLSKA	51	0,13	38	0,10	30	0,08	20	0,05	24	0,06	9	0,02

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru) wg daty wykrycia, zgłoszono do 31 grudnia 2020 roku.

Zabezpiecznia narkotyków, czystość oraz ceny

W zabezpieczenie narkotyków zaangażowanych jest w Polsce wiele służb. W roku 2020 najwięcej ujawniono marihuany – 7777 kg, i była to jak do tej pory rekordowa ilość tego narkotyku. W 2020 roku w porównaniu do roku 2019 wzrosły również zabezpieczenia haszyszu, heroiny, kokainy oraz amfetaminy.

Najwyższą cenę detaliczną osiągnęła heroina (232 zł za 1 gram) i kokaina (242 zł za 1 gram). Najtaniej na nielegalnym rynku sprzedawane było LSD: 13 zł za jeden listek. Amfetamina miała średnią zawartość 13%, a marihuana 10%. Porównując ostatnie dane z roku 2020 do roku 2007, widzimy dwukrotny wzrost mocy marihuany oraz spadek czystości amfetaminy.

Podsumowanie

W polskim społeczeństwie konsumpcja napojów alkoholowych jest o wiele bardziej rozpowszechniona niż używanie narkotyków. Ponadto skala używania narkotyków w Polsce na tle innych krajów UE nie jest duża. W przypadku używania narkotyków w populacji generalnej najbardziej popularna jest marihuana i haszysz. Wyniki ostatnich badań populacyjnych z lat 2018–2019 odnotowują zmniejszenie skali używania przetworów konopi indyjskich. Podobny trend odnotowaliśmy w przypadku młodzieży szkolnej w badaniach ESPAD z 2019 roku. Nie zmienia to faktu, że wśród osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków po raz pierwszy w życiu, 40% zgłasza marihuanę jako podstawowy narkotyk. Wynikać to może z faktu, iż średnia zawartość THC w marihuanie wynosi 10%, co oznacza, iż jest ona o wiele silniejsza niż była 10 lat temu. Podobne trendy można zaobserwować w Europie, gdzie zawartość THC w marihuanie w ciągu 10 lat wzrosła prawie dwukrotnie. Liczba problemowych użytkowników narkotyków pozostaje w Polsce na stałym poziomie i jest jednym z niższych wskaźników na 100 tys. mieszkańców w Europie. Polska ma również niskie wskaźniki zgonów z powodu narkotyków, jak również zakażeń HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach. Analiza sytuacji na rynku NSP wskazuje na kilka podstawowych tendencji. W ostatnich latach mamy do czynienia ze spadkiem liczby analizowanych nowych substancji psychoaktywnych w laboratoriach, co może świadczyć o pewnej stabilizacji w rozwoju tego rynku.

Najpopularniejszą grupę NSP na rynku nadal stanowią syntetyczne katynony. Do niepokojących tendencji należy zaliczyć obecność na rynku syntetycznych opioidów oraz nowych benzodiazepin, choć i w tym zakresie należy odnotować lekką tendencję spadkową w 2019 roku.

Rok 2020 to jednak przede wszystkim pandemia COVID-19, która miała duży wpływ na system pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w Polsce. Placówki udzielające pomocy starały się przede wszystkim zapewnić dostępność świadczonych usług w nowej sytuacji i nie ograniczać przyjmowania nowych pacjentów. Cały system pomocy, w tym również osobom używającym narkotyków, zmierzył się z brakiem wcześniej przygotowanych procedur dotyczących postępowania w trakcie pandemii COVID-19. Jednakże w odpowiedzi na pandemię 83% placówek zajmujących się pomocą osobom uzależnionym zbadanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w pierwszej połowie 2020 roku wprowadziło zdalne usługi w obszarze leczenia uzależnienia od narkotyków lub redukcji szkód (np. przez telefon, wideorozmowy, dostęp online). W efekcie system leczenia może zostać uzupełniony o nowe formy pracy z klientem, które poszerzą ofertę placówek leczniczych. Analiza dotycząca sytuacji na rynku narkotykowym w pierwszych miesiącach pandemii nie wykazała, że nastąpił spadek w dostępie do narkotyków na poziomie całego kraju. Wzrosła prawdopodobnie rola internetu jako źródła zaopatrzenia w narkotyki. Liczba osób podejrzanych o przestępstwa narkotykowe w roku 2020 wzrosła w porównaniu do roku 2019. Wzrosła również ilość zabezpieczonych narkotyków przez policję. Warto podkreślić, że polski system przeciwdziałania narkomanii oparty jest na szerokiej współpracy różnych instytucji na poziomie lokalnym i krajowym od organizacji pozarządowych (jak np. Stowarzyszenie Monar), przez jednostki samorządu terytorialnego (gminy, miasta, urzędy marszałkowskie), po instytucje centralne (np. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Komenda Główna Policji). Sukcesy w ograniczaniu rozpowszechnienia używania narkotyków oraz problemów z nimi związanych nie byłyby możliwe bez zaangażowania tysięcy osób, przede wszystkim z organizacji pozarządowych i samorządu lokalnego, który jest zobowiązany do tworzenia i wdrażania lokalnych programów przeciwdziałania narkomanii. Nie można także zapominać o ważnej roli szkoły w profilaktyce narkotykowej. Działania szkół

są wdrażane w ramach programu profilaktyczno-wychowawczego, który każda szkoła w Polsce opracowuje i realizuje.

Współpraca międzynarodowa służy wspieraniu krajowych przedsięwzięć, dlatego też Polska aktywnie działa w różnych organizacjach międzynarodowych, np. w Grupie Pompidou.

Na zakończenie warto wspomnieć, że obecnie trwają prace w Sejmie¹ nad połączeniem systemów „narkotykowego” i „alkoholowego”, co będzie miało wyraz w tworzeniu wspólnych programów (strategii) przeciwdziałania uzależnieniom na poziomie lokalnym, w których również ma być uwzględniona tematyka uzależnień behawioralnych.

Raporty o stanie narkomanii znajdują się na stronie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w dziale raport krajowy (www.cinn.gov.pl).

Przypisy

¹ 29 października 2021 roku odbyło się pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw. Druki sejmowe znajdują się pod linkiem: <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=1631>

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” zorganizowały IV Międzynarodową Konferencję pt. „Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym”. Odbyła się ona w Warszawie w dniach 25-26 października 2021 roku.

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM – MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA W WARSZAWIE

Artur Malczewski

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

Spotkanie miało na celu przede wszystkim wymianę doświadczeń w zakresie przeciwdziałania problemowi narkomanii, w tym nowych substancji psychoaktywnych, by przyczynić się do rozwoju programów profilaktycznych oraz monitoringu lokalnych i zacieśnienia współpracy w tym obszarze. Konferencja była skierowana przede wszystkim do przedstawicieli gmin, a także Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. W konferencji, oprócz ponad 150 uczestników z całego kraju, udział wzięło kilkunastu ekspertów zagranicznych zajmujących się analogiczną problematyką w Portugalii, Grecji, we Włoszech, na Litwie oraz na Ukrainie. Na początku spotkania Anne Bergenström z EMCDDA zaprezentowała najnowszy raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii¹, który

omawia problem narkotyków i narkomanii w Europie² i zwraca uwagę na zagrożenia związane z tymi substancjami.

Według raportu EMCDDA w ostatnich latach nastąpił wzrost zawartości THC w haszyszu (średni zakres: 20-28%). Autorzy raportu wskazują na niebezpieczny proceder dodawania do konopi indyjskich bardzo toksycznych syntetycznych kannabinoidów z grupy nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”) i zwracają uwagę na rekordowe konfiskaty haszyszu: w 2019 roku skonfiskowano aż 213 ton tej substancji, w 2018 roku było to o 36 ton mniej. Wzrosła także czystość kokainy i po raz pierwszy więcej osób rozpoczynało leczenie z powodu używania tego narkotyku w placówkach leczenia osób uzależnionych od narkotyków w Europie. Wstępne dane dotyczące konfiskat w 2020 roku

sugerują, że dostępność tego narkotyku nie zmniejszyła się w czasie pandemii COVID-19.

W czasie pandemii odnotowano również stabilne zapotrzebowanie na amfetaminę, co oznaczałoby, że produkcja odbywa się w pobliżu konsumentów i jest opłacalna, a Polska, Belgia i Holandia to czołowi producenci tego narkotyku w Europie. Oprócz likwidacji nielegalnych laboratoriów w 2019 roku w Unii Europejskiej skonfiskowano również substancje chemiczne wykorzystywane do produkcji amfetaminy, w tym 14 500 litrów BMK i 31 ton MAPA (wzrost z 7 ton w 2018 roku). Produkcja metamfetaminy i handel nią wskazują na możliwość zwiększonego jej użycia w Europie, gdzie wykrywane są zarówno duże, jak i mniejsze zakłady produkcyjne, a duże ilości tego narkotyku są przeładowywane w Unii Europejskiej z myślą o zaopatrzeniu innych rynków. Dane EMCDDA mówią także o zwiększającym się stężeniu MDMA w tabletkach, co powoduje, że tabletki ecstasy zawierające tę substancję są coraz silniejsze. Jednak wstępne dane z 2020 roku wskazują, że w okresach izolacji spowodowanych pandemią COVID-19 zainteresowanie tym narkotykiem było mniejsze. Raport EMCDDA odnotowuje, że w Europie po raz pierwszy zgłoszono 46 nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”), co oznacza, że aktualnie całkowita liczba monitorowanych przez EMCDDA nowych substancji wynosi 830.

W Unii Europejskiej wciąż konfiskuje się duże ilości heroiny (7,9 tony w 2019 roku), co wskazuje na możliwość zwiększonego jej zażywania i wystąpienia poważnych szkód dla zdrowia. Ponadto zorganizowane grupy przestępcze intensyfikują nielegalną produkcję narkotyków w Europie. W 2019 roku zlikwidowano łącznie 370 nielegalnych laboratoriów produkujących różnego rodzaju narkotyki. Przestępstwa związane z tymi substancjami nasilają się, przy czym dominuje posiadanie i dostarczanie konopi indyjskich. Szacunki EMCDDA pokazują, że w 2019 roku w Unii Europejskiej odnotowano 1,5 mln przestępstw związanych z narkotykami. 82% dotyczyło używania lub posiadania ich na własny użytek. Chociaż w ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w Europie spada, pozostaje to główną przyczyną szkód związanych z narkotykami. Aby osiągnąć cele zrównoważonego rozwoju w zakresie zakażeń HIV i HCV, konieczne jest zwiększenie dostępności leczenia i profilaktyki. Zwiększony dostęp do zintegrowanych badań i usług leczenia jest ważnym elementem realizacji tych celów.

Podczas tej samej sesji przedstawiona została sytuacja narkotykowa w Polsce i na Litwie. Sesja druga konferencji miała na

celu zaprezentowanie wyników międzynarodowego projektu badawczego ASAP. Sonia Salvini, koordynatorka projektu ASAP-Training w Europie, zrobiła wprowadzenie do sesji³, podkreślając, że wśród prelegentów tej sesji są laureaci nagrody przyznawanej przez European Society for Prevention Research (Europejskiego Towarzystwa Badań dotyczących Profilaktyki) – Leading European Prevention Science Practitioner Honour. W 2020 roku otrzymała ją Rachele Donini, koordynatorka naukowa projektu ASAP-Training, a w 2021 roku Artur Malczewski. W czasie sesji przedstawione zostały wnioski z projektu ASAP-Training oraz jego możliwy wpływ na profilaktykę w Europie.

Szkolenia ASAP/EUPC⁴ pomagają kluczowym interesariuszom w podejmowaniu decyzji zgodnych z dowodami naukowymi oraz mają wpływ na zwiększenie liczby podejmowanych działań z zakresu profilaktyki opartej na takich dowodach. Centrum Informacji realizowało szkolenia ASAP/EUPC w ramach projektu ASAP i planuje kolejne edycje w 2022 roku.

Następne sesje poświęcono przedstawieniu wyników ostatnich badań finansowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i debacie panelowej pt. „Profilaktyka w nowych czasach po pandemii”. Drugi dzień konferencji zdominowała tematyka profilaktyki realizowanej w Polsce, na Litwie i Ukrainie oraz zagadnienia dotyczące nowych substancji psychoaktywnych. Osoby zainteresowane prezentacjami z konferencji mogą się z nimi zapoznać na stronie fundacji Res Humanae: <https://uzaleznienia2021.eu>.

Przypisy

¹ Raport jest dostępny pod linkiem: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_PL_03.pdf Dane krajowe, stanowiące podstawę raportu, są dostępne w Statistical Bulletin 2021 (Biuletynie Statystycznym) na stronie www.emcdda.europa.eu/data. W raporcie opisano sytuację narkotykową do końca 2020 roku, opierając się na dostępnych danych z tego roku i danych z 2019 roku.

² Osoby zainteresowane sytuacją w Polsce odsyłam do innego artykułu autorstwa Artura Malczewskiego zamieszczonego w tym numerze Serwisu Informacyjnego Uzależnienia.

³ W sesji II konferencji pt. „Międzynarodowy projekt ASAP – analiza systemów profilaktycznych w Europie oraz szkolenia specjalistów” wzięli udział Sonia Salvini, dr Daniele Musian, dr Rachele Donini z Regionu Ligurii we Włoszech – koordynatorzy projektu ASAP-Training, Ioulia Bafii, koordynatorka projektu w Grecji oraz Artur Malczewski, koordynator pakietu drugiego ASAP-Training i koordynator projektu w Polsce.

⁴ Europejski program profilaktyki (EUPC) został opracowany w ramach europejskiego projektu zatytułowanego UPC-Adapt, który był współfinansowany przez Komisję Europejską. Jedenaście partnerów z dziewięciu krajów europejskich współpracowało w projekcie i dostosowało Uniwersalny Program Profilaktyki (UPC) do potrzeb europejskich odbiorców. UPC został pierwotnie opracowany przez Applied Prevention Science International (APSI) przy wsparciu finansowym Departamentu Stanu USA w ramach programu Colombo Plan Drug Advisory Programme.

PLATFORMA EDUKACYJNA FUNDACJI DAJEMY DZIECIOM SIŁĘ

Na stronie <https://edukacja.fdds.pl> zgromadzony został pakiet materiałów na temat ochrony dzieci przed różnorodnymi zagrożeniami.

Zasoby platformy zostały podzielone na cztery działy:

- „E-learning dla dorosłych”,
- „Kursy dla uczniów”,
- „Materiały edukacyjne”,
- „Szkolenia i konferencje”.

Każdy dział jest zbiorem zdarzeń edukacyjnych, opisanych według właściwego dla siebie schematu. Zdarzenia edukacyjne zostały skatalogowane i posortowane według określonych bloków tematycznych. Aby ułatwić sobie przeszukiwanie zasobów platformy, można posłużyć się wyszukiwarką. Dział „E-learning dla dorosłych” zawiera trzy pakiety kursów. Pierwszy to „Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży w internecie”. Znajduje się tu m.in. szkolenie dla profesjonalistów „Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży online”.



Drugi pakiet pod nazwą „Bezpieczna placówka” proponuje kursy: „Polityka ochrony dzieci przed krzywdzeniem”, przygotowujący profesjonalistów do stworzenia i wdrożenia dokumentu dostosowanego do specyfiki placówki, „Standardy bezpieczeństwa szkoły w internecie”, uczący, jak reagować według procedury w przypadku zetknięcia się z zagrożeniem online na terenie szkoły oraz „Szkoły przeciwko wiktyfikacji dzieci”, rozwijający kompetencje nauczycieli szkół podstawowych, pedagogów i psychologów w zakresie ochrony dzieci przed krzywdzeniem i uczący wsparcia dzieci, które doznały krzywdzenia.

Kolejny pakiet dotyczy tematyki przemocy i wykorzystywania seksualnego dzieci. Proponowane są tu m.in. szkolenia: „Rozpoznawanie symptomów krzywdzenia dziecka” oraz „Diagnoza przemocy rówieśniczej” – szkolenie omawiające metody diagnozowania przemocy rówieśniczej i konstruowania działań pedagogicznych na podstawie diagnozy.

W dziale „Kursy dla uczniów” proponowany jest kurs e-learningowy dla klas 4-6 szkół podstawowych, zbudowany z 15 części – tzw. misji. Każda dotyczy innego tematu z zakresu bezpieczeństwa dzieci online: wprowadzenie, prywatność, zdjęcia w sieci, znajomości online, komunikacja i netykieta, cyberprzemoc (z uwzględnieniem roli ofiary, świadka i sprawcy), hejt, niebezpieczne treści, zabezpieczanie urządzeń, prawa autorskie, zakupy w sieci, nadmierne korzystanie z internetu, zgłaszanie niepokojących sytuacji. Dla klas 7-8 szkół podstawowych przeznaczony jest kurs „Nie dla hejtu”, pokazujący konsekwencje, jakie powoduje hejt i mowa nienawiści i prezentujący metody radzenia sobie z internetowym hejtem. Następny dział platformy zawiera bogaty pakiet materiałów edukacyjnych w sześciu działach: „Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży w internecie”, „Bezpieczna placówka”, „Dzieci uczestniczące w procedurach prawnych”, „Komercyjne wykorzystywanie dzieci”, „Przemoc i wykorzystywanie seksualne dzieci” oraz „Rodzicielstwo i wychowanie”.

W dziale „Szkolenia i konferencje” prezentowana jest aktualna oferta działań edukacyjnych Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę.



PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM – MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA W WARSZAWIE



Informacja o konferencji – str. 47.



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

Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz środków własnych Fundacji Praesterno.

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.siu.praesterno.pl